

Felles kommunal journal interim AS

Styringsdokument

Felles journalløft for kommuner

FORORD

Dette styringsdokumentet er svar på oppdraget gitt i St. Prop. 1S (2020-2021) og St. Prop. 1S (2021-2022) om å utarbeide et oppdatert styringsdokument for felles kommunal journalløsning – gjennom stegvis utvikling og med utgangspunkt i å tilrettelegge for et økosystem av løsninger.

Styringsdokumentet ble vedtatt av styret i Felles kommunal journal Interim AS 30.05.2023.

Styringsdokumentet har vært underlagt ekstern kvalitetssikring.

Styringsdokumentet er bygget opp etter mal fra prosjektveiviseren¹. Dette er strukturert i ti kapitler, og videre underbygget og utdypet i åtte vedlegg med totalt ni bilag.

Samarbeidsprosjektet Felles kommunal journal² har utført oppdraget sammen med kommunesektoren, helsepersonell, fag- og profesjonsorganisasjoner, pasient- og brukerforeninger og nasjonale helsemyndigheter. Fra starten av 2020 ble arbeidet ledet av en styringsgruppe ledet av Helse- og omsorgsdepartementet. Høsten 2020 overtok kommunene ledelsen av den felles styringsgruppen, og i oktober 2021 opprettet KS, etter avtale med Helse- og omsorgsdepartementet og samarbeidskommunene, selskapet Felles kommunal journal interim AS (FKJI). Selskapet har vært juridisk vertskommune for samarbeidsprosjektet, tilskuddsmottager, og har hatt prosjekteierskapet.

Regjeringen har startet arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan³, som vurderes som et sentralt verktøy for en bærekraftig helsetjeneste. Meldingen skal dekke både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Regjeringen har varslet at samhandling for å skape gode pasientforløp og likeverdige tjenester i hele landet vil være et sentralt tema. Realiseringen av disse ambisjonene anses ikke å være mulig uten at det tas nødvendige grep for et journalløft i kommunene, som grunnlag for økt samhandling i og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten – samt tilrettelegging for økt effektivitet og kvalitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette kan ikke realiseres gjennom støtte til enkeltprosjekter alene. Løsningskonseptet beskrevet i dette dokumentet er et bidrag til hvordan regjeringens mål bilde kan realiseres gjennom et felles arbeid som kan komme hele kommunefellesskapet til gode, og dermed også bærekraften i en samlet helsetjeneste.

Etter at selskapet ble stiftet, har sentrale rammebetingelser og bestillinger blitt endret flere ganger. Konsekvensen av endringene er blant annet at prosjektet i august/september i 2022 måtte endre innretning mot en realisering av målbildet gjennom konkrete utprøvningsprosjekt fra og med sommeren 2023.

I St. Prop 1S (2022-2023) skrev regjeringen under post 73 – 'Tilskudd til e-helse i kommunal sektor', side 65:

«Staten vil ikke støtte opp om det videre arbeidet med felles kommunal journal i sin nåværende form. Regjeringen foreslår at statens rolle dreies fra programfinansiering til virkemidler som stimulerer til at kommunene kan foreta investeringer. Tilskuddsordningen foreslås derfor avvirket.»

Med dette ga regjeringen beskjed om at den trakk seg fra videre deltagelse i samarbeidsprosjektet og at programfinansieringen ble avvirket. Dette fjernet forutsetningen for å kunne realisere beskrevet målbilde som planlagt. Det ledet til at en ny innretning basert på konkrete utprøvinger med sikte på globalisering, industrialisering og utvikling til nasjonale tjenester, i tillegg til tiltak for økt samordning overfor leverandørmarkedet - ble den mulige og naturlige veien for videreføring av arbeidet og realisering i retning av målbildet.

¹ Prosjektveiviseren | Digitaliseringsdirektoratet

² Felles kommunal journal (FKJ) er et samarbeidsprosjekt mellom Bergen, Bodø, Bærum, Hammerfest, Kristiansand, Ringsaker, Stavanger og Vinje (samarbeidskommunene), KS og staten v/ Helse- og omsorgsdepartementet

³ Invitasjon til innspill: Digitalisering i nasjonal helse- og samhandlingsplan | Regjeringen

Styringsdokumentet har blitt utarbeidet i samarbeid og dialog med aktørene i sektoren, og første versjon (0.8) av dokumentet ble tilgjengeliggjort medio november 2022. Det ble invitert til innspillsrunde, i tillegg til at dokumentet ble sendt til ekstern kvalitetssikrer (EKS). 31. januar 2023 ble innspillsrunden og ekstern kvalitetssikring slutført. Alle innspill og tilbakemeldinger er vurdert og flertallet av dem er innarbeidet i denne endelige versjonen av dokumentet. Innspillsrunden resulterte i 42 unike innspill, som blant annet representerte totalt 107 kommuner i tillegg til KS på vegne av kommunal sektor, fag- og profesjonsorganisasjoner, leverandører og statlige aktører. Innspillene er like ulike som antall innspillere, men det store flertallet av respondenter kjenner seg igjen i det beskrevne utfordringsbildet. Tilsvarende mener de aller fleste at valgt konsept, målbilde og gjennomføringsstrategi (stegvis utvikling og gradvis innføring) er et riktig valg som de gir sin tilslutning. Mange påpekte samtidig behov for tydeliggjøring og konkretisering av forhold som organisering, finansiering og styring og konkretisering av utprøvningsprosjekter. Noe som var naturlig gitt at prosjektet kun hadde hatt få uker på seg mellom nye rammebetingelser varslet i statsbudsjettet og utvikling av ny innretning.

Etter gjennomgangen av styringsdokumentet versjon 0.8, ga EKS i sin sluttrapport følgende tre hovedkonklusjoner:

- *Etter vår vurdering bør hovedkonseptet og målbildet slik det er beskrevet legges til rette for en tilfredsstillende måloppnåelse, og gjennom det også imøtekomme behovene på en god måte.*
- *Vi anbefaler ikke en videreføring av FKJ-prosjektet slik styringsdokumentet foreligger.*
- *Det er viktig at arbeidet med videre planlegging av en utprøvningsperiode og en videre realisering kan fortsette. Da vil det i så fall etter vår vurdering, være nødvendig å:*
 - *styrke sentral styring av utprøvningsperioden og de enkelte utprøvinger*
 - *sikre standardisering og økt forutsigbarhet i en forpliktende avtale med plattformere*
 - *beskrive et tydelig målbilde for utprøvningsperioden*
 - *generelt redusere risiko og øke forutsigbarhet for deltakende kommuner og leverandører*

I slutføringen av dokumentet har disse hovedkonklusjonene, samt alle innspill blitt vurdert, besvart og flertallet er tatt til følge i ferdigstillingen av dokumentet. Forhold som ligger utenfor prosjektets handlingsrom, for eksempel det å sikre et forpliktende avtaleverk med plattformere⁴, er et arbeid som nødvendigvis vil måtte fortsette også i videreføringen etter avslutning av samarbeidsprosjektet.

I perioden januar til april 2023 ble det gjennomført et samarbeid mellom kommunene Oslo, Bergen, Stavanger, Bærum, Kristiansand og Bodø, samt KS og NHN. Dette bidro til prioritering og konkretisering av utprøvningsaktiviteter, rammer og anbefalinger for anskaffelser av journalløsninger og foreliggende rammeverk for organisering og styring.

Endelig utkast til styringsdokument ble oversendt internrevisor medio mai 2023 for vurdering av i hvilken grad man hadde svart ut påpekninger og anbefalinger fra EKS. Internrevisors rapport konkluderte overordnet med at alle viktige påpekninger og anbefalinger var tatt til følge i den grad det ligger innenfor prosjektets handlingsrom.

Prosjektet ønsker å rette en stor takk til alle som har tatt seg tid til å delta i arbeidet. I tillegg ønskes det å rette en spesiell takk til samarbeidskommunene, KS, Direktoratet for e-helse og NHN.

⁴ Med plattformere menes den leverandør som drifter og forvalter de løsninger som i sum utgjør plattformen, i denne sammenheng, dvs. i et overskuelig perspektiv og i forhold til dette prosjektets innretning og behov, er det kun Norsk Helsenett som kan ta denne rollen.

SAMMENDRAG

Behov

Det begynner og slutter alltid med innbyggeren som bor i en kommune i Norge. Om vi blir syke eller behøver ulik bistand, blir vi brukere eller pasienter, enten hos fastlegen, i kommunehelsetjenesten eller på sykehus (spesialisthelsetjenesten). For oss som innbyggere spiller den administrative inndelingen av helsetjenesten ikke noen større rolle, det viktige er å være trygg på at vi får god og relevant helsehjelp *der* og *når* behovet oppstår.

Noe av det viktigste vi har med oss i møte med helsetjenesten er informasjonen om hvem vi er og vår helsetilstand, om undersøkelser og funn, samt om tidligere eller pågående behandling.

Pasientinformasjonen gir behandlerne grunnlag for å ta beslutning om hva som skal gjøres og er selve drivkraften i pasientforløpene – men også i den daglige omsorgen som ytes i primærhelsetjenesten. Brudd i informasjonskjeden representerer alltid risiko for brudd i behandlingsskjeden – med den risiko det medfører. Det betyr at tilgang til helhetlig og korrekt pasientinformasjon er helt avgjørende for pasientsikkerheten, og det er grunnen til at *tilgang til relevant pasientinformasjon* er kjernen i det langsiktige målbildet.

Informasjon har imidlertid liten verdi i seg selv, det er når vi deler informasjon at den får mening. Informasjon om innbyggere, pasienter og brukere, må altså være tilgjengelig – der og når man har behov for den. Samtidig som vi sikrer tilgang for dem som skal ha det, må vi også ivareta krav til konfidensialitet og personvern. Dette sikres gjennom løsningskonseptet.

I medisinsk forskning og i sykehussammenheng finnes en tendens til å tenke «én pasient – én tilstand». Sånn er det ikke i kommunene. Her finner vi de multisyke og livsløpsbrukerne, innbyggere med helhetlige pleie og omsorgsbehov, og som mottar støtte fra en rekke ulike kommunale tjenester.

Ortopeden på sykehuset ser kanskje en eldre mann med lårhalsbrudd. Kommunen ser derimot en mann med KOLS, begynnende demens, en kone som sitter i rullestol og en voksen sønn med rusutfordringer. I tillegg har den eldre mannen nå brukket lårhalsen.

Dette representerer et helt annet og sammensatt bilde som forutsetter et bredt spekter av tjenester og en høy grad av samhandling. Flere av disse tjenestene bruker imidlertid ulike løsninger, og gjennomgående kommuniserer disse løsningene dårlig. Dette er ineffektivt, det stjeler verdifull tid som skulle vært brukt til pasientbehandling og god omsorg, og i verste og siste instans utfordrer det kvaliteten i tjenestene til innbyggere og pasientsikkerheten. Kommunene har i tillegg ansvaret for innbyggernes ve og vel på en rekke andre områder, og helse- og omsorgstjenestene må derfor kommunisere og samhandle med kommunens øvrige tjenesteområder.

Det er godt kjent at den demografiske utviklingen allerede representerer en trussel for bærekraften i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, senest dokumentert av Helsepersonellkommissjonen. Flere kommuner opplever betydelige utfordringer allerede i dag. Dette er i tillegg en utvikling som forsterkes betydelig i de kommende årene, og setter de kommunale tjenestene under ytterligere press. Dagens løsninger representerer ikke en vei ut av dette uføret. Skal vi løse utfordringene, må vi få på plass løsninger som på en fundamentalt annen måte legger til rette for tjenesteutvikling, samordning og effektivisering. Løsningene må bidra til bedre og mer effektive helsetjenester, uten at belastningen øker på det enkelte helsepersonell eller samfunnet som et hele.

Målbilde og løsningskonsept

Det endelige målbildet representerer en situasjon hvor alt helsepersonell og alle innbyggere i en kommune har tilgang til helhetlig, oppdatert og korrekt informasjon der og når det er behov for den.

Tilgang til relevant informasjon om pasienter og brukere fordrer en felles logisk⁵ informasjonskilde. Det er dette vi har kalt plattform.

Denne plattformen skal lagre og sammenstille informasjon slik at aktørene (helsepersonell og innbyggere) gjennom løsninger levert av markedet, kan sikres tilgang til den samme helhetlige og oppdaterte informasjonen som grunnlag for samhandling, kontinuerlig tjenesteutvikling og helhetlige arbeidsprosesser.

Deling av informasjon bidrar også til økt kvalitet i tjenestene, bedre grunnlag for styring, innovasjon, forskning og utvikling og mer effektiv ressursbruk. Det vil i tillegg øke pasientsikkerheten, og gi innbyggerne mulighet til å være aktiv deltager i egen oppfølging og behandling.

Det offentlige skal ikke utvikle nye løsninger som skal stå i veien for eller være i konkurranse med leverandørmarkedet – vi er tvert om helt avhengig av næringslivet for å nå målbildet. Lik tilgang til informasjon vil bidra til like og forutsigbare rammer for innovasjon, tjenesteutvikling og -leveranse i et reelt og åpent marked.

I tillegg til plattformen, består målbildet av en markeds plass som skal bidra på tre hovedområder:

- Innovasjons- og erfaringsarena for å samle kundekraft ved å samordne behov, erfaringer og krav i møte med leverandører
- Innkjøps samarbeid eller felles anskaffelser slik at parallelle prosesser unngås og kommunene selv velger løsning ut fra egne behov
- Test- og utprøvningsarena for leverandørene

I sum utgjør alle disse tiltakene et felles journalloft for kommunene som utvikles stegvis. Det skal bidra til å styrke kommunenes kundekraft, samhandling (internt og overfor øvrige deler av samfunnet), samt legge til rette for tjeneste- og prosessutvikling som et grunnlag for mer effektive tjenester med like høy, eller bedre, kvalitet.

Samspill med nasjonale løsninger

Plattformen må samspille med og evt. inngå som del av de nasjonale tjenestene i NHN sin digitale samhandlingsplattform; helsenettet, kjernejournal, e-resept, Helsenorge osv.

Det foreligger også en uttalt forventning om at eksisterende eller planlagte nasjonale løsninger skal gjenbrukes i realiseringen av plattformen.

Program Digital Samhandling (PDS) i regi av Direktoratet for e-helse i samarbeid med NHN er også en viktig del av dette samspeillet, og det er de som beskriver og regulerer grensesnittet mellom plattformen og det nasjonale økosystemet.

Gjennom PDS kan informasjon, på sikt, også utveksles med øvrige deler av helse- og omsorgstjenesten.

Gjennomføring

Det er en forutsetning i oppdragsbeskrivelsen at prosjektet og realiseringen av målbildet skal skje stegvis og gradvis.

I arbeidet med å realisere målbildet, har vi valgt å anbefale en start med små, konkrete utprøvningsprosjekt med lav kostnad og risiko, men konkret og målbar effekt og nytte. Utprøvningsarbeidet foreslås startet fra og med andre halvår 2023 og går i første omgang ut 2024. Parallelt skal det gjennomføres tiltak for videreutvikling av rammer og forventninger til journalleverandørene til kommunal sektor, noe som er etterspurt også fra markedets side. Det er også en ambisjon å videreutvikle konseptet for «markeds plass».

⁵ En logisk informasjonskilde betyr en kilde (løsning) som oppfattes som helhetlig for helsepersonellet, men som i realiteten sammenstiller den informasjonen den selv har lagret med informasjon fra flere uavhengige kilder.

I første utprøvningsperiode er «Oversikt over kommunale tjenester» og «NEWS2 måling» prioriterte utprøvnings tiltak. Begrunnelsen for anbefalingen er både vurderinger gjort av kommuner (som representerer behovet) og anbefalt løsningseier (NHN).

Utprøvingene starter internt i den enkelte kommune, men skal legge til rette for å kunne dele informasjon mellom kommuner, og med spesialisthelsetjenesten på sikt. I tillegg skal resultatene gi grunnlag for «industrialisering» og «globalisering», dvs. at leverandørene kan gjøre resultatet av utprøvingene til standardkomponenter i sine løsninger, og at alle kommuner med samme leverandør kan ta i bruk komponenten ved behov. Denne skalerings effekten gjør at dette ikke er enkeltstående tiltak i en eller noen kommuner, men et utgangspunkt for utvikling av fremtidige nasjonale tjenester.

Organisering

Hver enkelt kommune har ansvaret for helsetjenestene i egen kommune. Samtidig er det helse- og omsorgsministeren som har det konstitusjonelle ansvaret for hele helsetjenesten i Norge, både primær- og spesialisthelsetjeneste. Derfor er det alltid nødvendig at staten og kommunene samarbeider om sektorovergripende/nasjonale løsninger.

Det legges opp til et samarbeidsprosjekt mellom enkeltkommuner, KS, NHN og leverandørene i det videre arbeidet. Det foreslås at ressurser for å ivareta sentral samordning, koordinering og fasilitering legges til KS, noe som harmonerer med deres oppdrag på digitalisering på vegne av sektor. Utprøvningskommunene har ansvaret for gjennomføring av utprøving i egen kommune, inklusive ansvar for å finansiere egne prosjektaktiviteter.

Avklaring knyttet til NHNs rolle i utprøvingene er, som det særlig ble påpekt i EKS sin hovedkonklusjon, et springende punkt for videreføring av arbeidet. Resultatet av prosessen, vil først foreligge etter at dette styringsdokumentet er ferdigstilt. Det finnes leverandører i markedet som vil kunne levere tilsvarende tjenester som NHN til enkeltkommuner, men ingen av disse har den unike rollen og posisjonen NHN har opparbeidet overfor fellesskapet av norske kommuner, og de har ikke forutsetninger til å etablere denne posisjonen på kort sikt. I tillegg er det verdt å minne om samfunnsoppdraget NHN har for samordning av helsetjenesten.

Felles rammer og anbefalinger til anskaffelser

Prosjektet har i samarbeid med KS gjennomført en undersøkelse mot alle landets kommuner (2/3 respons) i forhold til pågående og kommende aktiviteter innen anskaffelse av journalløsninger. Kartleggingen viser at det er et stort antall kommuner (2/3 av respondentene) som skal i gang med anskaffelser av pasientjournalssystemer i de kommende årene, og alle indikasjoner peker på at stadig flere kommuner vil befinne seg i samme situasjon. 80% av respondentene ønsket at det skulle utarbeides felles rammer og anbefalinger som et grunnlag for deres egne og eventuelt felles anskaffelser.

Det ble utarbeidet en konkret liste med 35 ulike anbefalinger til kommuner som skal ut i anskaffelser på egen hånd eller i samarbeid med andre. Disse anbefalingene ligger som vedlegg 3.5 til denne rapporten. Videre utvikling av disse anbefalingene vil være en sentral oppgave parallelt med utprøvningsprosjektene og et utgangspunkt for å realisere «Markedsplassen».

Kostnader og finansiering

Første utprøvningsperiode er estimert til å koste totalt 31,0 millioner kroner (sentrale ressurser, kommunens utprøvningskostnader, og leverandørkostnader inkl. NHN). Hvert av tiltakene kan gjennomføres på 12 måneder, men anbefales gjennomført med en intern forskyvning på tre måneder.

I dette er foreløpige ressurser til videreutvikling av felles rammer og anbefalinger ved anskaffelser og markedsplasse-konseptet inkludert.

Videreføring av arbeidet er, med unntak av midler til en enkeltressurs i KS andre halvår 2023, foreløpig uten sikker finansiering. Det arbeides med en rekke tiltak for å få finansiert en realisering av utprøvningsperioden – både av sentrale prosjektressurser, de konkrete utprøvingene og arbeidet med

å videreutvikle felles rammer for anskaffelser. Det arbeides med ulike modeller for finansiering, herunder kommunal medfinansiering, ulike tjenestepriksmodeller, samt muligheter i offentlige tilskuddsordninger (kommunale eller nasjonale skjønnsmidler, FoU-midler, Digifin-ordningen og den kommende Helseteknologiordningen).

Spørsmålet om videre finansiering er, sammen med avklaring av NHN sin rolle i utprøvningsprosjektene, den største risikoen for videre realisering.

Risiko

Utvikling og realisering av målbildet er komplekst og ikke uten risiko. Det er også viktig å minne om at risiko ikke kan vurderes isolert. I dag er det to mulige alternativ, enten å fortsette som nå (null-alternativet) eller å velge en løsning hvor én leverandør leverer og kontrollerer alt. Risiko ved disse to alternativene vurderes som vesentlig høyere enn for det foreslåtte konseptet.

Utviklingen innen andre samfunnssektorer, og internasjonalt innen helse (se vedlegg 5.2), viser også et økende antall eksempler på realisering av tilsvarende konsept. Det er viktig å følge og lære av disse tiltakene.

Involvering og forankring

Vi har lagt betydelig vekt på involvering og forankring gjennom hele prosessen. Vi har løpende, og gjennom flere ulike arenaer og møteplasser, involvert kommuner og kommunesektorens ulike organer, inkl. samstyringsstrukturen for digitalisering, representanter for bruker- og pasientforeninger, fag- og profesjonsorganisasjoner, regionale helseforetak (RHF), leverandører, Nasjonalt program for leverandørutvikling (LUP) og akademia. I tillegg har vi hatt dialog med nasjonale myndigheter og aktører.

Innholdsfortegnelse

FORORD	II
SAMMENDRAG	IV
OM STYRINGSDOKUMENTET	1
1. BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE	4
1.1. Bakgrunn.....	4
1.2. Begrunnelse for utprøvsperioden	6
1.3. Begrunnelse for valgt strategi.....	6
1.4. Begrepsbruk	9
2. MÅL OG SUKSESSFÅKTORER.....	11
2.1. Samfunnsml.....	11
2.2. Effektmål.....	11
2.3. Resultatml.....	12
2.4. Suksessfaktorer	13
3. HENSIKT OG HOVEDKONSEPT	15
3.1. Utdordring og hensikt.....	15
3.2. Hovedkonsept.....	17
4. INTERESSETER	26
5. RAMMEBETINGELSER OG AVHENGIGHETER.....	29
5.1. Juridiske vurderinger	29
5.2. Sentrale rammebetingelser for prosjektet.....	30
5.3. Sentrale avhengigheter for prosjektet.....	31
6. GJENNOMFØRING	33
6.1. Prosjektets gjennomfØringsmodell - Prosjektveiviseren.....	33
6.2. FØrste utprøvsperiode.....	33
6.3. Videre utprøvsperioder	42
7. STYRING OG ORGANISERING.....	46

7.1.	Innledning	46
7.2.	Kommunal og statlig samstyringsstrukturer	46
7.3.	Ideell styringsmodell - Felleseid leveranseselskap	50
7.4.	Anbefalt løsning gitt nye rammebetingelser – konkrete utprøvinger og videre arbeid med anskaffelser..	57
7.5.	Rettslige avklaringer	64
7.6.	Risikoregister for utprøvsperioden	66
8.	PROSJEKTOMFANG	70
9.	TIDSPLAN	72
9.1.	Overordnet tidsplan	72
10.	BUDSJETT OG FINANSIERING	73
10.1.	Finansering	73
10.2.	Kostnadsbildet	76
10.3.	Nytteeffekter.....	82
10.4.	Samfunnsøkonomiske betraktninger	83

Vedlegg:

Vedlegg 3.1: Behov og nytte

Vedlegg 3.2: Plattform – konsept og målbilde

Vedlegg 3.3: Informasjonssikkerhet og personvern

Vedlegg 3.4: Markedsplassen – konsept

Vedlegg 3.5: Felles rammer og anbefalinger til anskaffelser

Vedlegg 5.1: Ytre rammer

Vedlegg 5.2: Erfaringer fra lignende prosjekt i andre land og sektorer

Vedlegg 6.1: Utprøving og gjennomføring

Bilag:

Bilag 3.1.1: Utfordringsbildet i kommunene: Samhandling og informasjonsdeling – dagens situasjon

Bilag 3.1.2: Gjennomføring og resultat knyttet til informasjonsbehov

Bilag 3.1.3: Beskrivelse av informasjonskategorier og elementer

Bilag 3.2.1: Alternative journalstrategier – muligheter og utfordringer

Bilag 3.2.2: Vurdering av realismen i overordnet løsningsforslag

Bilag 3.3.1: Overordnet personvern vurdering

Bilag 3.3.2: Overordnet risikovurdering

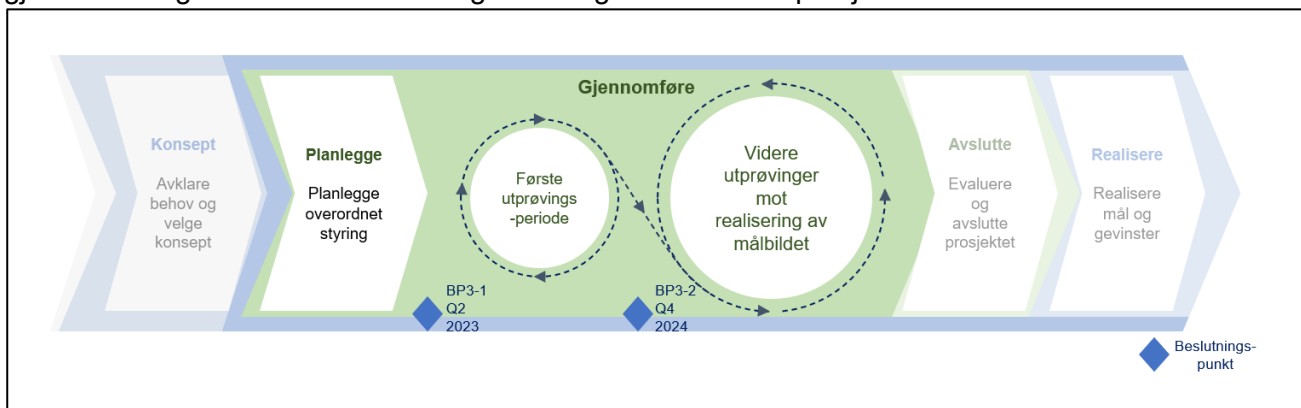
Bilag 7.1.1: Sluttrapport samarbeid FKJI og NHN

Bilag 10.1.1: Kostnadsmodell

OM STYRINGSdokUMENTET

Felles kommunal journal (FKJ) er et samarbeidsprosjekt mellom kommuner⁶, KS og staten v/Helse- og omsorgsdepartementet⁷ (HOD). Samarbeidsprosjektet er organisert under selskapet Felles kommunal journal interim AS (FKJI), som er heleid av KS. Styringsdokumentet er utarbeidet av prosjektet i tråd med selskapets formål, og oppdrag og rammebetingelsene satt av Stortinget.

Gjennomføring av prosjektet er delt i to perioder; første periode for konkrete utprøvinger som er foreslått fra juli 2023 og ut kalenderåret 2024, og neste periode er videre utprøvinger og arbeid med realisering av det helhetlige målbildet. Det betyr at det ikke er foreslått noen hard overgang fra første utprøvsperiode, men at den heller skal lede inn i nye utprøvinger. Dette utgjør gjennomføringsfasen i henhold til Digitaliseringsdirektoratets prosjektveiviser⁸.



Figur 1: Prosjektveiviseren - oversikt over faser

Vurderingen bak å dele gjennomføringen i to perioder handler i stor grad om å skape et skille for å kunne konkretisere og differensiere aktiviteter, kostnader, nytte og risiko på kort og mellomlang sikt. I tillegg gir det en kortere og mer realistisk planleggingshorisont. Det gir også en mulighet til å vurdere den reelle nytten av tiltak som skal prøves ut underveis, og dermed oppdatere grunnlaget for en videreføring av arbeidet med å realisere målbildet. Det er viktig å understreke at gjennomføringsstrategien og målbildet som beskrives er en utviklingsretning som ikke vil ha et definert slutt punkt.

Styringsdokumentet kan i hovedsak deles inn i tre nivåer, og de forskjellige kapitlene er understøttet av flere vedlegg. Nivåene er som følger:

- Nivå 1 – Mål og rammer: Beskriver bakgrunn, behovene og løsningsforslag
 - Kapitlene 1-5
- Nivå 2 – Strategier: Beskriver foreslått gjennomføringsstrategi og styring i utprøvsperioden
 - Kapitlene 6-7
- Nivå 3 – Planer: Beskriver plan, omfang og kostnadsberegninger for første utprøvsperiode
 - Kapitlene 8-10

Styringsdokumentet vil jevnlig måtte revideres ved større endringer i rammebetingelser, styringssignaler eller beslutninger i påfølgende faser, samt på bakgrunn av den læringen som oppnås i utprøvsperioden.

Arbeidet med å lage strategier og planer for realisering av målbildet vil være en del av prosjektomfanget i utprøvsperioden. Dette er fordi det er lite hensiktsmessig å beskrive detaljerte planer langt frem i tid og prosess, gitt de usikre rammene, og fordi aktivitetene i utprøvsperioden vil

⁶ Bergen, Bodø, Bærum, Hammerfest, Kristiansand, Ringsaker, Stavanger og Vinje er medlemmer, mens Oslo og Trondheim har observatørstatus i prosjektrådet.

⁷ Norsk helsenett SF (NHN) og Direktoratet for e-helse deltar på statens vegne i prosjektet.

⁸ [Digitaliseringsdirektoratets prosjektveiviser | Digitaliseringsdirektoratet.](#)

gi viktige innspill til den videre planleggingen. Jo mer usikkerhet og kompleksitet, desto viktigere er det med en smidig prosjektmetodikk med hyppig testing, validering, tilbakemeldinger og justering. Læringen kan være knyttet til løsningen, andre interne og eksterne avhengigheter og krav. Av samme grunn er det heller ikke utredet eller planlagt aktiviteter knyttet til forvaltning, drift og videreutvikling (FDVU), annet enn der det er naturlig i beskrivelsene av konkrete utprøvinger. Utarbeidelse av disse planene vil være en viktig del av planleggingen for realisering av målbildet.

Innholdet i de forskjellige kapitlene i dette dokumentet er som følger:

Kapittel 1 - Bakgrunn og begrunnelse

Kapitlet beskriver bakgrunnen og begrunnelsen for prosjektet.

Kapittel 2 - Mål og suksessfaktorer

Kapitlet beskriver samfunns- og effektmål. I tillegg er det definert resultatmål for den første utprøvningsperioden.

Kapittel 3 - Hensikt og hovedkonsept

Kapitlet beskriver hensikten som ligger til grunn for prosjektet, samt hovedkonseptet prosjektet bygger på.

Støttedokument:

- Vedlegg 3.1: Behov og nytte
- Vedlegg 3.2: Plattform – konsept og målbilde
- Vedlegg 3.3: Informasjonssikkerhet og personvern
- Vedlegg 3.4: Markedsplassen – konsept
- Vedlegg 3.5: Felles rammer og anbefalinger til anskaffelser

Kapittel 4 - Interessenter

Kapitlet beskriver de viktigste interessentene og deres relasjon til prosjektet, og deler inn interessentene etter prioritet.

Kapittel 5 - Rammebetingelser og avhengigheter

Kapitlet beskriver de viktigste rammene prosjektet må forholde seg til. Rammene er foreløpig beskrevet likt gjennom hele prosjektet, men vil kunne bli endret over tid. Prosjektets sentrale avhengigheter beskrives samlet for hele prosjektets levetid. Her beskrives også juridiske vurderinger.

Støttedokument:

- Vedlegg 5.1: Ytre rammer
- Vedlegg 5.2: Erfaringer fra lignende prosjekter i andre land og sektorer

Kapittel 6 – Gjennomføring

Kapitlet beskriver gjennomføringsmodell for første utprøvningsperiode, basert på forslag til utprøvinger prosjektet anser som realistiske og viktige for å nærme seg målbildet.

Støttedokument:

- Vedlegg 6.1 – Utprøving og gjennomføring

Kapittel 7 - Styring og organisering

Kapitlet presenterer utredning av ulike modeller og alternativer for organisering og styring. Utredningen gir en anbefaling av det som ansees som den ideelle modellen for organisering og styring, dersom rammebetingelsene hadde vært til stede. Deretter presenteres det som oppfattes som en realistisk modell for styring og organisering av utprøvingene. Denne anbefales, gitt de foreliggende forutsetninger.

Kapittel 8 – Prosjektomfang

Kapitlet beskriver kun prosjektomfanget for første utprøvsperiode. Utarbeidelse av tilsvarende planer for videre arbeid med realisering av målbildet må gjøres fortløpende som en del av det videre arbeidet.

Kapittel 9 – Tidsplan

Kapitlet beskriver en overordnet tidsplan for utprøvsperioden, og tilsvarende som for kapittel 8 vil beskrivelse av omfanget for videre arbeid være en del av det videre arbeidet.

Kapittel 10 – Budsjett og finansiering

Kapitlet inneholder en beskrivelse av nødvendige kostnader for den organisasjonsmodellen som er beskrevet i kapittel 7, samt kostnader for å gjennomføre to konkrete utprøvsprosjekter.

I tillegg er nytte og samfunnsøkonomiske betraktninger for et endelig realisert målbilde beskrevet på overordnet nivå.

Det er i tillegg gjort utdypinger i bilag, ref. oversikt i innholdsfortegnelsen.

1. BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE

1.1. Bakgrunn

Samarbeidsprosjektet Felles kommunal journal (FKJ) var tenkt som et av flere tiltak for å realisere Stortingsmelding 9 (2012-2013) «Én innbygger – én journal⁹», som satte følgende overordnede mål for IT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren:

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

Det begynner og slutter alltid med innbyggeren, og alle innbyggere er bosatt i en kommune i Norge. Kommunene har ansvar for det som skjer i den enkelte kommune, og så har staten ansvaret for det som skjer i hele samfunnet. Derfor er det alltid nødvendig at staten og kommunene samarbeider om sektorovergripende/nasjonale løsninger.

Om vi blir syke eller behøver ulik bistand, blir vi brukere eller pasienter, og vi får hjelp av blant annet helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Noe av det viktigste vi har med oss som innbyggere i møte med helsevesenet er informasjonen om hvem vi er, vår tilstand, om undersøkelser og funn, samt tidligere eller pågående behandling. Pasientinformasjonen gir behandlerne grunnlag for å ta beslutning om tiltak og behandling for brukere og pasienter. Pasientinformasjon er drivkraften i pasientforløpene, selve motoren i helsesektoren. Brudd i informasjonskjeden representerer alltid risiko for brudd i behandlingsskjeden – med de farer det medfører.

Basert på utredning av «Én innbygger – én journal» (2015), oppdraget til Helse Midt-Norge RHF om Helseplattformen, strategier for samordning i spesialisthelsetjenesten i helseregionene Nord, Vest og Sør-Øst og Direktoratet for e-helse sitt samarbeid med fire kommunegrupper og 44 kommuner i 2017, ga Direktoratet for e-helse ut konseptvalgutredningen for «Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste (Én innbygger – én journal)¹⁰». Det anbefalte konseptet var «Helhetlig samhandling og felles kommunal journal», der det var presisert at felles kommunal journal ikke dreide seg om ett system, men kunne bestå av flere systemer. Arbeidet med å realisere de overordnede målene har dermed skjedd langs tre hovedakser:

- Anskaffelse og innføring av felles journal for primær- og spesialisthelsetjenesten i helseregion Midt-Norge – Helseplattformen
- Videreutvikling av journalløsningene for spesialisthelsetjenesten utenfor Midt-Norge
- Arbeidet med (tidligere Akson) helhetlig samhandling og felles kommunal journal:
 - Program digital samhandling (PDS) og Felles kommunal journal (FKJ)

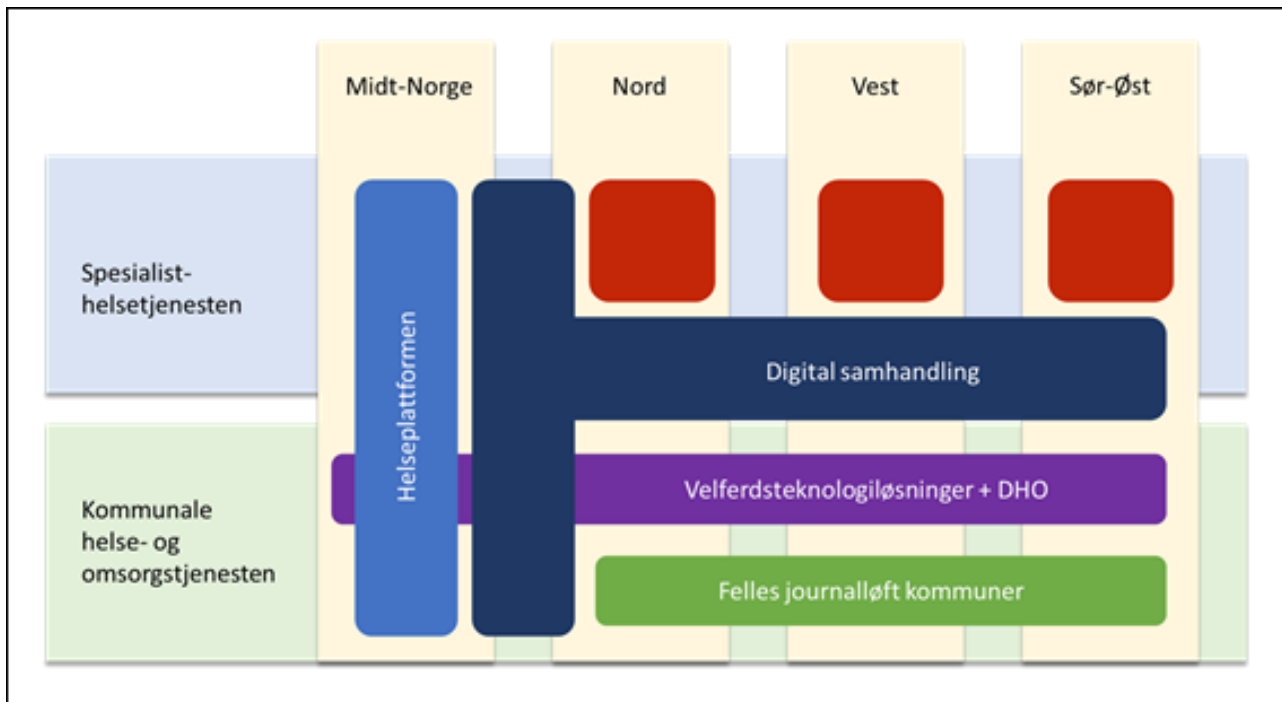
Direktoratet for e-helse anbefalte i forprosjekt Akson¹¹ at arbeidet realiseres gjennom to separate program: Ett for samhandling og ett for kommunal journal. Nasjonalt e-helsestyre (NEHS) behandlet anbefalingene 27.02.2020 og ga sin støtte til hovedinnretningen, men på noen klare felles premisser. Legeforeningen (DNLF) stilte seg ikke bak anbefalingen. Kommunal sektors representanter stilte seg bak hovedinnretning under forutsetning av NEHS egne premisser for sin støtte, samt at en egen protokollført uttalelse de la til grunn måtte følges opp i fortsettelsen.

Prosjektet er, sammen med initiativene nevnt ovenfor, dermed en sentral del av det nasjonale målbildet for e-helse, som vist i figur 2:

⁹ "Én innbygger - én journal" | Regjeringen.

¹⁰ KVU for Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste: <https://www.ehelse.no/publikasjoner/konseptvalgutredning-nasjonal-løsning-for-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste>

¹¹ [Veien til "Én innbygger - én journal" | Direktoratet for e-helse](#)



Figur 2: Nasjonalt målbilde for e-helseområdet.

I april 2020 ble det etablert et samarbeidsprosjekt mellom staten, KS og en gruppe samarbeidende kommuner¹². Hensikten var å følge opp de forhold Nasjonalt e-helsestyre hadde påpekt i sin behandling av styringsdokumentet, samt forberede etablering av et evt. felles selskap mellom stat og kommune. Den felles styringsgruppen for prosjektet ble ledet av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og inkluderte i tillegg Direktoratet for e-helse og Kommunal- og moderniseringsdepartementet, mens Trondheim kommune var observatører. Samarbeidsprosjektet leverte 03.06.2020 et notat med foreløpige konklusjonspunkter til HOD som skulle danne utgangspunkt for det videre utredningsarbeidet. Fra 08.09.2020 overtok en kommunerepresentant ledelsen av styringsgruppen, og NHN gikk inn som observatør.

I KS' hovedstyremøte 27.05.2021 ble det etter dialog mellom samarbeidskommunene og HOD besluttet å opprette en interimorganisasjon gjennom et heleid aksjeselskap. Selskapet skulle være mottager av offentlige bevilgninger, og juridisk vertsorganisasjon for samarbeidsprosjektet mellom stat og kommune i fasen frem til beslutning om videre veivalg og organisering er foretatt. Vedtaket ble gjort under forutsetning av at det før selskapsetablering måtte være inngått samarbeidsavtaler mellom KS og HOD, samt KS og samarbeidskommunene¹³ om selskapet og dets arbeid. 11.10.2021 ble selskapet Felles kommunal journal interim AS (FKJI AS) stiftet. Mandatet for selskapet har vært å utarbeide et styringsdokument som del av et beslutningsunderlag for videre behandling i kommunene utenfor Midt-Norge, hos KS og HOD. Selskapet skulle også sørge for at styringsdokumentet ble forankret i de berørte kommunene i samarbeid med KS.

Føringene fra St. Prop. 1S 2020-2021¹⁴ og St. Prop. 1S 2021-2022¹⁵ (forslagene til statsbudsjett)¹⁶ dannet grunnlaget for prosjektets forslåtte innretning og ga overordnede krav knyttet til løsning og gjennomføring, styring, organisering og finansiering. Utdrag av føringene:

¹² Kommunene Bergen, Bodø, Bærum, Kristiansand, Oslo, Stavanger, og Vinje.

¹³ Kommunene Bergen, Bodø, Bærum, Kristiansand, Ringsaker, Stavanger, Vinje, Hammerfest.

¹⁴ [Prop. 1 S \(2020–2021\) | Regjeringen.](#)

¹⁵ [Prop. 1 S \(2021–2022\) | Regjeringen.](#)

¹⁶ [Prop. 1 S \(2021–2022\). Hovedtrekk og prioriteringer i budsjettet for 2022 | Regjeringen](#)

Prop. 1S. 2020-2021:

«Arkitekturprinsippene som er lagt til grunn støttes av kvalitetssikringen og prinsippene vil kunne legge til rette for at journalløsningen kan bli en moderne plattformbasert løsning i et større økosystem som tilrettelegger for innovasjon og tjenesteutvikling.»

Prop 1S. 2021-2022:

«Felles kommunal journal innebærer en stegvis utvikling av fremtidens journalplattform for helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste, der ulike løsninger spiller sammen, og der brukerflatene skal kunne tilpasses den enkelte helsepersonells ulike behov. Målet er at helsepersonell i kommunene på sikt jobber mot en felles journalplattform slik at informasjon kan deles effektivt og ulike deler av løsningen kan gjenbrukes på tvers.»

Dette var grunnlaget frem til Prop. 1S. 2022-2023 ble lagt frem i oktober 2022. Der gjorde staten det klart at de ikke lenger ville bidra med programfinansiering av prosjektet, og at de ikke anså at prosjektet hadde levert i henhold til oppdraget. Med bakgrunn i den radikale kursendringen ble det nødvendig å endre innretning på gjennomføringen av prosjektet i tråd med nye og endrede rammebetingelser.

Behovsbeskrivelse, overordnet målbilde med løsningskonsept, samt gjennomføringsstrategi står fast. Første del av gjennomføringen er derimot innrettet mot konkrete utprøvinger i samarbeid mellom KS, kommuner, NHN og leverandørene. Dette beskrives nærmere i det følgende.

1.2. Begrunnelse for utprøvsperioden

Prosjektmandatet for planleggingsfasen, vedtatt av styret i FKJI AS, beskriver rammene for hva prosjektet skal levere i fire mål:

- 1. Det foreligger et oppdatert og eksternt kvalitetssikret styringsdokument med en konkret og troverdig løsnings- og gjennomføringsstrategi for stegvis realisering av felles kommunal journal. Dette skal inngå som del av et fyllestgjørende beslutningsgrunnlag for administrativ og politisk behandling.*
- 2. Det foreligger et komplett utkast til beslutningsunderlag/saksmateriale som kan benyttes i administrative og politiske prosesser i den enkelte kommune, hos KS og nasjonale myndigheter når det skal tas stilling til videre veivalg.*
- 3. Det foreligger et forslag til mandat for videreføring av prosjektet.*
- 4. I samarbeid med KS er det gjennomført kommunikasjons-, forankrings- og tilslutningsprosesser i kommunene utenfor Midt-Norge.*

I tråd med punkt 1 over «... med en konkret og troverdig løsnings- og gjennomføringsstrategi for stegvis realisering ...» beskriver dette styringsdokumentet med tilhørende vedlegg en utprøvsperiode med oppstart i andre halvår 2023, der prosjektet gjennom to utprøvsaktiviteter vil arbeide for å realisere deler av målbildet, og samtidig realisere løsninger som vil bidra til å løse konkrete og definerte behov, spesielt gjennom økt grad av informasjonsdeling internt i den enkelte kommunen.

Det forutsettes at utprøvingene gir konkret og målbar effekt og nytte, at de er skalerbare (dvs. kan "industrialiseres" og «globaliseres»), og at de er i tråd med NHNs strategi (dersom NHN skal delta).

1.3. Begrunnelse for valgt strategi

Det er lagt opp til en stegvis realisering av målbildet, der man tenker stort, men starter smått. En stegvis og smidig realisering handler om å dele opp arbeidet i håndterlige deler, og starte med de første konkrete trinnene, med antatt konkret nytte for aktørene og for realisering av målbildet. Man oppsummerer og lærer av erfaringer underveis, før de neste stegene meisles ut. Dette bidrar til at arbeidet er relevant over tid. Første steg for å realisere målbildet vil være i utprøvsperioden 2023-2024, som beskrives i neste delkapittel.

Det forutsettes etablert en pådriver- og koordineringsrolle i KS for å bygge på og binde sammen eksisterende løsninger.

På bakgrunn av rammer og forventninger er det utarbeidet føringer som prosjektet legger til grunn for videre arbeid med løsnings- og gjennomføringsstrategi. Disse er:

- **Løsningene realiseres stegvis og innføres gradvis:**
Med stegvis realisering menes en utvikling basert på å dekke kjente og definerte behov gjennom små, kontrollerte og reversible steg. Hvert steg i utviklingen skal være oversiktlig, ha relativt lav kostnad og risiko, og som utgangspunkt være reverserbart.
Gradvis innføring betyr at valg av løsning og tidspunkt for innføring vil være opp til de enkelte kommunene ut fra forutsetninger og behov.
- **Løsningene skal utvikles og tilrettelegges for digital samhandling:**
Det forutsetter å sikre informasjonsdeling og samhandling på tvers av tjenestegrupper, tjenesteområder, kommuner, forvaltningsnivå og samfunnssektorer. Løsninger som utvikles må sees inn i et felles nasjonalt mål bilde for å sikre sammenheng på tvers. Og det må skje i en stegvis utvikling og gradvis over tid.
- **Eksisterende felles nasjonale løsninger skal gjenbrukes:**
Gjenbruke av eksisterende felles nasjonale løsninger er en absolutt forutsetning for å unngå å utvikle parallelle eller konkurrerende løsninger, samt for å gi forutsigbarhet til kommuner som har brukt ressurser på å ta i bruk, eller som planlegger å ta i bruk, nasjonale løsninger. Informasjon fra nasjonale løsninger blir viktig i sammenstilling av informasjon for brukerne. I tillegg skal løsningen passe inn i et helhetlig arkitekturlandskap der den nasjonale samhandlingsplattformen og de nasjonale løsningene er helt sentrale, og prosjektet må derfor se disse løsningene i en sammenheng. Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor¹⁷ og anbefalinger knyttet til økosystem for nasjonal samhandling i offentlig sektor¹⁸ (der også den felleskommunale FIKS-plattformen inngår) er viktige rammeverk å legge til grunn for bruk og eventuelt videreutvikling. Poenget er å se på potensialet i eksisterende løsninger for å løse behovet, og at løsningene blir så gode som mulig i en kommunal sammenheng.
- **Realiseres gjennom en åpen plattformtilnærming:**
Løsningen bør etableres i en digital infrastruktur med tilhørende tjenester, basert på kjente, publiserte standarder som alle kan benytte for å nå informasjonen. Dette gjør det mulig å knytte sammen applikasjoner og tjenester fra mange forskjellige leverandører, og understøtter deling av data på definerte, standardiserte formater – ved bruk av felles tillitstjenester og terminologi. Plattformen skal være nøytral og åpen ved at alle som kvalifiserer seg i forhold til etablerte rammebetingelser, får adgang.
- **Etablere et tydelig skille mellom informasjon og funksjonalitet:**
Det skal være et tydelig skille mellom informasjon og funksjonalitet, der relevant pasientinformasjon skal være tilgjengelig for behandlere, innbyggere, forskning og utvikling, og der de funksjonelle løsningene skal benytte den samme relevante pasientinformasjonen - uavhengig av opprinnelig kilde. Det presiseres at de ulike funksjonelle løsningene fra leverandørmarkedet fortsatt vil inneholde data og informasjon, men at de utveksler data seg imellom gjennom plattformen.
- **Informasjon, løsninger, leverandører og alle typer brukere skal utgjøre et levende økosystem:**
Et digitalt økosystem for kommunene er et miljø der ulike aktører og løsninger er forbundet og samhandler over digitale plattformer for felles nytte gjennom bruk av delte ressurser innenfor definerte rammer.

Målsetningen er at disse føringene som et minimum skal bidra til at det utvikles løsninger som:

- **Ivaretar kommunenes behov for journalløsninger**
Løsningene skal legge til rette for at helsepersonell kan innfri alle krav til dokumentasjon og

¹⁷ [Én digital offentlig sektor: Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019-2025 | Regjeringen](#)

¹⁸ <https://www.digdir.no/digital-samhandling/felles-okosystem/4165>

sikres gjenbruk av relevant pasientinformasjon. Dette skal bidra til økt samhandling på tvers av tjenester, fag- og profesjonsområder og mellom ulike behandlere i kommunene, basert på deling av relevant pasientinformasjon. Gjennom en stegvis utvikling tilgjengeliggjøres ny funksjonalitet for helsepersonell, og det kan legges til rette for nye og mer effektive måter å organisere og utføre oppgavene. Målet er at tjenestekvalitet skal opprettholdes eller forbedres samtidig som belastningen på den enkelte og samfunnet som et hele går ned. Det er et sentralt mål å frigjøre tid fra administrative rutineoppgaver til direkte pasientbehandling. Gjennom felles arbeid med forventninger og rammer for anskaffelser av journalløsninger skal det sikres at kommunene får bistand til at løsninger følger i retning av målbildet/konsept, unngå innlåsing, styrke kundesiden samt gi leverandørene økt forutsigbarhet.

- **Bidrar til sømløse arbeidsflater for helsepersonellet**

Løsningene må legges til rette for at du logger på en, og ikke mange ganger.

Ulike løsninger, også fra ulike leverandører, må oppleves å henge sammen.

Informasjon legges inn en, og ikke mange ganger, også der den skal registreres i flere løsninger.

Så langt det er mulig skal løsningene følge en naturlig prosessflyt også på tvers av ulike behandlergrupper.

- **Understøtter utvikling av helhetlige og gjennomgående arbeidsprosesser**

Løsningen skal legges til rette for utvikling av helhetlige, sammenhengende og mindre arbeidsintensive arbeidsprosesser, med innbygger i sentrum. Felles behovsprioritering skal understøtte utvikling av behov som er felles for flere og som kan understøtte forløp og helhetlige arbeidsprosesser. En forutsetning for å skalere denne gevinsten utover enkeltkommuner er at det defineres like informasjonstjenester på tvers av kommuner, tjenester og profesjoner, altså et felles minimumskrav til hvilken informasjon som skal utveksles og tilgjengeliggjøres. Samhandling skal skje gjennom informasjonsdeling og ikke gjennom ett felles system.

- **Etablerer en reell valgfrihet for kommunene**

Kommunene skal kunne ta i bruk de løsningene (EPJ-systemer eller andre applikasjoner) som de ønsker uavhengig av tidligere leverandør- og løsningsvalg. Samtidig skal de være trygge for at løsningene oppfyller definerte minimumskrav. Kommunene skal også selv velge hvor (innenfor hvilke tjenesteområder og systemer/løsninger) de ønsker å ta i bruk nye informasjonstjenester basert på deres behov og nytte.

- **Ivaretar personvern og informasjonssikkerhet i løsningsdesign**

Personvern og informasjonssikkerhet skal være en del av en grunnleggende design – slik det forutsettes i GDPR.

- **Gir innbygger en aktiv rolle i egen oppfølging og behandling**

Innbygger skal sikres innsyn og kontroll med egen informasjon inklusive hvem som har benyttet den og til hvilket formål. Standardisert og anonymisert informasjon skal kunne benyttes til utvikling av nye innbyggertjenester.

- **Sikrer leverandørene gode konkurransevilkår og et levende e-helsemarked**

Leverandørene skal gis reelle og likeverdige konkurransevilkår. Det skal bli kortere vei til et bredt og mer konsolidert marked enn i dagens situasjon, hvor alt gjøres mot hver enkelt kommune. Dette skal også bidra til større grad av forutsigbarhet for leverandørene.

1.4. Begrepsbruk

Styringsdokumentet omtaler mange ulike tjenesteområder og profesjoner, og under følger en liste over de viktigste begrepene med forklaring.

Innbygger, bruker og pasient	I kommunale helse- og omsorgstjenester brukes både begrepet <i>bruker</i> og begrepet <i>pasient</i> . Disse begrepene gjenspeiles i styringsdokumentet. Der det kun står <i>pasient</i> eller <i>bruker</i> er det på bakgrunn av eksempler der vedkommende begrep passer alene. <i>Innbygger</i> er også brukt som en samlebetegnelse på <i>alle</i> personer bosatt, eller med opphold, i en kommune, uavhengig av hvor personen normalt bor, sykdom eller behov for bistand mm.
Helsepersonell	I styringsdokumentet brukes begrepet <i>helsepersonell</i> . Dette er brukt som et felles begrep for å omtale ansatte i kommunen som administrerer, planlegger, gjennomfører eller dokumenterer tjenestene, eller som har ansvar for helsefremmende og forbyggende tiltak. Det er heller ikke skilt mellom fagpersoner, assistenter eller ufaglærte i begrepsbruken, gitt at mange utfører pasientnære oppgaver og spiller en helt sentral rolle i daglig drift. I tillegg favner begrepet <i>helsepersonell</i> også aktører som har avtaler med kommunen om leveranse av helse- og omsorgstjenester, f.eks. lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut eller psykolog. Alle disse gruppene leverer helsetjenester på vegne av det offentlige. De utfører lovpålagte tjenester og representerer faggrupper kommunen skal ha knyttet til seg. ¹⁹
Offentlig tannhelsetjeneste	<i>Offentlig tannhelsetjeneste</i> er en fylkeskommunal helsetjeneste. Hvorvidt dette tiltaket skal støtte <i>offentlig tannhelsetjeneste</i> er ikke endelig avgjort, men fra prosjektets side anses det som naturlig at tannhelse inngår som en del av omfanget for et endelig mål bilde. Dette innebærer også andre aktører som gjennom avtaler med kommunene leverer ulike offentlige tjenester (eksempelvis private aktører). Disse omtales også som <i>helsepersonell</i> .
Kommunale helse- og omsorgstjenester	Med begrepet <i>kommunale helse- og omsorgstjenester</i> menes alle tjenester kommunene er ansvarlig for å tilby etter lov om kommunale helse og omsorgstjenester §3-1 ²⁰ . <i>«... Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune».</i> Tjenester som defineres i §3-2 er listet opp i fotnote 19.

¹⁹ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §3-2 sier at kommunene må ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut og psykolog for å oppfylle ansvaret etter § 3-1.

²⁰ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §3-2 sier at kommunene skal tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste og svangerskaps- og barselomsorgstjenester. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner herunder legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjeneste og psykososiale beredskap og oppfølging. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Andre helse og omsorgstjenester, herunder helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og plass i institusjon, herunder sykehjem. Dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens.

Relevant pasientinformasjon	<p><i>Relevant</i> betyr de deler av <i>pasientinformasjon</i> som er reelt delingsverdig, det vil si det som har betydning i en medisinsk vurdering, også uavhengig av den spesifikke kontekst og det konkrete tidspunkt informasjonen er generert i. Det er viktig å presisere at ikke alt som finnes av informasjon om den enkelte pasient eller bruker skal deles. Både informasjonens innhold, den sammenheng den er innhentet i og til hvilket tidspunkt den er produsert, vil ha betydning for graden av relevans. Opplevelsen av hva som er relevant pasientinformasjon vil også variere mellom ulike tjenesteområder og profesjoner, og for den enkelte innbygger.</p> <p>Mengden relevant pasientinformasjon forventes å øke som følge av mer utstrakt bruk av Internet of Things (IoT), velferdsteknologi og kunstig intelligens. I denne sammenheng vil en av de viktige utfordringene fremover være å begrense informasjonsmengden til det som er reelt relevant for å unngå informasjonsoverflod.</p>
Applikasjoner, dataløsninger, EPJ-løsninger og sluttbrukerløsninger	<p>Dagens IT-løsninger omtales ofte som <i>applikasjoner</i>, <i>journalløsninger</i> og/eller <i>EPJ-systemer</i>. Med <i>journalløsninger</i> menes de IT-løsningene som benyttes til å føre journal, mens EPJ-systemer også inneholder mer funksjonalitet. Eksempler kan være administrative-, logistikk- eller andre støttefunksjoner for journalføring. Med <i>sluttbrukerløsninger</i> menes de IT-løsningene som sluttbruker benytter til å utføre sine arbeidsoppgaver.</p>
Plattform	<p>Med plattform mener prosjektet en logisk informasjonskilde, altså en kilde som oppfattes helhetlig for den som anvender den, men som faktisk kan sammenstille informasjon fra flere uavhengige kilder. I tillegg består plattformen av et kommunikasjonsgrensesnitt som gjør det mulig å dele relevant pasientinformasjon. Plattformen skal gi helsepersonell tilgang til relevant informasjon om pasienter og brukere.</p>
Økosystem	<p>Et økosystem er summen av brukere, løsninger, informasjon og de avtalte rammeverk som gjør det mulig å samarbeide og utveksle informasjon</p>
Markedsplass	<p>Markedsplassen skal løse tre hovedoppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikre en samarbeidsarena for kommunene for å samle kundekraft ved å samordne behov, erfaringer og krav i møte med leverandører • Øke innkjøpsamarbeid eller felles anskaffelser slik at parallelle prosesser i kommunene unngås • Test- og utprøvningsarena for leverandørene, samt trygghet til kundene for at løsningene faktisk fungerer

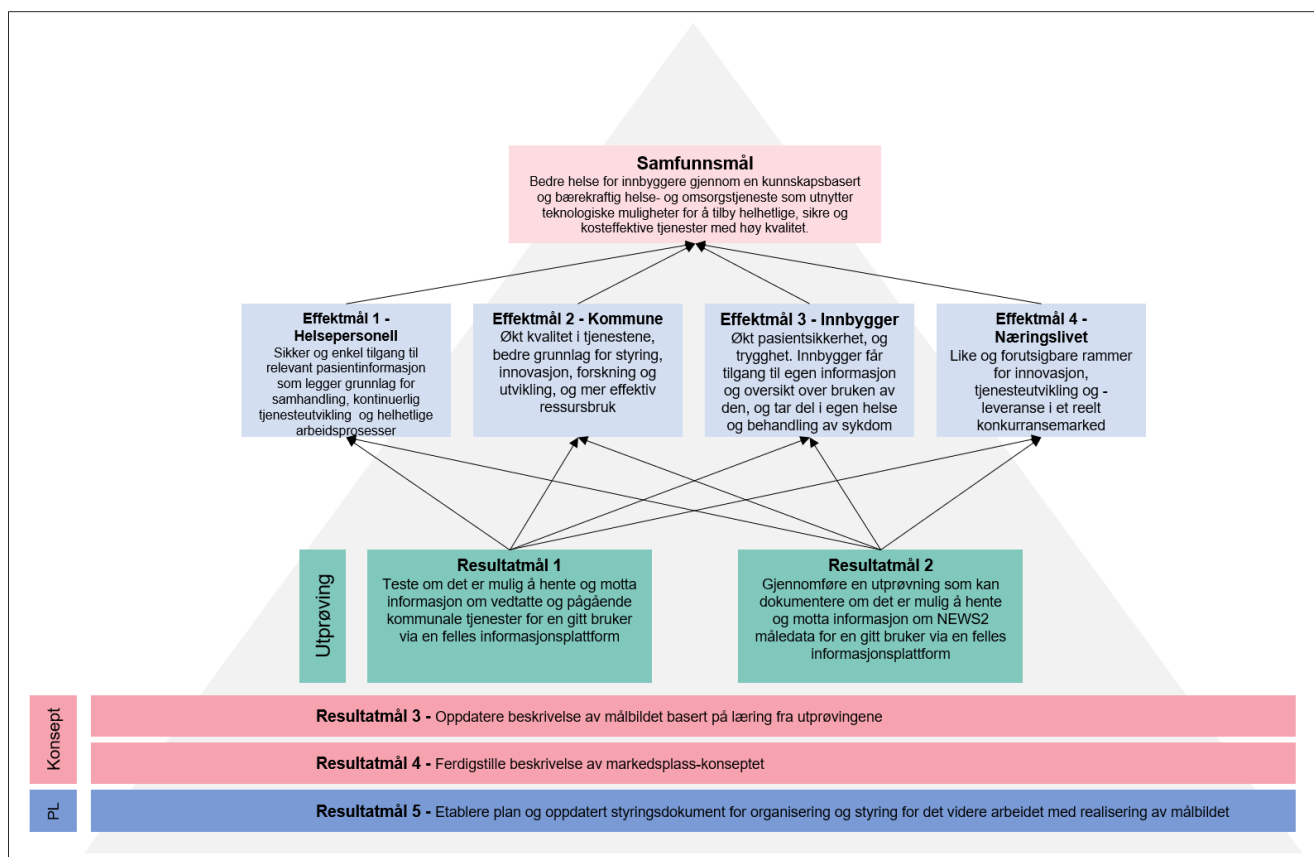
Tabell 1: Begreper

2. MÅL OG SUKSESSFÅKTORER

Samfunnsmålet følger visjonen fra «Én innbygger – én journal» om en sammenhengende og effektiv helsetjeneste der innbygger settes i sentrum. Effektmålene bygger på denne visjonen, men er videreutviklet gjennom prosjektet. Målene gjelder for hele gjennomføringsfasen, men veien til realisering vil være ulik over tid.

Resultatmålene er utviklet på bakgrunn av dialog og involvering av aktørene gjennom hele prosjektperioden. Dette har inkludert representanter fra kommuner, fag- og profesjonsorganisasjoner, bruker- og pasientforeninger, leverandørmarkedet og nasjonale aktører.

Videre målformuleringer for arbeid med realisering av det overordnede målbildet vil være en del av arbeidet i utprøvsperioden. Prosjektets mål er presentert i følgende målhierarki:



Figur 3: Målhierarki (PL = Prosjektledelse)

2.1. Samfunnsmål

Samfunnsmålet skal knyttes til målbildets virkning på samfunnet.

ID	Samfunnsmål
Samfunnsmål	Bedre helse for innbyggere gjennom en kunnskapsbasert og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som utnytter teknologiske muligheter for å tilby helhetlige, sikre og kosteffektive tjenester med høy kvalitet.

Tabell 2: Samfunnsmål

2.2. Effektmål

Effektmålene skal knyttes til prosjektets virkninger for brukerne, og er delt inn etter de fire primære brukergruppene som er identifisert i prosjektet.

ID	Effektmål
Effektmål 1 Helsepersonell	Sikker og enkel tilgang til relevant pasientinformasjon som legger grunnlag for samhandling, kontinuerlig tjenesteutvikling ²¹ og helhetlige arbeidsprosesser
Effektmål 2 Kommunene	Økt kvalitet i tjenestene, bedre grunnlag for styring, innovasjon, forskning og utvikling, og mer effektiv ressursbruk
Effektmål 3 Innbygger	Økt pasientsikkerhet, og trygghet. Innbygger får tilgang til egen informasjon og oversikt over bruken av den, og tar del i egen helse og behandling av sykdom
Effektmål 4 Næringslivet	Like og forutsigbare rammer for innovasjon, tjenesteutvikling og -leveranse i et reelt konkurransemarked

Tabell 3: Effektmål

2.3. Resultatmål

2.3.1. Resultatmål for utprøvsperioden

Resultatmålene skal knyttes til det overordnede målbildet, og har fem hensikter:

1. Løse konkrete og definerte behov med målbar effekt og nytte
2. Prøve ut løsninger og konsepter på veien til realisering av målbildet
3. Lære hva som fungerer og ikke fungerer, i tillegg til hvilke effekter som eventuelt kan oppnås
4. Gi innsikt til videre planleggingsarbeid
5. Bidra til en gradvis realisering av målbildet

På bakgrunn av de fem punktene skal de forskjellige utprøvingene kunne skaleres og globaliseres, dersom de gir de ønskede effektene.

Resultatmålene er delt i tre målområder; utprøvingene, videreutvikling av konsept/målbilde, og prosjekt- og planarbeid. Alle mål forventes realisert i utprøvsperioden.

Det samlede suksesskriteriet for gjennomføringsperioden er at løsningskonseptet som brukes i de forskjellige utprøvingene gir nytte for de fire primære brukergruppene identifisert i prosjektets effektmål.

De to resultatmålene for utprøvingene treffer begge de foreslåtte utprøvingstiltakene. Tiltakene er ikke prioritert på kostnad, men behov og realiserbarhet innenfor gitte rammer. I kriteriene for valg og prioritering av utprøvsprosjekt inngår både tid og kostnad som en del av prioriteringsgrunnlaget. Disse aspektene er derfor ikke direkte omtalt i resultatmålene. For å unngå at utprøvingene skal måtte prioriteres opp mot hverandre har vi anbefalt en forskjøvet oppstart. Det er resultatmålene knyttet til utprøvinger som antas å være mest tid- og kostnadsdrivende, og det er også disse som forventes å gi størst nytte i det videre utprøvsarbeidet.

Hver utprøving er beskrevet i kapittel 6, og mer detaljert i vedlegg 6.1.

ID	Resultatmål: Utprøving
U-1	Teste om det er mulig å hente og motta informasjon om vedtatte og pågående kommunale tjenester for en gitt bruker via en felles informasjonsplattform

²¹ Kontinuerlig tjenesteutvikling er en kontinuerlig, brukerorientert, tverrfaglig og eksperimenterende utviklingsprosess som har til hensikt å skape og forbedre tjenester som ivaretar brukernes behov.

U-2	Gjennomføre en utprøving som kan dokumentere om det er mulig å hente og motta informasjon om NEWS2 måledata for en gitt bruker via en felles informasjonsplattform.
------------	---

Tabell 4: Resultatmål - Utprøving

De to resultatmålene under beskriver arbeid med videreutvikling av konseptet basert på læring fra utprøvingene. Dette gjelder både et plattformbasert økosystem og markedsplassen.

ID	Resultatmål: Videreutvikling av konsept/målbilde
U-3	Oppdatere beskrivelse av målbildet basert på læring fra utprøvingene
U-4	Ferdigstille beskrivelse av markedsplass-konseptet ²²

Tabell 5: Resultatmål - Konsept

Resultatmålet for prosjektets ledelse handler om hvilke resultater prosjektet må oppnå for å kunne fortsette etter utprøvsperioden.

ID	Resultatmål: Prosjektledelse og kommunikasjon
U-5	Etablere plan og oppdatert styringsdokument for organisering og styring for det videre arbeidet med realisering av målbildet

Tabell 6: Resultatmål - Prosjektledelse og kommunikasjon

2.4. Suksessfaktorer

Suksessfaktorene er det prosjektet må lykkes med for å realisere målbildet og gjennomføre utprøvsperioden. Prosjektet vil måtte jobbe for at disse etterlevs, og sikre håndtering av suksessfaktorene gjennom god planlegging, risikoppfølging og rapportering.

#	Suksessfaktor	Beskrivelse
1	Effektiv eierstyring	En eierstyring som forener eiernes interesser og sikrer styring av prosjektet i henhold til de definerte målene. Eierstyringen må være tilpasset en smidig gjennomføringsmodell der kursen kan justeres raskt underveis. Eierstyringen må også sikre representativitet og legge til rette for involvering og effektiv kommunikasjon i kommune- og helsesektoren.
2	Forutsigbar finansiering	Finansieringsbeslutninger for prosjektet som er forutsigbare og som skal dekke planlagte kostnader. En finansiering som er robust for beslutningsprosesser i kommunene.
3	Konkret og opplevd nytte for aktørene	Både gjennom å møte konkrete behov for informasjon og helhetlige arbeidsprosesser for innbygger og helsepersonell, samt legge opp til gode og motiverende rammebetingelser og muligheter for aktørene og leverandørmarkedet. Tilrettelegge for digital samhandling med andre nasjonale aktører.
4	Samarbeid med leverandørmarkedet	Et samarbeid med leverandørmarkedet som åpner muligheter og gir forutsigbarhet for leverandørmarkedet og dermed sikrer at journalløsninger og andre sluttbrukerapplikasjoner blir tilgjengelige

²² Markedsplassen beskrives i kapittel 3 og vedlegg 3.4

		sammen med plattformen, i tråd med deltagende kommuners behov og krav.
5	God ledelse og styring av prosjektet	Tydelig ansvarsdeling og god styring må etableres, inkludert entydige fullmakter og beslutningslinjer.
6	Prosjekt med smidighet og sterk gjennomføringsevne	Et prosjekt som arbeider smidig, har god kunnskapsdeling og som løpende gjør tilpasninger ut fra løpende erfaringer, bl.a. med brukertesting og pilotering. Et prosjektteam som har solid erfaring, kompetanse og et godt samarbeid. Et prosjektteam som har god kompetanse og kapasitet for endringsledelse.
7	God koordinering med utvikling av samhandlingsløsninger	God koordinering av utvikling og test av samhandlingsløsninger i takt med prosjektets behov, for eksempel Program Digital Samhandling (se kapittel 5).
8	Kommunikasjon og forankring	I samarbeid med eier, skal prosjektet gjennomføre forankringsarbeid mot interessenter, inklusive kommuner, bruker- og pasientforeninger, fag- og profesjonsorganisasjoner og leverandørmarkedet.

Tabell 7: Suksessfaktorer

3. HENSIKT OG HOVEDKONSEPT

3.1. Utfordring og hensikt

Kommunene skal sørge for at alle personer som oppholder seg i en kommune tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar²³ omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. I tillegg sikrer lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) innbyggere lik tilgang til helsehjelp av god kvalitet. Dette gjelder uavhengig av hvor du bor i landet og om hjelpen kommer fra primærhelsetjenesten (kommunal) eller spesialisthelsetjenesten (stat). Helsepersonelloven §4 stiller også krav til helsepersonellens utførelse av arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet. Dette kan være utfordrende dersom man ikke har den informasjonen man behøver. Derfor er tilgang til relevant pasientinformasjon sentralt i felles journalløft.

Det er et betydelig kommunikasjons- og samhandlingsbehov internt i kommunen i forbindelse med kartlegging, saksbehandling, planlegging, gjennomføring og dokumentasjon. Det skaper også et stort behov for koordinering og samhandling på tvers av ulike helsetjenester, på tvers av kommuner og mellom kommuner og andre forvaltningsnivå. Deling av relevante helseopplysninger mellom de ulike helsetjenestene og nivåene i offentlig forvaltning er avgjørende for at helsepersonell skal kunne gi nødvendige, riktige og tilpassede tjenester som innbyggerne har behov for og krav på.

For å løse oppgavene, har de fleste kommuner flere ulike journalløsninger og andre løsninger som dekker de ulike tjenesteområdene og pasient- og brukergruppene. Imidlertid er det liten eller ingen digital samhandling mellom disse løsningene, ut over utveksling av elektroniske meldinger. Samhandlingen skjer fortsatt muntlig, per telefon, i møter, via e-meldinger eller på papir, og bare via journalsystemene der tjenestene som samhandler har samme løsning. Helsepersonell opplever dette gjennom å måtte logge inn i ulike og usammenhengende løsninger, samt at samme informasjon registreres og forvaltes manuelt i flere løsninger, med de kvalitets- og effektivitetstapene det medfører.

Den kommunale legevakten har eksempelvis ikke oversikt over hvilke andre kommunale tjenester en pasient mottar.²⁴ Det innebærer at legevakten oftest har et mangelfullt grunnlag for å vurdere riktig nivå på helsehjelp og hva som bør iverksettes av nye tjenester eller tiltak.

Mangel på informasjon utfordrer kontinuitet og flyt i pasientforløp, trygghet for tilstrekkelig innsikt i brukerens eller pasientens situasjon, og dermed også riktig nivå på helsehjelp. Det kan forringe et allerede planlagt forløp, sykeliggjøre eller bidra til feilbehandling og/eller i verste fall true livssituasjonen til innbygger.

En stor andel av brukerne i den kommunale helse- og omsorgstjenesten mottar flere tjenester og har flere parallelle utfordringer, noe som gjør at intern samhandling og tilgang til relevant og oppdatert informasjon er svært viktig for å ivareta helhetlig perspektiv og tilnærming. Manglende tilgang til helhetlig informasjon utfordrer derfor pasientsikkerheten.

Det understrekes at i tillegg til samhandling mellom tjenesteområdene innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten, trengs det også samhandling med andre kommunale tjenester. Barnevern,

I sykehusverdenen tenkes det ofte «*én pasient – én tilstand*».

Sånn er det ikke i kommunene.

Her finner vi de multisyke og livsløpsbrukerne, innbyggere med helhetlige pleie og omsorgsbehov, fra en rekke ulike tjenester.

Ortopeden på sykehuset ser en eldre mann med lårhalsbrudd. Kommunen ser derimot en mann med KOLS, begynnende demens, en kone som sitter i rullestol og en voksen sønn med rusutfordringer. I tillegg har den eldre mannen nå brukket lårhalsen.

Et helt annet og sammensatt bilde som forutsetter høy grad av samhandling, men de ulike tjenestene bruker ofte ulike løsninger, og gjennomgående snakker ikke systemene med hverandre.

²³ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1

²⁴ [Filmen «Hva er gevinstene ved å dele helseinformasjon» kan gi illustrasjon til problemstilling det vises til i teksten | KS](#)

barnehage/skole og sosialtjenestene er blant disse tjenestene. Det er også behov for utveksling av informasjon mellom kommuner, og på tvers av forvaltningsnivåene.

Dagens EPJ-systemer er av historiske grunner proprietære.²⁵ Det gjør at det ikke er mulig å utveksle eller flytte informasjon til andre løsninger uten betydelige utfordringer og kostnader for både leverandører og kommune. Det betyr at informasjonen for alle praktiske formål er «låst inn» i den enkelte løsningen, og at bruk og deling av informasjon skjer på leverandørens premisser. Dette låser i realiteten kommunene til gjeldende leverandører. Dermed har man i praksis en situasjon med bilaterale seriemonopoler, som fører til at behov for oppdaterte eller nye løsninger i praksis forhindres. «Innelåst» informasjon har medført liten utvikling og innovasjon²⁶ på journalområdet, samtidig som kommunene og helsepersonellet har presserende behov for bedre journalløsninger som understøtter deres prosesser på en god og effektiv måte.

Kommunene har tradisjonelt vært lite samordnet på innkjøpssiden. Mangel på felles behovsbeskrivelser, med tilhørende krav til løsningene, har bidratt til å øke leverandørens risiko ved nyutvikling fordi muligheten til å skalere løsninger mellom kundene har vært for liten.

Utviklings- og endringsbehovet er enormt – med tanke på utfordringene helse- og omsorgstjenestene står overfor²⁷. Kommunene opplever allerede utfordringene som følger av en sterk økning i etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester som følge av eldrebølgen, økt spesialistbehandling i hjemmet og en forventet økning i andre grupper av omsorgstrengende. Disse utfordringene vil vokse i årene som kommer. Frem mot 2031 er den klart største økningen i årsverksbehov forventet innenfor helse- og omsorg med ca. 45.600 årsverk. Dette tilsvarer en økning på 28,9 prosent. I de andre sektorene forventes endringen å ligge mellom 4,7 og 8,1 prosent frem mot 2031.²⁸

Samtidig som utfordringene er felles, er kommunene ulike med tanke på størrelse og organisering. Det samme gjelder forskjellige grupper helsepersonell. Derfor må fremtidens digitale løsninger være fleksible og kunne tilpasses brukernes behov. Kravene til tjenestene er også de samme, og de er i stor grad lovregulert. Tradisjonelt løser kommunene sine behov gjennom separate og dermed ulike kravspesifikasjoner og avkoblede anbudsrunder. Løsninger tilpasses den enkelte kommunen, noe som reduserer muligheten for gjenbruk og videre skalering. De fleste kommuner benytter seg av flere ulike systemer og dette er også ulikt på tvers av kommuner. I tillegg er helseopplysninger generelt av privat karakter og dermed potensielt av stor interesse for ulike typer nettkriminalitet, og det understreker behov for god sikkerhet, både rutiner og løsningsdesign, som ivaretar personvern og informasjonssikkerhet. For å adressere denne utfordringen med mål om å lage løsninger som skalerer, innoverer og skaper gode arbeidsflater tilpasset den enkelte helsearbeider må omfanget på arbeidet være så lite som mulig, men basert på et tydelig definert behov. Utviklingen av løsninger må derimot ikke stoppe opp, men videreføres, og i et taktskifte som øker innovasjonsgrad i et bedre samspill mellom aktørene.

Gjennom å lage et rammeverk for mindre, kontrollerbare utprøvinger, med et tydelig begrenset omfang og behov, vil det være mulig å koordinere ulike aktører til å lage løsninger som passer sammen. Ved å etablere en felles nasjonal informasjonskilde/plattform, segregert²⁹ per kommune, får alle utprøvinger og alt utviklingsarbeid et felles teknologisk utgangspunkt. Gjennom en rekke utprøvinger vil man utvikle løsninger som hver for seg og samlet tar oss i retning av å realisere målbildet, som beskrives nærmere i kapittel 3.2 og 6.

²⁵ Proprietær betyr produsenteid, det vil si at informasjonen er systematisert og lagret spesifikt for den gjeldende løsningen og med få muligheter for utveksling med andre produsenters løsninger

²⁶ Gjennom dialogmøter med leverandører - spesielt lettvekts-IT leverandører og nye leverandører, har vi fått forståelse for at det er stor interesse for å kunne konsumere på informasjon for å utvikle nye tjenester som i dag er forhindret av de med definisjonsmakt

²⁷ [NF Rapport 10/2021 - Årsakene til kostnadsveksten innen pleie- og omsorg | Nordlandsforskning](#)

²⁸ [Stort behov for nye medarbeidere fremover | KS](#)

²⁹ Segregert betyr i denne sammenheng at den enkelte kommunes informasjon er fysisk og/eller logisk skilt fra andre kommuners informasjon.

Gjennomføringen, med konkrete forslag til to utprøvinger, er beskrevet mer utfyllende i kapittel 6 og vedlegg 6.1.

3.2. Hovedkonsept

Hovedkonseptet er et plattformbasert økosystem³⁰ hvor helsepersonell, innbyggerne, kommunen og leverandørene får tilgang til relevant pasientinformasjon, der og når behovet oppstår. Det vil representere en vesentlig bedret arbeidssituasjon for store grupper av helsepersonell. I tillegg vil det åpne for nye måter å samhandle og løse oppgaver på. Dette vil gi grunnlag for løsningsutvikling som det er vanskelig å se rekkevidden av i dag. Kommunene er i tillegg opptatt av å tilrettelegge for samhandling med de øvrige tjenesteområdene som helse- og omsorgstjenestene må samhandle med.

For helsepersonell er journalløsningene og andre applikasjoner hverdagens viktigste arbeidsredskap, og i likhet med alle andre yrkesgrupper har helsepersonell ulike og til dels individuelle behov. I årene som kommer antas det en økende grad av behov for individtilpasning i brukerflatene, og da er det viktig med mangfold. En modell som legger til rette for kun én leverandør er kontraproduktiv i et sånt bilde. Prosjektet ønsker derfor en felles logisk informasjonskilde³¹ som grunnlag for deling av informasjon, mellom et mangfold av leverandører – det er det som er benevnt som «plattform» i prosjektet. Sluttbrukerne vil nå informasjonen via sine sluttbrukerløsninger, alt fra store løsninger som klassiske journalsystem, ned til enkle og brukertilpassede applikasjoner eller hybride modeller. Alt i ett felles levende økosystem av løsninger, leverandører, helsepersonell og innbyggere.

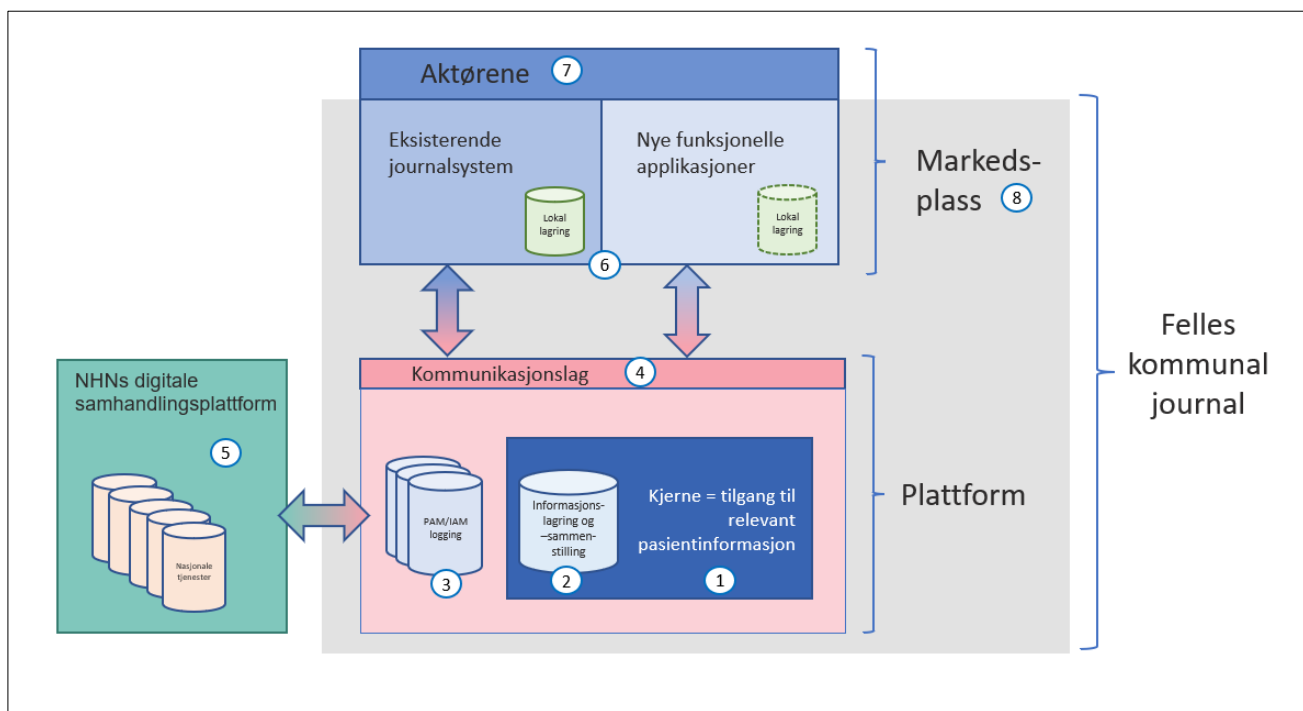
Det offentlige verken skal eller kan utvikle eller levere brukerløsninger, det er det markedet som skal gjøre. Næringslivet er avgjørende for å nå målbildet, og prosjektet skal legge til rette for gode muligheter for utvikling av nye løsninger i samarbeid med kommunene, samt fremme konkurransemulighetene. Det er i markedet det er investeringsvilje, ekspertise, skaperkraft og risikovilje – alt som må til for å skape og utvikle morgendagens løsninger.

Det er utarbeidet en konseptuell skisse som illustrerer hovedkonseptet og hvordan det kan sameksistere med NHNs digitale samhandlingsplattform og dermed også nasjonale e-helseløsninger og andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Konseptet består av to hovedelementer: plattform og markeds plass. I dette kapitlet beskrives de ulike elementene av løsningen i en logisk oppbygning, og med følgende nummerering i forklaringen:

1. Tilgang til relevant pasientinformasjon
2. Informasjonslagring og sammenstilling
3. Informasjonssikkerhet og personvern
4. Kommunikasjonslag
5. Samhandling med NHN sin digitale samhandlingsplattform
6. Sluttbrukerløsninger (eksisterende og nye løsninger)
7. Aktørene
8. Markeds plassen med tre hovedfunksjoner

³⁰ Et digitalt økosystem for kommunene er et miljø der ulike aktører og løsninger er forbundet og samhandler over digitale plattformer for felles nytte gjennom bruk av delte ressurser innenfor definerte rammer.

³¹ En logisk informasjonskilde er en løsning som samler og/eller lagrer informasjon fra flere kilder og presenterer dem samlet slik at det for sluttbruker fremstår som om informasjonen kom fra en og samme kilde. Dette i motsetning til «fysisk informasjonskilde» hvor all informasjon er lagret i samme løsning.



Figur 4: Konseptskisse som viser hovedkomponentene i løsningen og koblingen mot NHNs digitale samhandlingsplattform

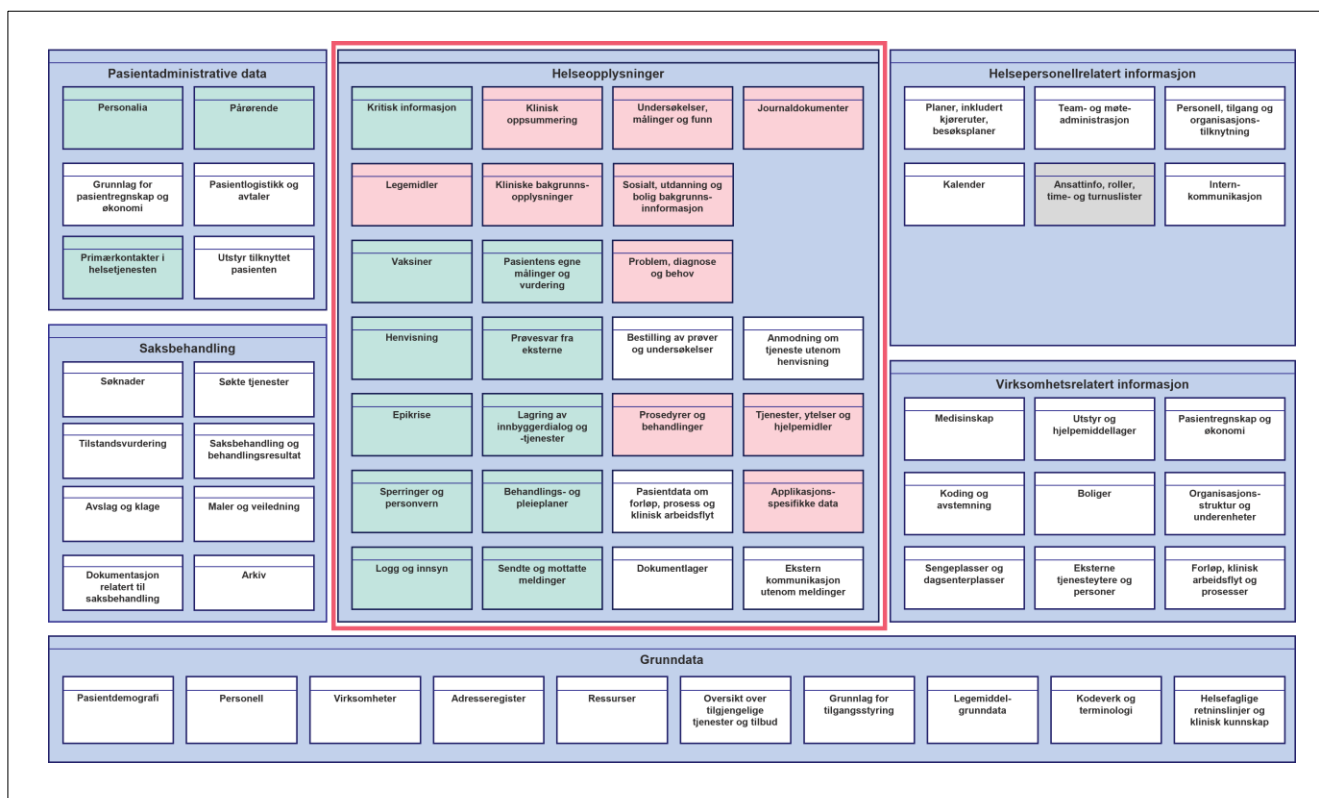
3.2.1. Tilgang til relevant pasientinformasjon

Pasientinformasjon må være tilgjengelig – der og når man har behov for den. Derfor er det også at «Tilgang til relevant pasientinformasjon³²» (1) er kjernen i konseptet. Aktørene spiller en sentral rolle i å produsere og berike pasientinformasjonen fortløpende, og stadig mer informasjon genereres fra eksempelvis sensorer, velferdsteknologi eller annet medisinsk teknisk utstyr. I denne sammenheng vil en av de viktige utfordringene fremover være å begrense informasjonsmengden til det som er reelt relevant for å unngå informasjonsoverflod. Pasienter og brukere må også gis anledning til å reservere seg for at enkelt informasjon ikke skal deles på tvers av flere aktører eller til enkelte helsearbeidere. Særlig viktig kan dette være innenfor eksempelvis psykiatri.

For å definere et omfang og en avgrensning for relevant pasientinformasjon, er det gjort en felles øvelse med blant annet NHN. Det er sett på hvilken informasjon som allerede finnes i eksisterende nasjonale løsninger (kjernejournal, e-resept etc.), eller som planlegges realisert i fremtidige nasjonale løsninger. Det er også gjennomført arbeidsmøter med helsepersonell fra flere kommuner og ulike tjenesteområder for å kartlegge hvilke kategorier av informasjon det er viktig å prioritere. Det er tatt utgangspunkt i en felles informasjonsmodell (se fFigur 5: Oversikt over avgrensning og omfang for kommunale plattformer) i alle disse møtene for å ha et felles grunnlag. Denne modellen beskriver det totale informasjonsomfanget i en helhetlig nasjonal sammenheng. Området helseinformasjon (rød innramming) er prioritert innledningsvis for å opprette nye informasjonstjenester, og dette er også i tråd med tilbakemeldingene fra deltagende helsepersonell³³. Det er likevel viktig å presisere at alle nye tjenester som opprettes med stor sannsynlighet vil inneholde informasjon fra andre domeneområder (f.eks. Pasientadministrative data). Hensikten med prioriteringen er derfor å definere hvilket behov tjenesten først og fremst skal dekke.

³² Viser til begrepsforklaring i kapittel 1.4

³³ Mer utfyllende informasjon finnes i bilag 2.1 og 2.2.



Figur 5: Oversikt over avgrensning og omfang for kommunale plattformer

- Informasjonskategoriene som er farget rosa må i hovedsak håndteres gjennom den enkelte kommunens plattform.
- Informasjonskategoriene som er farget grønne dekkes av nasjonale e-helseløsninger (eksisterende og planlagte) og utveksling baseres på den åpne internasjonale standarden FHIR³⁴ og evt. tilsvarende standarder.
- Informasjonskategoriene som er farget hvite er foreløpig holdt utenfor omfanget, men kan også være relevante som elementer i nye informasjonstjenester (eksempelvis søknader).

De rosa boksene representerer forslaget til innledende avgrensning og omfang knyttet til relevant pasientinformasjon. Figuren gir også et bilde av relasjonen til andre nasjonale løsninger og tiltak i realiseringen. Samspillet med nasjonale løsninger er grunnleggende viktig. Det er beskrevet mer om målbildet for informasjon i vedlegg 3.2.

3.2.2. Informasjonslagring og sammenstilling

I målbildet finnes det en plattform som kan lagre og sammenstille (2) relevant informasjon om mottagere³⁵ av kommunale helse- og omsorgstjenester. Det skal ikke gjøres noen forskjell om informasjonen befinner seg lokalt i kommunen eller om den hentes inn via de nasjonale samhandlingsløsningene. På denne måten skal helsepersonell være trygge på at informasjonen de mottar er oppdatert, helhetlig og korrekt. Plattformen blir i praksis et behandlingsregister³⁶, der informasjonen kan tas vare på og presenteres for helsearbeidere og innbyggere gjennom de ulike løsningene de benytter. Samtidig vil det være et grunnlag for at leverandørmarkedet løpende kan utvikle og tilby et bredt spekter av løsninger. Plattformen skal kunne levere data som grunnlag for

³⁴ HL7 FHIR er en fritt tilgjengelig standard som ble utarbeidet for å møte krav til integrasjon mellom virksomheter og mot moderne teknologi som mobil- og skytjenester. Vil bli brukt i nasjonale e-helseløsninger og har god støtte for interoperabilitet mellom virksomheter

³⁵ «Mottager» er i denne sammenheng innbyggere eller besøkende i kommunen som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester

³⁶ Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven) §2d er et behandlingsrettet helseregister definert som pasientjournal og informasjonssystem eller annet register, fortegnelse eller lignende, der helseopplysninger er lagret systematisk, slik at opplysninger om den enkelte kan finnes igjen, og som skal gi grunnlag for helsehjelp eller administrasjon av helsehjelp til enkeltpersoner

forskning, innovasjon og utvikling. Sentralt i målbildet er det derfor lagt et tydelig skille mellom informasjon og funksjonalitet.

Retningslinjer gitt av Personvernrådet (EDPB) forklarer at dersom en ansatt i et datterselskap i samme konsern utenfor EØS har fjerntilgang til norske virksomheters personopplysninger, vil fjerntilgangen regnes som en overføring. Tilleggskravet i henhold til Schrems II- dommen om at man alltid må undersøke om beskyttelsesnivået i praksis, vil kunne bli undergravd av forhold i tredjelandet, for eksempel overvåkningslover som går lenger enn det som er nødvendig og proporsjonalt. Dette vil blant annet være aktuelt for amerikanske virksomheter.

Overføring av personopplysninger ut av EØS, Datatilsynet.no

En plattform skal gjenbruke informasjon som kan hentes fra de nasjonale samhandlingsløsningene. Norske kommuner er forpliktet³⁷ til å oppbevare innbyggers helseopplysninger så lenge det antas å bli bruk for dem, og minimum ti år etter en pasients død. De nasjonale samhandlingsløsningene har oftest tillatelse til en vesentlig kortere lagringstid. Plattformen vil derfor spille en viktig rolle i å sikre informasjon som oppfyller lovkrav til oppbevaring.

Det er anbefalt skybaserte løsninger i tråd med nasjonal strategi for bruk av skytjenester³⁸. Vi legger til grunn at lagring, også skybasert, skjer i løsninger som er på norsk jord og ihht. norsk lovverk. For at overføring av personopplysninger ut av EØS, enten til tredjeland eller internasjonal organisasjon, skal være lovlig, må det finnes et overføringsgrunnlag. Dette er grunnleggende krav som må ivaretas og jobbes med rundt valg av skytjenester og databehandlere i løsningene som velges.

Lagring av pasientinformasjon baseres på bruk av åpne internasjonale standarder som eksempelvis SNOMED CT³⁹ og openEHR⁴⁰ der dette er mulig og hensiktsmessig.

Via plattformen skal berørte brukere med tjenstlig behov sikres tilgang til samme informasjon, kun avhengig av hvem man er og hvilken rolle man besitter. Helsepersonell får tilgang til informasjonen gjennom sine sluttbrukerløsninger. Det er sluttbrukerløsningene som skal kommunisere med (hente fra og sende til) plattformen. Journalløsninger og andre applikasjoner med *relevant helseinformasjon* vil fortsatt kunne lagre informasjon lokalt. Dette blir viktig for leverandørenes muligheter til å selge løsningene også til andre kunder. Løsningene må derimot tilgjengeliggjøre relevant pasientinformasjon til plattformen, slik at det som skal deles er tilgjengelig for alle aktørene. Dette vil også gjøre det lettere å tilby ulike informasjonstjenester, der brukerne i stor grad får en fleksibilitet i hva de opplever som relevant.

Juridiske rammer for deling av informasjon

Prosjektet legger til grunn at hovedkilden til informasjonen (autorativ kilde) er i behandlerens system. Det er behandler (juridisk subjekt) som er ansvarlig og som har produsert informasjonen. Eksempelvis er en privatpraktiserende fastlege subjektivt ansvarlig fordi fastlegen også representerer et eget juridisk subjekt. Alle andre versjoner av informasjon er historiske kopier og bør være låst for redigering. Alle endringer i opprinnelig informasjon må gjøres av behandler/journalansvarlig. Plattformen vil derfor kun være autorativ kilde i de tilfeller der løsningene lagrer informasjon direkte på plattformen. I tilfeller der man henter informasjon fra kjernejournal fordi den lovlige lagringstiden i Kjernejournal har gått ut, vil informasjonen fortsatt være en kopi, men lagret på plattformen, selv om primærkilden er borte. Innbygger har innsynsrett og kan spørre en virksomhet om hvordan opplysningene behandles, samt hvilke opplysninger de har lagret⁴¹. Innbygger må på samme måte

³⁷ Dette følger av pasientjournallovens §25 og helsearkivforskriftens §17. Dette er også beskrevet i bilag 5.1.

³⁸ [Nasjonal strategi for bruk av skytjenester | Regjeringen](#)

³⁹ SNOMED CT er en omfattende terminologi som brukes til å beskrive kliniske konsepter. Den er valgt som standard i Norge og brukes i Helseplattformen

⁴⁰ openEHR er en e-helseteknologi bestående av åpne spesifikasjoner, kliniske modeller og programvare som kan brukes til å lage åpne informasjonsplattformer for helsevesenet

⁴¹ [Rett til innsyn | Datatilsynet](#)

som tidligere kunne utøve sin rett til journalinnsyn etter §5-1 eller retting eller sletting etter §5-2 i pasient- og brukerrettighetsloven.

En plattform som kan lagre og sammenstille relevant pasientinformasjon for alle brukere i alle kommuner kan ikke realiseres uten et betydelig avtaleverk innenfor dagens lovgivning. Dette skyldes de juridiske utfordringer knyttet til å dele informasjon på tvers av mange virksomheter.

Pasientjournalloven regulerer muligheten for og plikten til å dele pasientinformasjon, og §9 åpner for at to eller flere virksomheter kan samarbeide om behandlingsrettede helseregistre, jf. §8. Virksomhetene må i tilfelle inngå skriftlig avtale om hva samarbeidet omfatter, hvordan pasientens eller brukerens rettigheter skal ivaretas, hvordan helseopplysningene skal behandles og sikres og fordeling av dataansvar. En slik tilnærming *kan* sikre deling på tvers av tjenesteområder i to eller flere kommuner, også støttet opp av pasientjournalloven §19. Dette kan eksempelvis være dersom innbygger flytter til en annen kommune, eller når en kommune skal ivareta sørge for ansvaret for personer som oppholder seg i kommunen på ferie.

Samarbeid mellom mange kommuner og/eller helseforetak, blir krevende fordi lovverket fordrer at *hvert* juridiske subjekt (kommunene, fastlege m.m.) etablerer bilaterale avtaler. Så langt det er bragt på det rene vurderte Helseplattformen å etablere en løsning basert på samarbeid etter §9 og 19, men fant at det ble for komplisert. For å sikre felles løsning valgte departementet i stedet å skrive et enkeltvedtak iht. Pasientjournallovens §9 andre ledd, som ble godkjent av Stortinget og som hjemler informasjonsdelingen mellom de ulike deltagerne, kommuner, helseforetak og andre.

Europakommisjonen har utarbeidet et forslag til forordning for et felles europeisk helsedataområde, European Health Data Space (EHDS) som nå er på høring i EU. Forslaget legger til grunn et krav om at helseopplysninger skal være tilgjengelig uavhengig av tid, informasjonskilde og hvor i EØS-området man befinner seg. Det skal tilrettelegges for å utveksle helsedata mellom landene og det vil bli harmonisering av bruk av internasjonale standarder og løsninger for elektroniske pasientjournalssystemer og livsstilapplikasjoner.

Det grunnleggende målbildet er at alle innbygger og alt helsepersonell skal ha tilgang til relevant pasientinformasjon der og når behovet oppstår. Vår konseptuelle beskrivelse representerer en idealisert modell, men det vil ta tid å realisere og det vil representere investeringer i en målestokk som det ikke er dekning for i dagens situasjon. På denne bakgrunnen og med et ønske om å komme i gang raskt, foreslås det i stedet en modell med konkrete og avgrensede utprøvinger basert på gjenbruk av etablerte nasjonale løsninger, i første omgang i perioden 2023–2024. Dette skal skape nytte og verdi tidlig, men skal også ta oss i retning av et endelig mål bilde. De ulike utprøvingene skal først og fremst bidra til å løse konkrete behov for helsepersonell. I parallell skal de bidra til å teste ut deler av målbildet for å verifisere at det kan realiseres. Utprøvingene er beskrevet i kapittel 6 og utdypet i vedlegg 6.1.

Gjenbruk av etablerte (nasjonale) løsninger gjøres i samarbeid med NHN. Prosjektet har sett på gjenbruk av måten «Pasientens prøvesvar» og «Velferdsteknologisk knutepunkt» er realisert. Dette vil utgjøre «plattformen» i de foreslåtte utprøvingene. Dette står ikke i motstrid til å utforske andre typer av «plattformer». Hver utprøving baseres på at det etableres en plattform for den enkelte deltagende kommune («Kommunens hendelseslager»). Her registreres relevant informasjon som sendes til ulike aktører i den kommunale helse- og omsorgstjenesten slik at det også kan deles med øvrige deler av kommunens tjenestetilbydere ved behov. I den grad det er ønskelig og mulig kan løsningen også tilpasses til å omfatte annen relevant pasientinformasjon. Etersom delingen av informasjon skjer lokalt i den enkelte kommunen, og eventuelt overfor aktører med kommunal driftsavtale⁴², vil det være mulig å etablere løsningen innenfor rammen av gjeldende lovverk.

En slik tilnærming vil være det første steget på veien fra dagens «én til én»-kommunikasjon til en situasjon der relevant pasientinformasjon kan deles mellom flere, eksempelvis andre som har behov for opplysningene i et pasientforløp.

⁴² Private virksomheter uten kommunal driftsavtale vil falle utenfor omfanget for våre utprøvinger.

3.2.3. Informasjonssikkerhet og innebygget personvern

Viktigheten av en enhetlig og helhetlig tilnærming til informasjonssikkerhet og personvern (3) i et fremtidig økosystem tilknyttet kommuner og virksomheter kan ikke uttrykkes sterkt nok. Særlig viktig blir dette når informasjon som behandles i og av plattformen er sensitive personopplysninger, kan ha stor verdi og funksjoner som kan påvirke evnen til å yte forsvarlig helsehjelp. Potensielt kan det påvirke liv og helse.

Informasjonssikkerhet skal ivaretas som en del av, og et fundament for, både plattformen og økosystemet som et hele. Det må derfor sikres autentisering (hvem du er), autorisering (hvilke roller og rettigheter du har), og at all aktivitet loggføres. Dette er viktig både for å oppfylle innbyggers rettigheter til innsyn, og for å sikre at informasjonen kun behandles av helsepersonell med tjenstlig behov. Formålet med å gjennomføre vurderinger innenfor informasjonssikkerhet og personvern på nåværende tidspunkt i arbeidet har vært å peke på viktige elementer som må håndteres i det videre arbeidet. Prosjektet vil bestå av en kompleks verdikjede med mange aktører som gir økt sårbarhet og risiko, og som må håndteres i prosjektet. Vurderingene må også oppdateres i takt med en stegvis utvikling. For å oppnå akseptabel risiko må hele verdikjeden sikres; det betyr at alle aktører må håndtere og sikre sin del, i tillegg til at verdikjeden som helhet blir ivaretatt ved å bruke styringssystem for informasjonssikkerhet og personvern.

Risikovurdering (ROS), personvernkonsekvensutredning (DPIA) og protokoll over behandlingsaktiviteter må utføres av og for hver enkelt aktør i utprøvningsprosjektet, og gjennom alle faser. Vurderinger må oppdateres underveis i utprøvingene, ikke minst i videreføringsfasen der flere aktører tar i bruk løsningen.

I dagens situasjon lagres personopplysninger i det enkelte journalsystem, gjerne lokalt i hver kommune. I målbildet finnes det en felles plattform hvor informasjon vil bli lagret og sammenstilt. Behandlingsansvaret vil likevel fortsatt være som det er i dag. Den enkelte virksomhet (eksempelvis kommune) er dataansvarlig⁴³ for informasjonen som de produserer og dokumenterer. Dette begrunnes også i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, §3-1 (kommunenes sørge for ansvar). Den ansvarlige er også overordnet ansvarlig for å overholde personvernprinsippene⁴⁴. Dette ansvaret endres ikke med bruk, og det en absolutt forutsetning at pasientinformasjon som deles, kun kan leses og gjenbrukes, men ikke endres.

Drifts- og forvaltningsorgan vil være databehandler⁴⁵ av informasjon i en felles plattform fordi de behandler personopplysningene på vegne av andre (behandlingsansvarlig). Dette må være regulert gjennom databehandleravtaler, og det vil derfor foreligge et tydelig behov for godt definerte avtaler i et målbilde. Tilsvarende vil konsumenter av informasjonen være ansvarlig for sin bruk og håndtering av informasjonen.

Informasjonssikkerhet og personvern, samt anbefalte aktiviteter og tiltak, beskrives mer detaljert i vedlegg 3.3, samt i bilagene 5.1 og 5.2.

I foreslåtte utprøvinger for første utprøvningsperiode er den enkelte kommune behandlingsansvarlig for de helse- helse- og personopplysninger som produseres av kommunens ansatte.

NHN vil være databehandler for informasjonen i Felles programvareinfrastruktur (FPI), og ansvaret må registreres i databehandleravtale mellom partene.

Løsningseverandører (eksempelvis leverandører av journalløsninger) som også drifter løsningene er databehandlere av informasjonen på kommunens vegne, og ansvaret må reguleres i databehandleravtale.

⁴³ Ansvarlig for behandling av helseopplysninger etter personvernforordningen artikkel 4 nr. 7. Pasientjournalloven, §2 (e)

⁴⁴ [Personvernprinsippene | Datatilsynet](#)

⁴⁵ Databehandler behandler personopplysninger på vegne av andre. Databehandleren behandler alltid personopplysningene etter instruks fra en annen virksomhet og kan derfor ikke bestemme formål og andre avgjørende elementer ved behandlingen. [Behandlingsansvarlig og databehandler | Datatilsynet](#)

3.2.4. Kommunikasjonslag

For at informasjon skal kunne utveksles må det finnes et kommunikasjonslag (4), og det må være mest mulig standardisert og entydig. Utveksling av pasientinformasjon baseres på bruk av åpne internasjonale standarder (eksempelvis HL7 FHIR⁴⁶), der det er mulig og hensiktsmessig. Dagens sluttbrukerløsninger (med integrert lokal lagring) må kunne sende og motta pasientinformasjon til og fra plattformen. En første forutsetning for dette er en detaljert beskrivelse og avklaring av hvilken informasjon som er relevant og delingsverdig, samt hvilke kontekstuelle opplysninger som må inkluderes med de ulike informasjonselementene. Dette gjøres iterativt gjennom konkrete utprøvinger, og defineres for å imøtekomme behovene som skal løses i hvert tilfelle. Dette gjøres av sentrale aktører i de ulike utprøvingene (kommune, NHN og leverandører), og må inkludere helsepersonell og brukere av løsningene.

Til sammen utgjør numrene 1, 2, 3 og 4 i figur 4 det prosjektet omtaler som *plattformen*.

3.2.5. Samspill med nasjonale løsninger - NHNs digitale samhandlingsplattform

Plattformen må samspille med de nasjonale tjenestene i NHN sin digitale samhandlingsplattform (5); helsenettet, kjernejournal, e-resept, Helsenorge osv. Det foreligger også en uttalt forventning om at eksisterende eller planlagte nasjonale løsninger skal gjenbrukes inn mot plattformen. Program Digital Samhandling (PDS) i regi av Direktoratet for e-helse i samarbeid med NHN er også en viktig del av dette samspillet, og det er de som beskriver og regulerer grensesnittet mellom plattformen og det nasjonale økosystemet. Gjennom denne plattformen kan informasjon, på sikt, også utveksles med øvrige deler av hele- og omsorgstjenesten. Det legges til grunn at informasjonsutveksling med den nasjonale samhandlingsløsningen må løses i tråd med disse føringene. Det er derfor ikke utarbeidet noen nærmere beskrivelse av grensesnittet.

Den felleskommunale FIKS-plattformen, som driftes av KS Digitale fellestjenester (DIF), leverer i dag mer enn 20 ulike fellestjenester til kommunene. Plattformen har blant annet vært viktig i arbeidet med pandemi-håndteringen og smittesporingsarbeidet.

3.2.6. Leverandører skal levere sluttbrukerløsninger

Sluttbrukerløsningene (6) (journalløsninger eller andre applikasjoner) som helsepersonellet bruker som arbeidsverktøy skal fortsatt leveres av markedet. Løsningene bør være gode på prosessering og presentasjon av informasjon, og støtte prosesser for dokumentasjon av bruker- og pasientinformasjon. Samtidig må løsningene på sikt utvikles for å sikre at relevant informasjon lagres til informasjonsplattformen, slik at de kan utveksles uavhengig av hvilken sluttbrukerløsning som benyttes.

Leverandørenes ulike løsninger skal benytte den samme informasjonen via plattformen. Dette fjerner ikke behovet for lokal lagring, men relevant pasientinformasjon skal deles. Det forutsettes også at det på sikt utvikles og tilbys sømløse arbeidsflater. Pasientinformasjonen må være tilgjengelig uten ny pålogging (én enkel pålogging - single sign-on). Pasient- eller brukerkonteksten tas med i nye arbeidsflater slik at helsepersonellet unngår nytt søk på pasient eller bruker. Dette sparer tid og minsker risiko for feilsituasjon ved uheldig sammenblanding av pasientinformasjon.

For å kunne gjennomføre utprøvinger må de eksisterende sluttbrukerløsningene videreutvikles og tilpasses slik at de kan nyttiggjøre den delte informasjonen. Det betinger at all utprøving må skje i samarbeid mellom kommune(r), leverandører av relevante sluttbrukerløsninger og NHN.

Utprøvingene forutsetter aktiv deltagelse fra dagens leverandører av sluttbrukerløsninger gjennom alle prosjektfaser. I tillegg er det ønskelig å se på muligheten for å slippe til nye leverandører som ikke nødvendigvis leverer hele journalsystem.

Prosjektet registrerer en svært positiv utvikling hvor leverandørene gir tydelig uttrykk for at de er beredt til å ta ansvar, til å delta i utvikling og at de har avsatt nødvendige ressurser for å levere på

⁴⁶ HL7 FHIR er en fritt tilgjengelig standard som ble utarbeidet for å møte krav til integrasjon mellom virksomheter og mot moderne teknologi som mobil- og skytjenester. Vil bli brukt i nasjonale e-helseløsninger og har god støtte for interoperabilitet mellom virksomheter

sektorens behov. Dersom noen i markedet i tillegg bidrar med løsninger som realiserer en reelt åpen plattform er det utelukkende positivt. Spørsmålet er ikke hvem som løser oppgaven, men at den faktisk løses. Stikkordet er en åpen plattform som sikrer tilgang til relevant pasientinformasjon – for alle med legitime behov.

3.2.7. Aktørene i økosystemet

Økosystemet (7) skal realiseres i et mangfoldig aktørlandskap. Det er tre hovedgrupper av aktører i økosystemet som hver, på sine ulike måter, spiller sentrale roller:

- Innbyggerne i kommunen
- Helsepersonell som brukere og premissgivere
- Leverandørene, både i det private markedet og offentlige tjenesteleverandører

Øvrige aktører i økosystemet vil være kommuneledelse, inkludert interkommunal ledelse, aktører som utvikler digital støtte for tjenester, aktører som ønsker å bruke informasjon om/fra digitale tjenester for forbedring, analyse, forskning og lignende samt omkringliggende aktører som staten og interesseorganisasjoner (bla. KS).

3.2.8. Markedsplassen skal bidra til å samordne kommunene og sikre kundekraft

Beskrivelsene (6) og (7) i figur 4 utgjør det prosjektet omtaler som markedsplassen (8).

Markedsplassen er en arena som skal bidra til større grad av samordning og samarbeid mellom deltagerne i økosystemet. Markedsplassen skal styrke arbeidet med et felles journalløft, men erstatter på ingen måte leverandørenes roller og ansvar for å levere velfungerende sluttbrukerløsninger.

Markedsplassen skal være en møteplass for kommuner, organisasjoner og leverandører basert på frivillighet. Her kan brukerbehov, ideer og forslag deles, foredles og eventuelt utvikles til grunnlag for utprøving og løsningsutvikling. Her kan man også dele og hente erfaringer knyttet til utvikling, implementering og drift av ulike løsninger. Til sist kan det også være en arena for vurdering av prosesser rundt utvikling av løsninger som nærmer seg enden av produktets levetid.

Ved at enkeltaktører gis mulighet til å dele ideer og brukerbehov legges det til rette for samarbeid om utvikling av felles grunnlag for utvikling og fornyelse. Markedsplassen er helt sentral for å konsolidere kundekraft gjennom samarbeid. Tanken er at det også vil gi leverandørene økt brukerinnsikt og større trygghet for nytten i ulike utvikling- eller fornyingstiltak.

Økosystemet bør etableres som en tillitsmodell, for eksempel etter modell av Helsenetten. På den måten slipper man å etablere bilaterale avtaler, men kan forholde seg til felles avtaleverk mot ett definert tillitsanker⁴⁷.

Gjennom markedsplassen er målet at det gjennomføres felles anskaffelser så langt det er ønskelig og hensiktsmessig, og i den grad det er mulig innenfor rammene av gjeldende konkurranseregler. Dette kan eksempelvis være i forlengelse av et forutgående kundesamarbeid om felles behovsbeskrivelser. Målet er å avlaste både kommuner og leverandører for ressurskrevende og enkeltvis anskaffelsesprosesser per kommune. Kunde- og leverandørforholdet går fortsatt mellom den enkelte leverandøren og kommunen.

⁴⁷ I et nettverk med 'N' antall deltagere er antallet mulige kontrakter mellom partene definert ved formelen $N*(N-1)/2$. For å unngå kaos etableres det som kalles en tillitsmodell. Der har alle 'N' deltagere den samme normative kontrakten med én (gjerne nøytral, ikke-deltagende) aktør. Ved at alle vet at de andre har den samme kontrakten behøves ikke bilaterale kontrakter, og det reduserer antallet kontrakter fra $N*(N-1)/2$ til N. Et eksempel på en slik tillitsmodell er Helsenetten, hvor ca. 6.000 ulike leverandører av helse- og helserelevante tjenester har samme avtale med NHN. Det reduserer antall potensielle kontrakter fra ca. 18.000.000 til maks 6.000, I tillegg gjør det det enkelt å sikre en likelydende, og dermed normativ, kontrakt mellom alle parter. Dette ville for alle praktiske forhold vært umulig i en modell med bilaterale avtaler. Norge er et tillitsbasert samfunn, og vår private og øvrige aktivitet er på ulike områder og i ulike sammenhenger del av tillitsmodeller.

Markedsplassen skal også inkludere mulighet for test og utprøving av nye løsninger iht. rammeverket for økosystemet. Det skal etableres en «sandkasse»⁴⁸ som gir leverandørene tilgang til enkle tjenester for verifisering av at sluttbrukerløsningene oppfyller vilkårene for økosystemet, for eksempel krav til informasjonsutveksling. Drift og forvaltning av sandkassen bør leveres av plattformleverandør.

⁴⁸ «Sandkasse»: en felles utprøvningsløsning der applikasjonsleverandører kan gjennomføre smidig utvikling, testing og pilotering av nye løsninger, og de kan endre eller tilpasse eksisterende løsninger. Sandkassen er et kontrollert og isolert testmiljø og skal så langt det er praktisk mulig være en logisk kopi av et operativt driftsmiljø. Dette beskrives i vedlegg 3.4.

4. INTERESSENER

Involvering i, og forankring av det kommende arbeidet mot definerte målgrupper (interessenter) er avgjørende for at målene skal kunne oppnås. Hensikten er å bidra til en mest mulig felles forståelse for hva som kan leveres, hvilken nytte det skal gi og hvordan arbeidet er tenkt gjennomført.

Gjennom prosjektet er det identifisert interessentgruppene som vil bli direkte involvert i det videre arbeidet (eksempelvis samarbeidskommuner og KS), og hvem som kan tenkes å påvirke eller bli påvirket av arbeidet.

Interessentanalysen gir en beskrivelse av hvordan interessentene skal prioriteres, informeres og involveres på en god og tillitsskapende måte. Interessentanalysen må oppdateres kontinuerlig gjennom hele gjennomføringsfasen.

Samstyringsstrukturen for digitalisering i kommunal sektor vil være sentral i videre kommunikasjons- og forankringsarbeid. KS fag- og prioriteringsutvalg for e-helse vil stå særlig sentralt i tillegg til de regionale digitaliseringsnettverk og nettverk for utbredelse av e-helseløsninger.

Prioriterte interessentgrupper

Interessentlisten med underpunkter nedenfor viser de mest sentrale interessentene. Listen er ikke uttømmende, og enkelte interessenter/interessentgrupper vil kunne veksle mellom å være aktører (direkte involvert) eller interessenter gjennom de ulike fasene.⁴⁹

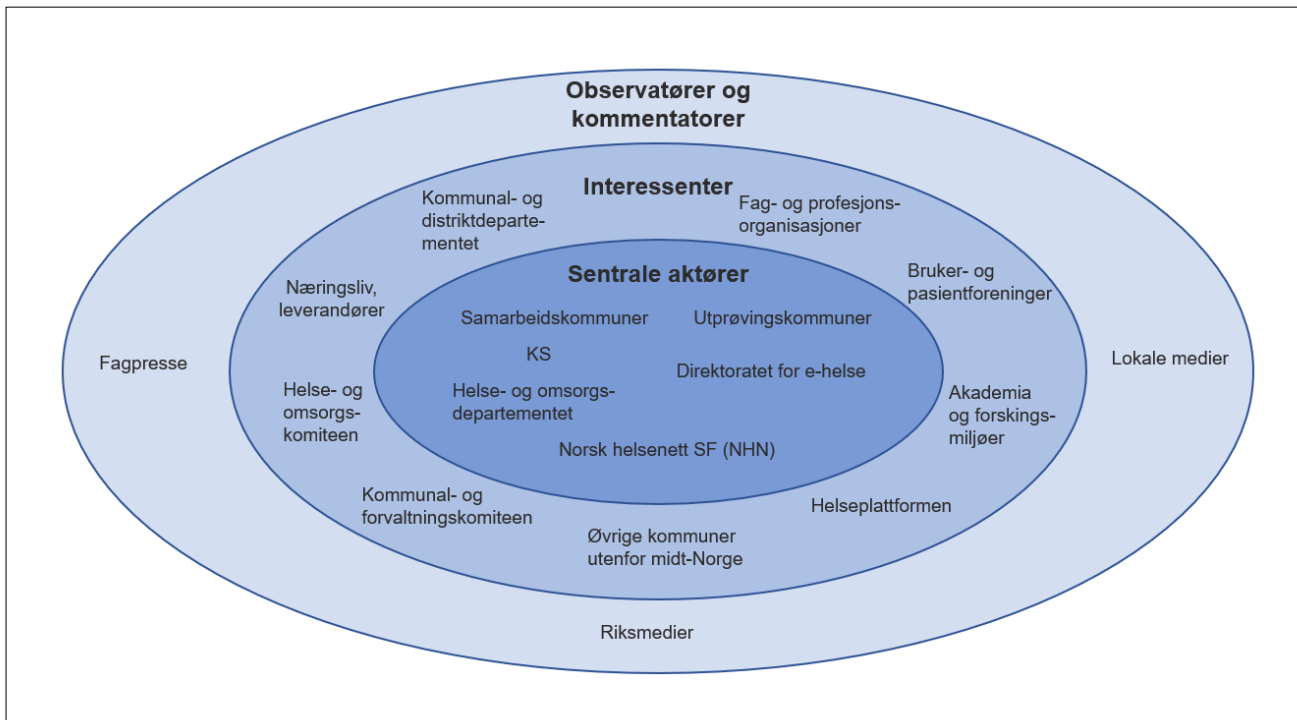
Interessenter som er identifisert som mest relevante for det videre kommunikasjons- og forankringsarbeidet	
Primære interessenter (direkte involvert i prosjektet)	<ul style="list-style-type: none">• Samarbeidskommuner<ul style="list-style-type: none">○ Kommunedirektørene○ Ledere for hhv helse- og velferd og IKT○ Ordførere og lokalpolitikere• Utprøvningskommuner<ul style="list-style-type: none">○ Kommunedirektørene○ Ledere for hhv helse- og velferd og IKT○ Ordførere og lokalpolitikere <p>I tillegg prosjektets øvrige samarbeidspartnere:</p> <ul style="list-style-type: none">• KS• Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)• Direktoratet for e-helse• Norsk helsenett SF (NHN)
Sekundære interessenter (vil påvirke eller kunne bli påvirket av prosjektet)	<ul style="list-style-type: none">• Øvrige kommuner utenfor helseregion Midt-Norge<ul style="list-style-type: none">○ Kommunedirektørene○ Ledere for hhv helse- og velferd og IKT○ Ordførere og lokalpolitikere• Bruker- og pasientforeninger• Fag- og profesjonsorganisasjoner• Stortingets helse- og omsorgskomite• Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD)• Stortingets kommunal- og forvaltningskomite• Helsedirektoratet• Universitets- og forskningsmiljøer• Næringslivet inkl. leverandørmarkedet

⁴⁹ Pasienter, innbyggere, sluttbrukere og enkeltstående fagpersoner er ikke nevnt spesielt i oversikten, men blir involvert gjennom etablerte prosesser mot deres interesseorganisasjoner, i de enkelte utprøvningsprosjektene etter behov.

	<ul style="list-style-type: none"> • Regionale og lokale helseforetak (RHF-ene, HF-ene) • Helseplattformen AS • Media <ul style="list-style-type: none"> ○ Riksmedier ○ Regionale og lokale medier ○ Fagpressen
--	--

Tabell 8: Prioriterte interessentgrupper

Relasjonen mellom de ulike interessentene i utprøvsperioden kan beskrives slik:



Figur 6: Interessent-oversikt

Så snart utprøvsperioden starter, vil det måtte gjøres en ny interessentanalyse for å sikre involvering og forankring av aktuelle interessenter. Leverandørmarkedet vil som minimum inngå i utprøvsperioden sammen med kommunene, KS og NHN.

Etter første utprøvsperiode vil de øvrige kommunene kunne bli samarbeids- og/eller utprøvskommuner, avhengig av deres involvering i det videre arbeidet.

Kanaler for involvering - kanalstrategi for det videre arbeidet

De viktigste kanalene for å nå kommunene er:

- Kommunal samstyringsstruktur for digitalisering i samarbeid med KS (inkl. digi-nettverkene)
- I tillegg webinarer, dialogmøter og andre formelle og uformelle møter med kommunene

Primærkanaler for å møte fag- og profesjonsorganisasjoner og bruker- og pasientforeninger:

- Webinarer
- Dialogmøter og aktørfora
- Uformelle og formelle møter
- Innspillsrunder

De viktigste kanalene for å nå nasjonale myndigheter er

- KS regelmessige administrative og politiske dialog med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD)-
- Nasjonal rådsmodell for e-helse i samarbeid med KS
- Stortinget: Helse- og omsorgskomiteen og kommunal- og forvaltningskomiteen

Øvrige kanaler som benyttes for å nå målgruppene:

- KS.no
- Sosiale medier
- Nasjonale og regionale medier
- Fagpresse

Kommunikasjon og involvering for utprøvningsprosjektene

Involvering av, og forankring hos interessenter vil også være en sentral suksessfaktor for utprøvningsprosjektene.

Det bør utarbeides en egen kommunikasjonsplan/-strategi med en interessentanalyse for hver av utprøvingene som vedtas gjennomført i utprøvningsperioden. Dette skal sikre at relevante interessenter blir involvert i den konkrete utprøvingen.

Analysen bør inneholde en beskrivelse av interessentene og håndteringen av disse – inkludert valg av kanaler) – under den aktuelle utprøvingen.

Kommunikasjonsplanen/-strategien med interessentanalysen skal bidra til å styre aktivitetene og dermed sikre nødvendige effekter gjennom utprøvningsperioden.

Innbyggerinvolvering

Innbyggeren er den viktigste informasjonskilden for en journalløsning, og en aktiv bruker-/innbyggerinvolvering er i tråd med den nasjonale e-helsestrategiens⁵⁰ mål om «en aktiv medvirkning i egen og næres helse».

For å utvikle gode tjenester til innbyggerne, er det viktig at innbyggerne får medvirke underveis i utviklingen av tjenestene. Innbyggere og pasienter er representert i prosjektaktivitetene gjennom de ulike bruker- og pasientforeningene som er involvert i arbeidet, men det bør utvikles et system for aktiv bruker-/innbyggermedvirkning gjennom utprøvningsperioden for å sikre at innbyggernes behov og interesser blir ivaretatt i utforming av konkrete løsninger.

⁵⁰ Nasjonal e-helsestrategi | Direktoratet for e-helse

5. RAMMEBETINGELSER OG AVHENGIGHETER

Dette kapitlet beskriver de viktigste rammebetingelsene og avhengighetene for å nå målene beskrevet i kapittel 2. De sentrale rammebetingelsene for prosjektet og løsningen fulgte, som tidligere omtalt, av St. Prop. 1S (2020-2021) og St. Prop. 1S (2021-2022), samt i de styrende dokumentene for selskapet Felles kommunal journal interim AS. Den endringen av statens engasjement som fulgte av St. Prop. 1S (2022-2023) har ikke endret dette, men først og fremst tvunget fram en endret innretting på den første utprøvningsfasen. I vedlegg 5.1 gis en grundigere gjennomgang av de viktigste lovene, forskriftene og annet relevant rammeverk for prosjektet og løsningen. I kapittel 5.2 beskrives de viktigste rammebetingelsene på vei inn i utprøvningsperioden, og denne vil måtte oppdateres ved endringer underveis.

De ressursene som skal lede utprøvningsfasen må til enhver tid forholde seg til gjeldende rammer og retningslinjer. Den må også forholde seg til gjeldende samarbeids- og tjenesteavtaler, samt koordinering med virksomheter og programmer hvor det er viktige avhengigheter. Eksempler på slike områder kan være samarbeidskommuner, KS og KS digitale fellestjenester, Norsk helsenett SF, Direktoratet for e-helse eller programmene for digital samhandling.

Direktoratet for e-helse fikk i 2022 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utrede innholdet i en helseteknologiordning⁵¹ i samarbeid med Helsedirektoratet og KS, og det forventes at ordningen vil utgjøre en viktig ramme og potensiell finansieringskilde for prosjektets utprøvningsprosjekter.

Som kommunesektorens organisasjon, jobber KS blant annet for å samordne kommunenes interesser på helsefeltet, med et særlig ansvar for digitaliseringsfeltet. Det er derfor viktig at aktiviteter, planer og dialog- og kommunikasjonsaktiviteter koordineres tett og fortløpende med KS.

5.1. Juridiske vurderinger

Som en del av arbeidet med Felles kommunal journal har det blitt innhentet juridiske vurderinger av konkurranseretten og regelverk for statsstøtte. Utredningsarbeidet har ikke identifisert noen absolutte hindre i disse regelverkene i forhold til å realisere prosjektet innenfor disse områdene. Hvordan de juridiske rammevilkårene kan tilfredsstilles, avhenger av hvilken organisasjons- og finansieringsmodell som velges.

Prosjektet beskriver på konseptuelt nivå en markeds plass som vil kunne endre hvordan kommunene kjøper digitale journalløsninger. Reglene om offentlige anskaffelser og statsstøtte vil uansett legge premisser for modellen som velges.

Plattformen må kunne ivareta sentrale oppgaver som å lagre, dele og sammenstille informasjon. Dette er fullt mulig så lenge delingen skjer innenfor samme juridiske subjekt (dvs. virksomhet). Det samme er ikke tilfelle når det gjelder deling mellom ulike juridiske subjekt (eksempelvis mellom kommuner, eller mellom kommuner og helseforetak). Deling av informasjon mellom to eller flere virksomheter forutsetter egne bilaterale avtaler mellom partene. Det er en modell som er grei for mindre eller bilaterale samarbeid, men hvor kompleksiteten øker eksponentielt med økende antall deltagere. Eksempelvis valgte departementet å utarbeide et enkeltvedtak for Helseplattformen som hjemler informasjonsdeling mellom de berørte virksomhetene. Hvis man skal oppnå et mål bilde der informasjon kan deles internt i en kommune og på tvers av kommuner, og også med relevante berørte helseforetak, vil det enten fordre et tilsvarende enkeltvedtak, eller eventuelt endringer i det juridiske rammeverket. Utdringene knyttet til dette er beskrevet videre i vedlegg 3.2 og det er verdt å presisere at det uansett er utfordringer som vil ligge et stykke frem i tid.

⁵¹ Helseteknologiordningen er et initiativ fra Støre-regjeringen som skal bidra til å avlaste risiko og stimulere kommunene til å investere i bedre journalløsninger og velferdsteknologi. Direktoratet for e-helse skal i samarbeid med KS og Helsedirektoratet utarbeide forslag til rammer for ordningen som forventes iverksatt tidligst fra og med budsjettåret 2024.

5.2. Sentrale rammebetingelser for prosjektet

Rammebetingelser defineres som summen av de ulike forholdene som legger begrensninger eller åpner for prosjektets mulighet til å kontrollere/styre og realisere sitt virke og dermed sin løsningstilnærming.

Gjeldende lover, forskrifter og regelverk	Prosjektet skal til enhver tid operere innenfor rammene av gjeldende lover, forskrifter og regelverk, herunder også bransjenormen «Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren».
--	---

Tabell 9: Gjeldende lover, forskrifter og regelverk

Statsbudsjettet 2021 St. prop. 1 S (2020-2021), side 28	<i>«Regjeringen foreslår en bevilgning i 2021 til programaktiviteter i felles kommunal journalløsning for kommunene utenom helseregion Midt-Norge og samhandlingsløsninger mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Tiltaket vil gi bedre helse for innbyggere gjennom en kunnskapsbasert og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som utnytter teknologiske muligheter for å tilby helhetlige tjenester av høy kvalitet.»</i>
---	---

Tabell 10: Statsbudsjettet 2021

Statsbudsjettet 2022 St. prop. 1 S (2021-2022), side 30	<i>«Felles kommunal journal er etablert som et samarbeidsprosjekt mellom KS, kommunesektoren og staten. KS vil høsten 2021 etablere et heleid aksjeselskap som vil ivareta videre programaktiviteter og utredningsarbeid frem til et beslutningsgrunnlag legges frem for kommuner for videre veivalg. Regjeringen har satset på å forbedre og styrke de nasjonale samhandlingsløsningene for å bidra til at nødvendig informasjon om pasienten er tilgjengelig for helsepersonell på en trygg, rask og effektiv måte.»</i>
---	--

Tabell 11: Statsbudsjettet 2022

Statsbudsjettet 2023 St. prop. 1 S (2022-2023), side 65	<i>«Det er kommunene som har ansvaret for egne journalløsninger og finansieringen av disse. Regjeringen mener statens rolle bør dreies mer mot regulering av standarder og krav til funksjonalitet. Staten vil ikke støtte opp om det videre arbeidet med felles kommunal journal i sin nåværende form. Regjeringen foreslår at statens rolle dreies fra programfinansiering til virkemidler som stimulerer til at kommunene kan foreta investeringer. Tilskuddsordningen foreslås derfor avvirket.»</i>
---	--

Tabell 12: Statsbudsjettet 2023

Vedtekter for Felles Kommunal Journal Interim AS 11.10.2021 § 4 – Realisering av formål	Selskapet skal utøve sin virksomhet på en måte som realiserer følgende formål: <ul style="list-style-type: none">• Videreføre prosjektarbeidet med å etablere grunnlaget for stegvis realisering av Felles kommunal journal inklusive anskaffelses-, løsnings- og gjennomføringsstrategi. Prosjektarbeidet skal tydeliggjøre hvordan realiseringen av FKJ skal organiseres, finansieres og styres, herunder utrede selskapskonstruksjoner samt former for fremtidig virksomhet samt øvrige gjenstående punkter påpekt av KS og kommuner gjennom vedtak i Nasjonalt e-helsestyre. Arbeidet skal gjøres i nært samarbeid med foregangskommuner, KS, Direktoratet for e-Helse og Norsk helsenett SF. Målet er å utvikle et oppdatert og eksternt
---	---

	<p>kvalitetssikret styringsdokument med klare anbefalinger til veien videre iht. kravene i statsbudsjettet for 2021, samt et fyllestgjørende beslutningsgrunnlag for deltagende kommuner, KS og Helse- og omsorgsdepartementet for å ta stilling til videre veivalg.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gjennom samarbeidsprosjektet for FKJ sørge for utvikling av nødvendig grunnlag for den fremtidige organiseringen, herunder forberede etablering av et evt. nytt selskap med kommunalt majoritetseierskap, forutsatt at beslutningsgrunnlaget gir en positiv anbefaling om å videreføre arbeidet. • I samarbeid med KS gjennomføre forankringsprosesser for FKJ mot alle interessenter, herunder også kommuner, fag- og interesseorganisasjoner og leverandørmarkedet.
--	---

Tabell 13: Vedtekter for Felles kommunal journal interim AS

I tillegg til ovennevnte rammer, vil det også være andre forhold som kan påvirke hvordan løsningskonseptet må tilpasses de forventede omgivelsene når prosjektet realiseres. Dette gjelder både etablerte og fremtidige rammer. Det kan være internasjonalt og nasjonalt standardiseringsarbeid innenfor e-helse, føringer i form av internasjonale rammer og da kanskje særlig i forhold til EU/ EØS-systemet. Europakommisjonen har, som tidligere nevnt, utarbeidet et forslag til forordning for et felles europeisk helsedataområde, European Health Data Space (EHDS) som nå er på høring i EU. Det vil også være nasjonale rammer som f.eks. KS' og regjeringens digitaliseringsstrategi *Én digital offentlig sektor*, og føringene rundt det nasjonale økosystemet for digital samhandling, og sektorspesifikke strategier og planer innenfor e-helse nasjonalt og kommunalt som vil påvirke løsningskonseptet til prosjektet.

Strategi og plan for e-helse nasjonalt og kommunalt	<ul style="list-style-type: none"> • Digitaliseringsstrategien <i>Én digital offentlig sektor</i> • Nasjonal e-helsestrategi (nåværende 2017-2022, ny fra 2023) • Felles plan- og rammeverk - Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet • Prinsipper for utbredelse og samstyring innen e-helse • Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helse løsninger 2021-2026 • Plan for internasjonale standarder 2021 –2024 • Plan for felles grunnmur for digitale tjenester 2019-2023 • I tillegg til ulike aktører som f.eks. NHN, Helsenorger og KS sine strategier og planer
--	---

Tabell 14: Strategi og plan for e-helse nasjonalt og kommunalt

5.3. Sentrale avhengigheter for prosjektet

Parallelt med arbeidet i Felles kommunal journal pågår det arbeid i Direktoratet for e-helse, NHN, kommuner og hos andre aktører som vil kunne ha betydning for det videre prosjektet. I samarbeid med KS vil prosjektet måtte tydeliggjøre krav og forventninger til disse tiltakene der det er relevant.

Prosjektet er også avhengig av de nasjonale samhandlingsløsningene som NHN eier og forvalter. I tillegg vil det være grensesnitt, avhengigheter og/eller synergier mellom blant annet følgende program, prosjekter og interessenter:

Nasjonale e-helse-portefølje	<p>Program kodeverk og terminologi – Felles språk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standardisert og samstemt bruk av terminologi og kodeverk for bedre semantisk samhandling mellom aktørene i sektoren <p>Program digital samhandling (PDS):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilrettelegge for bedre digital kommunikasjon mellom sykehus, kommunale helse- og omsorgstjenester og fastleger. Jobber i første fase med: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tillitstjenester, API og grunndata (TAG)
-------------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pasientens prøvesvar - nasjonal tjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar ○ Kjernejournal og dokumentdeling i kjernejournal <p>Program pasientens legemiddelliste (PLL)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legger til rette for at informasjon om legemidler kan deles mellom ulike pasientjournalssystemer slik at rekvisiter kan ta i bruk e-resept og helsepersonell med tjenstlig behov får tilgang til pasientens legemiddelliste. Innsyn gjennom Helsenorge. <p>Helsenorge – Innbyggertjenester:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilrettelegge for informasjonsutveksling og interaksjon mellom innbygger og helsetjenesten <p>EPJ-løftet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bidrar til forbedring av IKT-verktøy i pasientbehandling for fastleger, avtalespesialister, fysioterapeuter og manuellterapeuter <p>Helseplattformen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Felles elektronisk pasientjournal for Midt-Norge for hele helsetjenesten (helseforetak, kommuner, fastleger og private aktører) <p>Spesialisthelsetjenesten – journaler utenom helseregion Midt Norge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Videreutvikling og i større grad samordning av eksisterende journalløsninger i spesialisthelsetjenesten i helseregionene Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst
Eksisterende og nye leverandører	Dagens kommunale sluttbrukerløsninger, herunder også leverandørene
Nasjonale felleskomponenter	Folkeregisteret Felles infrastruktur for e-ID i offentlig sektor
Interessentene i prosjektet	Se kapittel 4

Tabell 15: Sentrale avhengigheter for prosjektet

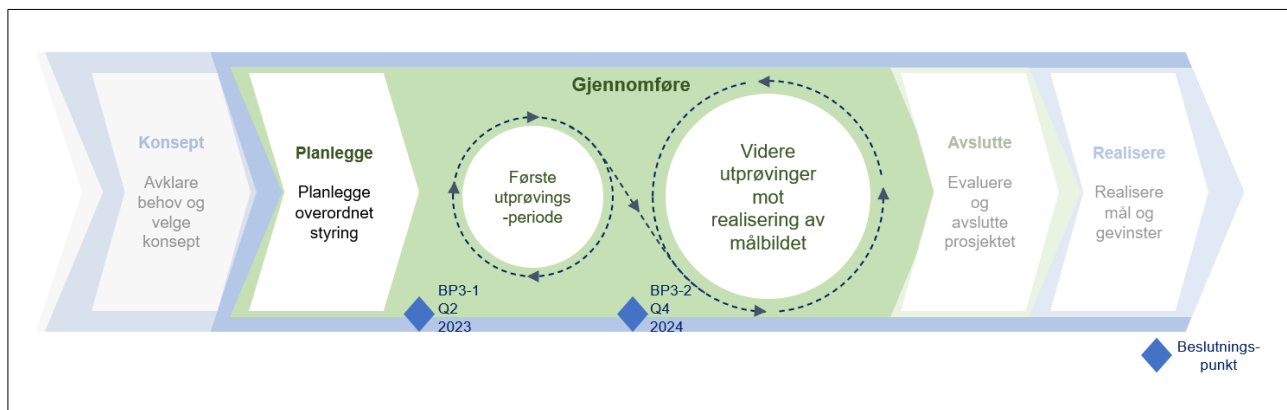
Listene over rammebetingelser og avhengigheter er ikke uttømmende.

6. GJENNOMFØRING

Som tidligere beskrevet ansees det ikke som mulig å realisere det overordnede målbildet innenfor de foreliggende rammebetingelser. Derfor beskrives det i første omgang en tilnærming basert på konkrete og avgrensede utprøvingstiltak, i samarbeid mellom enkeltkommuner, leverandører, NHN og KS. Denne strategien for gjennomføring beskrives i kapittel 6.2. I kapittel 6.3 beskrives det hvordan videre utprøvingsperioder kan planlegges og realiseres.

6.1. Prosjektets gjennomføringsmodell - Prosjektveiviseren

Styringsdokumentet er utarbeidet med bakgrunn i Prosjektveiviseren⁵², og fasene er inndelt som følger:



Figur 7: Prosjektveiviseren – faseplan

Dette styringsdokumentet er utarbeidet i planleggingsfasen, som kulminerer i beslutningspunkt – BP3-1⁵³, *Beslutte overgang til gjennomføringsfasene*. Der vil styret i FKJI AS ta stilling til om styringsdokumentet gir tilstrekkelig grunnlag for å anbefale oppstart av de konkrete utprøvingstiltakene i første utprøvingsperiode.

I gjennomføringsfasen skal prosjektet gjennomføre planer og realisere strategier som beskrives i dette styringsdokumentet. Det er et nytt beslutningspunkt etter utprøvingsperioden (BP3-2) der prosjekteier tar stilling til om resultatene, kombinert med det oppdaterte styringsdokumentet, gir godt nok grunnlag for å fortsette med realisering av målbildet.

Dette er et utviklingsarbeid som ikke har et endelig definert sluttunkt, men hvor evaluering og realisering av nytte og gevinster, både konkret for det enkelte prosjekt og i sammenheng med et endelig målbilde, finner sted underveis. Dette vil gjelde for alt arbeid som gjennomføres stegvis i begge perioder.

Beskrivelse av de påfølgende fasene (Avslutning og Realisering, herunder også FDVU⁵⁴) gjøres ikke i denne versjonen av styringsdokumentet, men vil være en naturlig og nødvendig del av det videre arbeidet i gjennomføringsfasen.

6.2. Første utprøvingsperiode

Gjennomføringsfasen planlegges i to perioder, hvor første periode har planlagt oppstart i andre halvår 2023 og med varighet ut 2024. Den påfølgende gjennomføringsperioden forutsettes startet opp i forlengelse av den første utprøvingsperioden. Det er ikke noe grunnleggende skille mellom disse to periodene, men det anses som hensiktsmessig med en beslutningsmilepæl underveis. Bakgrunnen er

⁵² [Prosjektveiviseren | Digitaliseringsdirektoratet](#)

⁵³ [Prosjektveiviseren - Beslutte overgang til gjennomføringsfasene | Digitaliseringsdirektoratet](#)

⁵⁴ Forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling

dels et behov for å beskrive en oversiktlig og håndterlig periode og dels at oppdelingen gir grunnlag for å vurdere om prosjektet skal videreføres eller ikke.

For den første perioden presenteres en detaljert beskrivelse av to utprøvinger, «Oversikt over kommunale tjenester» og «NEWS2 målinger». Utprøvingene beskrives med gjennomføringsmodell, plan for konkrete utprøvinger, skalering og utbredelse⁵⁵, samt styring og oppfølging. Det beskrives også en prosess for evaluering og vurdering av grad av måloppnåelse og nytte per prosjekt som grunnlag for en eventuell videreføring til neste periode.

6.2.1. Anbefalt gjennomføringsmodell for utprøving

Prosjektet har lagt til grunn en strategi basert på konkrete og avgrensede utprøvinger for gjennomføringsfasen. Bakgrunnen er et ønske om å:

- Løse konkrete og definerte behov med målbar effekt og nytte
- Prøve ut løsninger og konsepter på veien til realisering av målbildet
- Lære hva som fungerer og ikke fungerer, i tillegg til hvilke effekter som eventuelt kan oppnås
- Gi innsikt til videre planleggingsarbeid
- Bidra til en gradvis realisering av målbildet

Målbildet om en felles plattform er utgangspunkt for gjennomføringsfasen. Selv om utprøvingene ikke realiserer hele målbildet, er målsettingen at de så langt det er mulig skal bidra til delvis realisering. Dernest skal de bidra til å løse konkrete og definerte behov, samt legge til rette for utvikling av ulike former for samarbeid rundt behovsprioritering, skalering og utbredelse av vellykkede utprøvningsprosjekt. De vil også utvikle og styrke konkret samarbeid med næringslivet og gi verdifull erfaring som forløper og læringsplass for en innovasjons- og erfaringsarena som er relevant for markedsplassen.

Arbeidet anbefaler utvikling av løsninger/tjenester som dekker ulike informasjonsbehov i kommunene (stegvis utvikling) og som kan være standardiserte og like på tvers av kommuner og tjenester (felles informasjonstjenester). Kravene til hvilken informasjon som skal utveksles (informasjonstjenestene) må være like på tvers av kommuner, tjenester og profesjoner for å utvikle løsninger som kan skaleres og utbredes. Hvordan kommunene ønsker å ta i bruk informasjonstjenestene – i hvilke tjenester og mot hvilke type løsninger – er derimot opp til den enkelte kommune, basert på deres behov, kapasitet og kapabiliteter (gradvis innføring)⁵⁶.

Det er et mål at utprøvingene skal gi resultat som gir grunnlag for:

- «Industrialisering»
At leverandørene kan legge det inn som en standard komponent i sine løsninger
- «Globalisering»
At alle kommuner som benytter samme leverandør kan ta i bruk løsningen ved behov.

Om man skal oppnå dette, står evnen til å samordne, koordinere og fasilitere arbeidet, resultatene og læringen sentralt. Dette vil være en av de viktigste oppgavene til den sentrale prosjektfunksjonen som forutsettes etablert i KS. Ikke minst er dette sentralt for å sikre at resultatet av utprøvingene ikke bare blir enkeltstående utprøvinger i en eller flere kommuner, men at det skjer systematisert læring mellom kommunene.

Utprøvingene vil løse konkrete behov som gjør arbeidshverdagen til helsepersonellet og pasientsikkerheten bedre. Selv om de ikke vil realisere det endelige målbildet som ligger til grunn for felles journalløft, vil tiltakene – om de lykkes - gi tilgang til informasjon som i dag er utilgjengelig i ulike systemer. På den måten vil de også legge grunnlag for en økt samhandling – i første omgang internt i kommunen. Utprøvingene vil også gi relevant erfaring og læring i retning av målbildet. Kommunen er

⁵⁵ Med skalering og utbredelse menes tilgjengeliggjøring av allerede etablert løsning til nye kommuner.

⁵⁶ Å definere aktuelle tjenesteområder, samt hvilke systemer og leverandører gjennomføring av utprøvningsprosjektet innebærer må derfor vertskommuner/deltagende kommuner, sentrale prosjektkressurser, løsningseier og leverandører enes om når det er besluttet hvilke utprøvinger som skal gjennomføres, og hvilke kommuner som ønsker å ta en aktiv rolle.

behandlingsansvarlig og bestemmer hvem som får tilgang til informasjon. Dette tilsvarer derfor en plattform, men begrenset til den enkelte kommune. Dette gjør at en kan gå fra én-til-én kommunikasjon til én-til-mange kommunikasjon. På denne måten kan helsedata som i dag oppleves «innelåst» bli tilgjengelig. På sikt vil det være enkelt teknisk og operasjonelt å skalere til å også dele informasjon mellom kommuner og med spesialisthelsetjenesten. Når det i denne omgang begrenser seg til en kommune av gangen er det for å unngå eventuelle juridiske utfordringer.

I alle utprøvingene vil det inngå ressurser fra de viktigste aktørene, utprøvkommunene med sine lokale prosjektorganisasjoner, NHN med teknisk kompetanse, KS med støtteressurser og leverandører med kunnskap om de aktuelle tjeneste- og sluttbrukerløsningene. Det er i rollen som nasjonal tjenesteleverandør NHN har en posisjon med en avgjørende betydning for realisering. Det er mulig å etablere alternative løsninger, men det er løsninger, strukturer og relasjoner som det tar lang tid å bygge. Det vil i tillegg innebære parallelle strukturer, teknisk, operasjonelt og relasjonelt, noe som vil være unødvendig bruk av samfunnets ressurser. Det er ikke naturlig eller ønskelig at NHN leverer selve plattformløsningen, det er markedets oppgave. Drift og vedlikehold av plattformen bør derimot ses som en nasjonal tjeneste, på linje med Helsenet, Kjernejournal osv., og dermed realiseres av NHN. Konsekvensen av at NHN eventuelt ikke kan delta er i beste fall utsettelse på år, men sannsynligvis at tiltakene ikke gjennomføres.

Behovene som man har besluttet å detaljere og konkretisere for første utprøvsperiode er henholdsvis «Oversikt over kommunale tjenester» og «NEWS2⁵⁷ målinger».

De kommunale plattformene vil kunne motta informasjon, lagre den på egnet format og tilgjengeliggjøre den via de sluttbrukerløsningene som tilpasses plattformen. Plattformtjenestene som utvikles gjennom utprøvingene skal som utgangspunkt kunne gjenbrukes og tilgjengeliggjøres enkelt for andre plattformer basert på samme tilnærming. Dette gjelder også plattformtjenester utviklet hos én kommune som kan brukes av andre kommuner. For gradvis gjennomføring, forutsettes det at plattformen og tjenestene blir gjort tilgjengelig for andre kommuner som ønsker å ta dem i bruk. Dette er i tråd med målsettingen om *gradvis innføring*.

En forutsetning for effektiv utbredelse og gjenbruk, er at samtlige tjenester baseres på bruk av samme løsning. Det er denne skaleringseffekten som gjør at dette ikke kan sees som tiltak i enkeltstående kommuner, men som fremtidige nasjonale tjenester.

I tillegg er det viktig at utprøvingene skjer i samarbeid med leverandørene av journalløsninger slik at tjenestene kan tilpasses og ta i bruk. Dette vil også gjøre skalering og utbredelse av vellykkede utprøvinger mulig overfor andre av leverandørenes kunder. Så langt som mulig bør tjenestene utvikles slik at leverandørene ikke lager skreddersømtilpasning i den enkelte kommunen. Det forutsettes at nødvendig avtaleverk er på plass for å støtte opp under en gradvis innføring av mer moderne løsninger i kommunene.

Den informasjonen som lagres for den enkelte kommune vil være kommunens eget ansvar og eiendom (på vegne av innbygger). Strukturer som informasjonsmodell, grensesnitt og protokoller vil være like på tvers av de kommunale løsningene når de er basert på felles nasjonal programvareinfrastruktur. Der hvor det ikke eksisterer etablerte standarder eller definisjoner, må de etableres i et samarbeid mellom de involverte aktørene.

Overgangen fra én-til-én-kommunikasjon, hvor informasjon sendes direkte mellom to spesifiserte aktører, til én-til-mange, er felles for utprøvingene. Det betyr ikke at informasjon sendes automatisk fra én til alle, men at andre aktører som har tjenstlig behov kan finne og hente informasjonen gjennom oppslag fra en felles informasjonsplattform i den enkelte kommunen. Det er viktig at de tekniske løsningene som benyttes i utprøvingene legger til rette for denne overgangen gjennom sentral og felles lagring i kommunen og informasjonsutveksling mellom sluttbrukerløsninger.

⁵⁷ Skåringsverktøyet National Early Warning Score (NEWS) skal hjelpe helsepersonell til å kunne se endringer i pasientens vitale tegn over tid og dermed oppdage forverring hos pasienten.

6.2.2. Forholdet mellom aktørene i en utprøving

I alle utprøvingene vil det inngå ressurser fra de viktigste aktørene, utprøvkommunene med sine lokale prosjektorganisasjoner, NHN med teknisk kompetanse, KS med støtteressurser og leverandører med kunnskap om de aktuelle tjeneste- og sluttbrukerløsningene. En tydelig ansvars- og oppgavedeling mellom de sentrale ressursene i KS, utprøvkommunene og øvrige aktører vil være helt sentralt. Det er viktig at det er korte veier mellom aktørene, eksempelvis må teknikere kunne snakke direkte med hverandre uten forsinkende mellomledd. Det vil bidra til å sikre gjennomføring innenfor oppsatt tidsramme.

Under presenteres et sammendrag av roller/ansvar.

Rolle	Ansvar
Utprøvkommune	Utprøvkommunen vil være ansvarlig for å gjennomføre utprøvkommunen i egen kommune. Dette innebærer å etablere en prosjektplan, prosjektorganisasjon, gjennomføre relevant og nødvendig forarbeid, ROS, DPIA, gevinstplan, opplæring/forankring, test og implementering.
Sentrale ressurser i KS	De sentrale ressursene forutsettes plassert i KS og vil være en smal kjerne. Er ansvarlig for å sikre samordning, koordinering og fasilitering av utprøvkommunen, resultatene og læringen. De har ingen beslutningsmyndighet over de enkelte utprøvkommunen utover den representative rollen KS har overfor NHN og nasjonale myndigheter, og bør derfor bidra til samordning og lage forslag til felles føringer for arbeidet, og koordinere de ulike aktørene. De bør utarbeide relevant støttemateriell og malverk for kommunene i deres arbeid. De vil også spille en viktig støttemateriell rolle knyttet til skalering og utbredelse, samt informasjon utover utprøvkommunen.
NHN	NHN vil være ansvarlige for å utvikle, teste og gjøre tilgjengelig den tekniske løsningen som skal benyttes i utprøvingene. Vil spille en viktig koordinerende rolle i fase 2 og deler av fase 1.
Leverandører	Vil være ansvarlige for utvikling av nødvendige API eller andre forutsetninger for å imøtekomme behovene. Vil ha en viktig rolle i forhold til industrialisering av resultatet av utprøvingen. Må samarbeide tett med utprøvkommunen, de sentrale ressursene og løsningseier NHN.

Tabell 16 Sammendrag av roller og ansvar

Den enkelte kommune er behandlingsansvarlig for helse- og personopplysninger som produseres og behandles i sine systemer.⁵⁸ Unntaket er privatpraktiserende helsepersonell (eksempelvis fastlege) med kommunal driftsavtale hvor det er vedkommende personell som er behandlings- og dataansvarlig for egen produsert informasjon.

I utprøvingene vil NHN være databehandler for informasjonen i Felles programvareinfrastruktur (FPI). Dette ansvaret må registreres i databehandleravtale mellom partene.

Løsningsleverandører (eksempelvis leverandører av journalløsninger) som også drifter løsningene er databehandlere av informasjonen på kommunens vegne. Dette ansvaret må reguleres i databehandleravtale.

⁵⁸ Hentet fra spesielle bruksvilkår for dokumentdeling der ansvaret for kilde og konsument beskrives

6.2.3. Informasjonssikkerhet og personvern i første utprøvsperiode

Hver utprøvs representerer et isolert prosjekt. Risikovurdering (ROS), personvernkonsekvensutredning (DPIA) og protokoll over behandlingsaktiviteter må utføres av, og for hver enkelt aktør, i hvert utprøvsprosjekt.

Det er utprøvskommunen som vil være ansvarlig for å gjennomføre utprøvsprosjektet i egen kommune. Det er den enkelte kommune som er behandlingsansvarlig for helse- og personopplysninger som produseres og behandles i sine systemer⁵⁹, og derfor vil også utprøvskommunene få ansvar for å gjennomføre ROS og DPIA. Sentrale ressurser i KS kan bidra i å fasilitere og legge til rette for felles føringer, relevant støttemateriell med mer. Tilsvarende må NHN som aktør i utprøvsen gjennomføre grundige ROS analyser for deres tekniske løsninger og infrastruktur som skal anvendes i utprøvsene, og leverandørene tilsvarende for sine løsninger. Det må etableres avtaleverk og databehandleravtaler som regulerer tjenesten og informasjon (ansvar og rettigheter) mellom aktørene.

I alle utprøvs må det gjøres vurderinger av personvernkonsekvenser. Dette må gjøres i alle steg av utprøvsene, samt oppdateres i løpet av utprøvsene. Representanter for de registrerte må gi innspill/delta i DPIA, og i tillegg må personvernombud, helsepersonell, teknisk personell med flere delta i gjennomføringen.

Vurderinger og tiltak for ivaretagelse av personvern i den enkelte utprøvs må konkretiseres når man har kunnskap og avgrensning av endelig(e) løsning(er), informasjonselementer, informasjonsflyt, berørte aktører mm. Et av tiltakene som må gjennomføres er å oppdatere protokoll for behandlingsaktiviteter. Etter at en personvernkonsekvensvurdering er gjennomført må deretter ledelsen (eksempelvis i utprøvskommunen) ta en beslutning om:

- risikoen for de registrertes rettigheter og friheter er redusert til et akseptabelt nivå, slik at når tiltak er etablert kan behandlingen av personopplysninger gjennomføres
- risikoen for de registrertes rettigheter og friheter ikke er redusert til et akseptabelt nivå, slik at behandlingen av personopplysninger dermed ikke kan gjennomføres
- risikoen for de registrertes rettigheter og friheter er ikke redusert til et akseptabelt nivå, slik at forhåndsdrøfting med Datatilsynet må gjennomføres før ledelsen tar en beslutning om behandling av personopplysninger

«Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren» («Normen») danner et grunnleggende rammeverk for ivaretagelse av informasjonssikkerhet innenfor helse- og omsorgstjenestene i kommunene, og ligger til grunn for alt arbeid som gjøres i tiltaket, sammen med Nasjonal Sikkerhetsmyndighet (NSM) sine grunnprinsipper for informasjonssikkerhet³.

I forbindelse med planlegging og gjennomføring av utprøvsprosjekt må aktørene gjennomføre konkrete risiko- og sårbarhetsvurderinger, samt gjennomføre tiltak for å sørge for akseptabel risiko. Det må også gjennomføres konkrete risiko- og sårbarhetsvurderinger for hver utprøvs.

Det må lages en plan med tydelige frister og hvem som er ansvarlig for gjennomføringen av tiltakene. Dersom planlagte tekniske tiltak for å oppnå akseptabel risiko ikke kan innføres umiddelbart, bør risikoreduserende administrative tiltak i form av f.eks. rutine vurderes. Det må gjøres nye risikovurderinger ved planlegging og gjennomføring av alle steg av utprøvs.

For øvrig vises det til vedlegg 3.3, samt bilag 3.3.1 og 3.3.2 for mer informasjon om informasjonssikkerhet og personvern.

6.2.4. Beskrivelse av utprøvs tiltakene

Det er i arbeidet besluttet å detaljere og konkretisere behovene «oversikt over kommunale tjenester» og «NEWS2 målinger». Begrunnelsen for anbefalingen er både vurderinger gjort av kommuner (som representerer behovet), samt løsningseiernes prioritering. Brukere og pasienter går på tvers av

⁵⁹ Hentet fra spesielle bruksvilkår for dokumentdeling der ansvaret for kilde og konsument beskrives

helsetjenestene, og informasjonen vil derfor alltid kunne ha relevans for alle aktørene (uavhengig av forvaltningsnivå). Det kan likevel være forskjeller tilknyttet prioritering av behovet, eller bruk av informasjonen mellom forvaltningsnivåene.

Informasjonsbehovene som presenteres og beskrives vurderes naturligvis å ha stor nytte/effekt for mange av de kommunale helse- og omsorgstjenester og samhandlingen mellom tjenestene. I tillegg ser vi at behovene kan være viktige for spesialisthelsetjenesten. Eksempelvis er det sentralt for helsepersonell på sykehus å kjenne til hvilke tjenester en pasient allerede har, eller hvor de kan henvende seg ved spørsmål. Målinger knyttet til NEWS2 gjøres både i spesialist- og primærhelsetjeneste, er ofte tett knyttet opp mot pasienter med kroniske lidelser (KOLS, hjertesvikt osv.) eller dårlige pasienter og er ofte en del av informasjonen som utveksles. I dette avsnittet beskrives utprøvingstiltakene på en overordnet måte, men de er mer utfyllende beskrevet i vedlegg 6.1.

Oversikt over kommunale tjenester

Helsepersonell i flere tjenester står i dag uten informasjon om innbyggerne har bistand eller helsehjelp fra kommunene når de skal vurdere videre behandling og tiltak.

Mest prekært er det i de akutte tjenestene i kommunen, for eksempel legevakt. Pasienter og brukere kan eksempelvis sendes videre til kommunens øyeblikkelig-hjelp sengeplasser for døgnopphold (KAD/ØHD) på bakgrunn av manglende oversikt om, og i hvilken grad, pasienter har kommunal hjelp. I noen tilfeller kan det være uforsvarlig å sende hjem pasient, uten styrket bistand. Da er man avhengig av informasjon om tjenestene for å kunne iverksette tiltak. Legevakten behandler blant annet pasienter med demenssykdom eller akutte kognitive eller psykiske utfordringer hvor de selv ikke kan gjøre rede for tjenester og bistand, eller i noen tilfeller gir informasjon man trenger å kvalitetssikre hos tjenesten selv.

- Oversikt over kommunale tjenester vil være nyttig for flere ulike tjenester, grupper av helsepersonell eller løsninger – særlig for de som ikke har tilgang til denne informasjonen i PLO EPJ
- Informasjon er av stor betydning for å vurdere videre forløp, behandling og tiltak. Det kan gi innsikt i pasientens hjelpebehov og bidra til en bedre planlegging og vurdering av tilstand. Dermed øker det pasientsikkerheten og man kan unngå unødige innleggelse
- Bruken av denne informasjonen ansees å være særlig relevant for tjenesteområder som legevakt, KAD/ØHD, korttidsavdelinger, helsestasjon- og skolehelsetjeneste, jordmortjeneste, saksbehandlere og sykehus
- Løsningseier NHN har beskrevet at behovet kan realiseres innenfor rammene på 12 måneder
- Informasjonen anvendes i helsefaglige vurderinger
- Vurderes å ha samfunnsmessig verdi for mer enn en kommune gjennom blant annet besparelser knyttet til unødige innleggelse eller oppstart av unødige tjenester

Også i andre kommunale tjenester er denne informasjonen relevant og utfordrer samkjøring og koordinering av tjenester og tilbud.

Flere kommuner benytter i dag ulike systemer for KAD/ØHD som ikke er knyttet til saksbehandlingsmodul. Det innebærer at en heller ikke finner relevant informasjon om pasientens tjenester. Det samme gjelder helsestasjon- og skolehelsetjeneste, samt jordmortjeneste med flere.

NEWS2-målinger

Mange kommuner har i dag et stort fokus på NEWS2-målinger ettersom de bidrar til økt pasientsikkerhet. Målingene gir tidlig informasjon om endringer i status, og gir rask oversikt før man eventuelt når en kritisk forverring i pasientens tilstand. Dette styrker det forebyggende arbeidet.

Det er behov for å overføre måledataene mellom tjenester, eksempelvis korttids plasser, hjemmetjeneste, digital hjemmeoppfølging og ikke minst legevakt. Mange av pasientene har en

- Oversikt over NEWS2 målinger vil være nyttig for flere ulike tjenester, grupper av helsepersonell eller løsninger
- Informasjon er av stor betydning for å vurdere videre forløp, behandling og tiltak, gi mulighet til å se endringer i vitale målinger, oversikt på endringer i helsesituasjon, bedre og helhetlig behandling og oppfølging
- Behovet vurderes relevant og sentralt for alle tjenesteområder som behandler somatisk sykdom
- Løsningseier NHN har beskrevet at behovet kan realiseres innenfor rammene på 12 måneder
- Informasjonen anvendes i helsefaglige vurderinger
- Vurderes å ha samfunnsmessig verdi for mer enn en kommune fordi informasjon brukes i vurdering av videre behandling eller tiltak, grunnlag for vurdering av endring i situasjon

høyere NEWS2 score som «normal» verdi. Eksempler på sykdomsbilder er KOLS og pasienter med hjertesvikt, men det kan også dreie seg om pasienter med infeksjon, nevrologiske lidelser eller pasienter med respirasjonssvikt.

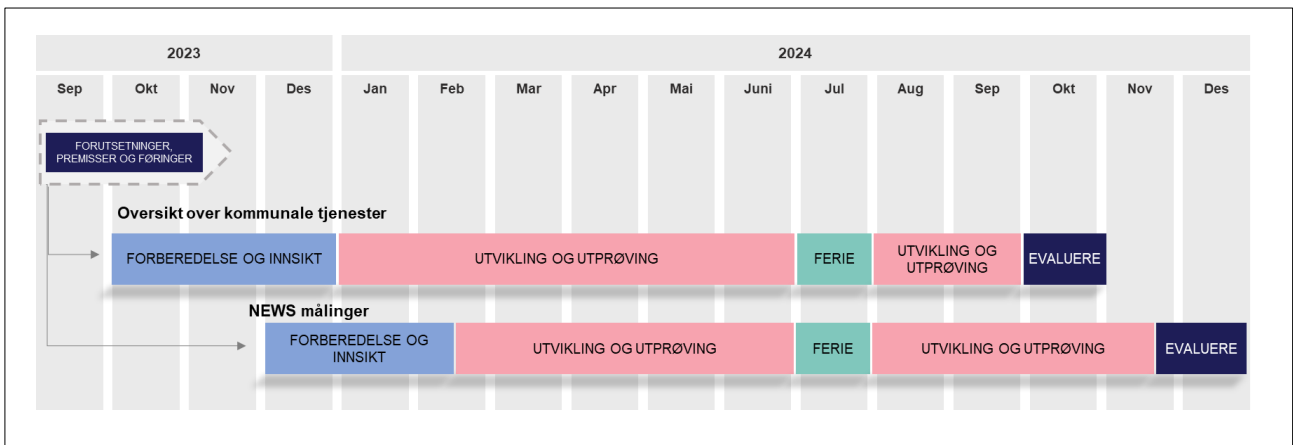
På grunn av manglende oversikt over pasientens normaltilstander trigges ofte unødvendige alarmer/tiltak. Oversikt over pasientens utvikling over tid kan gjøre behandlingskontinuitet lettere og dermed øke tjenestekvalitet og pasientsikkerhet og redusere kostnader.

Det foreligger også et behov for deling av denne informasjonen f.eks. mellom Digital hjemmeoppfølging, korttidsenheter, KAD og fastlege som skal gjøre videre vurderinger av tiltak basert på målingene og trendene. I dag må målingene i verste fall overføres fra et tredjepartssystem til EPJ (ofte manuelt), og deretter overføres manuelt over i en PLO-melding som igjen sendes til fastlege.

6.2.5. Anbefalt plan og gjennomføringsmodell for utprøving

Første utprøvsperiode er foreløpig planlagt fra og med andre halvår 2023, med varighet ut 2024. Den påfølgende gjennomføringsperioden er planlagt startet opp i forlengelsen av den første. Planen for den andre perioden vil bli utarbeidet gjennom 2023 og 2024, og oppdateres på bakgrunn av relevant erfaring fra utprøvinger.

Hver utprøving representerer et isolert prosjekt, men legger samtidig grunnlag for det som kommer etter, både av nye utprøvinger og eventuelle etterfølgende perioder som skal bidra til å realisere målbildet.



Figur 8: Tidslinje (illustrasjon)

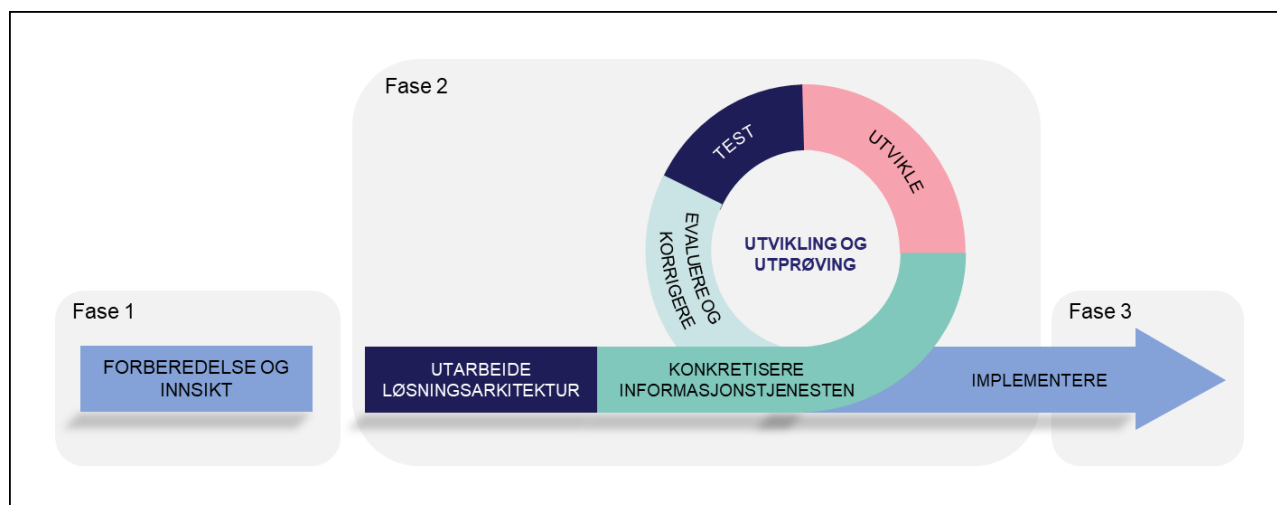
Prosjektene er innbyrdes forskjøvet med et tidsintervall på ca. 3 måneder. Fase 1 er beregnet å ta 3 måneder, fase 2 er beregnet til 8 måneder, og fase 3 er beregnet til 1 måned. Oppstartstidspunktet er tentativt og kan flyttes dynamisk. Planen justeres deretter.

Det å gjennomføre de(n) første utprøvingen(e) vil innebære en betydelig læring som vil være viktig som grunnlag for eventuelt videre utprøvinger.

Hvert utprøvsprosjekt deles inn i tre faser «Forberedelser og innsikt», «Utvikling og utprøving» og «Evaluering».

Fase 1 - Forberedelser og innsikt

Varighet av fasen er ca. 3 måneder. Grundige forberedelser og innsikt er helt nødvendig i forkant av en utprøving, og gjelder både for utprøvkommunene, sentrale prosjektressurser, NHN og leverandørene. Fasen vil derfor kunne inneholde parallelle prosesser og oppgaver for de ulike aktørene som forberedende aktiviteter.



Figur 9: Faseinndelinger, utprøvkommuner

I denne fasen er det viktig at aktørene oppretter et planverk som sikrer at forberedende aktiviteter ferdigstilles innenfor felles rammer. Koordinerings- og erfaringsdelingsmøter blir viktig for å sikre fremdrift og informasjonsflyt mellom de ulike aktørene. På tvers av aktørene må man enes om en arbeidsform som gjør det mulig å gjennomføre utprøvingene i en form som er smidig og som har tilstrekkelig mandat. Det bør være kort vei mellom teknisk personell (på tvers av virksomheter) og beslutningstagere (på tvers av virksomheter), og færrest mulig ledd (flat struktur).

Sentrale prosjektressurser	Utprøvkommune	NHN	Leverandør
<ul style="list-style-type: none"> Etablere team på tvers av aktørene Følge opp prioritering av behov for neste utprøvkommune Informasjon og forankring til andre kommuner Gjennomføre koordinering- og erfaringsdelingsmøter Evaluere og oppsummere erfaringer – oppdatere felles «rammeverk» for gjennomføring 	<ul style="list-style-type: none"> Etablere prosjektorganisasjon Prosess- og behovsarbeid (definere ønsket prosess, konkretisere behov) Identifisere og dokumentere gevinster (gevinstplan) Tekniske forberedelser (change) ROS DPIA Avtaleverk Dialog leverandør Informasjon og forankring 	<ul style="list-style-type: none"> Påbegynne utarbeidelse av nødvendig dokumentasjon for utvikling og bruk av FPI-komponentene Gjennomføre ROS analyse 	<ul style="list-style-type: none"> Dialog kunde Avklare muligheter i utprøving og rolle Utarbeide løsningsarkitektur

Figur 10: En overordnet oppgaveoversikt for fase 1

Fase 2 - Utvikling og utprøving

Varighet av fasen er ca. 8 måneder. I denne fasen bør det legges til grunn en grunnleggende smidig og stegvis tilnærming med korte iterasjoner og kontinuerlig læring og forbedring. Det er viktig at alle parter er innforstått med at det er en utprøving som vil medføre kontinuerlig forandring. Det vil ikke være mulig å bli enige om alt før arbeidet starter, men det testes, evalueres og korrigeres underveis.

Utprøvkonseptet samt roller og ansvar til deltagerne er beskrevet og avklart i forberedelses- og innsiktfasen. Avtaler mellom de involverte aktørene skal være på plass før oppstart. Ressurser som forventes å gi tilbakemeldinger til utprøvingen må identifiseres. Dette inkluderer helsepersonell, pasienter eller andre relevante brukere av den gjeldende tjenesten.

Sentrale prosjektressurser	Utprøvningskommune	NHN	Leverandør
<ul style="list-style-type: none"> • Følge opp prioritering av behov for neste utprøvningsfase • Informasjon og forankring til andre kommuner • Begynne å planlegge skalering og utbredelse • Gjennomføre koordinering- og erfaringsdelingsmøter • Forberede for nytte og effektrealisering • Evaluere og oppsummere erfaringer – oppdatere felles «rammeverk» for gjennomføring 	<ul style="list-style-type: none"> • Vurdere og konkretisere informasjonsbehov • Utarbeide plan for brukermedvirkning og informasjon/opplæring • Gjennomføre informasjon og opplæring • Bidra med tilgjengelig fagkompetanse for innspill til behov og funksjonalitet (i samspill med NHN og leverandører) • Etablere plan for teknisk gjennomføring • Signere relevant avtaleverk, oppdatere og godkjenne ROS og DPIA og behandlingsoversikt • Etablere plan for, og lede implementering i egen kommune • Gjennomføre merkantile prosesser knyttet til kontrakter • Etablere felles rutiner for hendelser, feil og kontakt • Drifte integrasjon og infrastruktur på egen side • Oppdatere og forvalte informasjon i egen kommune 	<ul style="list-style-type: none"> • Utforme løsningsarkitektur • Vurdere og konkretisere informasjonsbehov • Gjøre nødvendig utvikling • ROS • Signere relevant avtaleverk • Utarbeide teknisk informasjon • Etablere felles rutiner for hendelser, feil og kontakt • Drift av infrastruktur og informasjonstjeneste 	<ul style="list-style-type: none"> • Vurdere og konkretisere informasjonsbehov • Utforme løsningsarkitektur • Gjøre nødvendig utvikling • Signere relevant avtaleverk • Signere kontrakt med kommune • Etablere felles rutiner for hendelser, feil og kontakt

Figur 11: En overordnet oppgaveoversikt for fase 2

Fase 3 - Evaluering og videreføring

Når en utprøving avsluttes, må det foretas en samlet evaluering av utprøvingen. Det forutsettes at det er tatt en beslutning om enten å avslutte tiltaket eller industrialisere og globalisere i tråd med de opprinnelige og innledende forventningene. Arbeidet, målsettingene og læringen må dokumenteres og videreformidles, for å sikre overføringsverdi til kommende tiltak.

Om det ikke anbefales å videreføre utprøvingen, skal like fullt arbeidet, målsettingene og læringen som har oppstått under utprøvingen dokumenteres. Hensikten er at flere kan dra nytte av erfaringene, slik at man ikke gjentar arbeid som ikke er formålstjenlig. Sluttrapporten kan også inneholde anbefalinger relatert til endret innretning, forutsetninger eller andre læringspunkter.

Sentrale prosjektressurser	Utprøvningskommune	NHN	Leverandør
<ul style="list-style-type: none"> • Følge opp prioritering av behov for neste utprøvningsfase • Informasjon og forankring til andre kommuner utover utprøvningskommunene • Gjennomføre koordinering- og erfaringsdelingsmøter • Evaluere og oppsummere erfaringer – oppdatere felles «rammeverk» for gjennomføring • Forberede for nytte og effektrealisering • Følge opp beslutning om realisering som permanent løsning eller avslutning • Ved beslutning om permanent løsning – arbeide aktivt med konkrete tiltak for skalering og utbredelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Oppsummere og evaluere prosess og resultat • Videreføre tjeneste dersom vellykket • Bidra med erfaringer i dialog med andre kommuner 	<ul style="list-style-type: none"> • Oppsummere og evaluere prosess og resultat • Tilrettelegge for skalering og utbredelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Oppsummere og evaluere prosess og resultat • Industrialisere resultat fra utprøving

Figur 12: En overordnet oppgaveoversikt for fase 3

6.2.6. Beslutning etter endt utprøving

Det forutsettes at man etter endt utprøving har grunnlag for å ta stilling til om utprøvingen har vært tilstrekkelig vellykket til at den kan realiseres som en permanent løsning eller om tiltaket avsluttes.

Denne beslutningen bør så langt det er mulig tas i fellesskap mellom kommunene/KS, gjeldende leverandør og NHN.

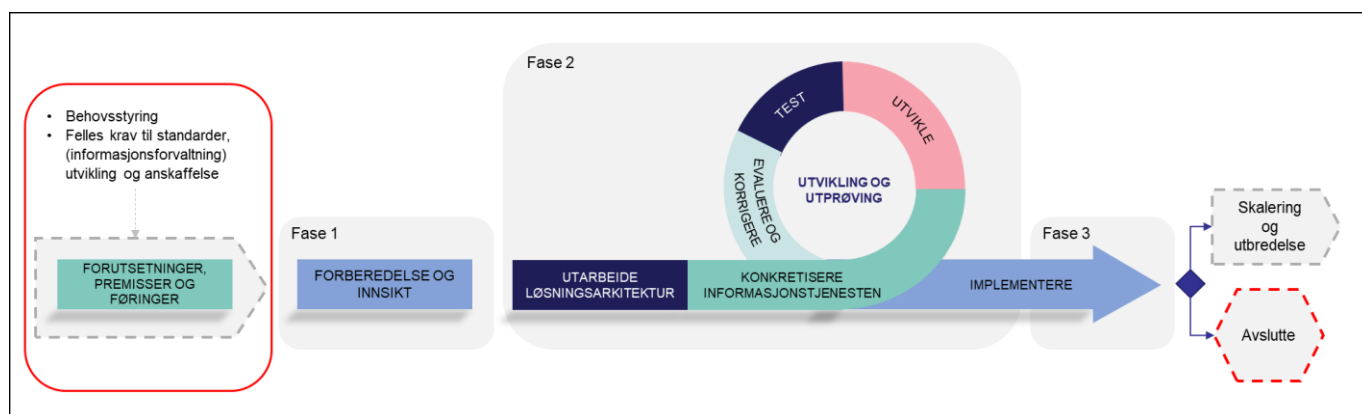
Videre forvaltning og drift av utprøvingene vil måtte bli avgjort i samspillet mellom kommune, NHN og leverandør i hver enkelt utprøving.

6.3. Videre utprøvsperioder

Det er utarbeidet forslag til en overordnet prosess for gjennomføring av utprøvinger etter første utprøvsperiode. Hensikten er å se nye utprøvinger i sammenheng med andre pågående og etablerte prosesser, både i kommunal sektor og nasjonalt. Dette er viktig for å sikre gjennomføringskraft og evne til skalering/utbredelse.

De avgrensede og konkrete utprøvsforsøkene er resultat av en prioritering av behov som er gjennomført våren 2023. Dersom utprøvsforsøkene er vellykkede, må både sentrale prosjektressurser og leverandørene bidra til skalering og utbredelse. Dette blir en viktig del av avklaring av forvaltning og organisering av videre utprøvsarbeid, og må gjøres i tett samarbeid mellom aktørene parallelt i første utprøvsperiode.

6.3.1. Behovsstyring, premisser og føringer for senere utprøvsperioder



Figur 13: Behovsstyringsprosess

Felles journalløft er regnet som en av de digitale fellesløsningene i nasjonal portefølje for kommunal sektor på e-helseområdet. Utprøvsprosjektene vil være resultat og realisering av felles prioriteringer, føringer og premisser fra kommunal sektor. Det er kommunene som er sentrale i å melde inn behov/forslag til fremtidige utprøvinger. Felles kriterier⁶⁰ (se grønn faktaboks) og videre forvaltning vil derfor være avgjørende for å sikre at forslagene som meldes inn er innenfor felles rammer og mål.

⁶⁰ Med kriterier for utprøving menes de fellesnevnerne som legges til grunn for valg og prioritering av utprøvs tiltak

Behov eller andre innspill om videreutvikling av digitale fellesløsninger i kommunal sektor skal drøftes og forankres i den kommunale samstyringsstrukturen. Behovene meldes inn og behandles, med endelige anbefaling i KommIT rådet, som grunnlag for å iverksette utprøving. Det bør også drøftes i den nasjonale rådsmodellen for e-helse for å sikre samordning nasjonalt.

Kvalifiseringskriterier vurderes som minimumskrav/forutsetninger som må oppfylles for de enkelte utprøvningsprosjektene – «må»-krav. Disse vil være absolutte for prosjekter som skal vurderes, anbefales og besluttes for utprøvinger. Vi anbefaler imidlertid at de ikke er like rigide i innmeldingsfasen for å unngå at vi går glipp av mulige prosjekt. Den andre kategorien er generelle vurderingskriterier. Disse er ikke absolutte eller ekskluderende, men inngår i et samlet vurderingsgrunnlag.

Kategori 1 - kvalifiseringskriterier

- Utprøvningsprosjektet gir konkret effekt/nytte
 - Hvilke effekter/hvilken nytte? Kvalitative eller kvantitative?
 - For hvilke aktører?
 - Gir prosjektet samfunnsmessig verdi for mer enn en kommune?
- Utprøvingen beskriver og realiserer en løsning som vil kunne ivareta krav til personvern og informasjonssikkerhet?
- Utprøvningsprosjektet bidrar til å oppnå effektmål om tilgang til relevant pasientinformasjon
- Utprøvningsprosjektet legger til rette for leveranser fra leverandørmarkedet
- Utprøvingen svekker ikke muligheten til å oppnå det overordnede målbildet som beskrevet i styringsdokumentet (finnes det elementer i utprøvingen som medfører en risiko for at for eksempel skalering kan medføre at det blir vanskeligere å realisere målbildet?)
- Utprøvningsprosjektet og behovet som skal løses er relevant og egnet for skalering og utbredelse til flere kommuner (har det potensiale for volum for felles tjeneste for informasjonsdeling)
- Utprøvningsprosjektet er forutsatt videreført i produksjon
- Utprøvningsprosjektet har et definert omfang, med et tydelig definert mål

Kategori 2 - vurderingskriterier

- Bidrar utprøvningsprosjektet til å nå et eller flere av effektmålene som beskrives i styringsdokumentet?
- Understøtter behovet for løpstekning knyttet til samhandling, og hvordan?
- Baseres utprøvingen, i den grad det er relevant og mulig, på integrasjoner basert på åpne, internasjonale standarder?
- Sikrer utprøvingen at relevant pasientinformasjon kan forvaltes av andre enn leverandør av sluttbrukerløsningene?
- Er det positiv kost/nytte for den konkrete utprøvingen? Hvis ikke, hvilken skalering må til for å oppnå positiv kost/nytte?
- Hvilken grad av kompleksitet har utprøvningsprosjektet?
 - Mange aktører/interessenter?
 - Aktører/interessenter som ligger utenfor prosjektets styringslinje?
 - Finnes det nasjonale løsninger som kan gjenbrukes eller videreutvikles for å realisere prosjektet?
 - Vil utprøvningsprosjektet kreve anskaffelser? Vil anskaffelsen gjøres en gang, eller være nødvendig for hver deltagende kommune? Er det en innovativ anskaffelse?
- Utfordrer utprøvningsprosjektet juridiske rammebetingelser? I tilfelle hvordan? Hva er foreslåtte avbøtende tiltak?
- Kan utprøvningsprosjektet gjennomføres innenfor en tidsramme på omtrent 12 måneder?

Felles journalløft forholder seg til den kommunale porteføljen med tilhørende prioriteringer, rekkefølge, rammebetingelser, premisser og føringer. De sentrale prosjektressursene vil inngå som en del av forvaltning av nasjonale e-helse løsninger i KS.

For å understøtte utbredelse, og forutsigbarhet for involverte aktører er det viktig å fremstå koordinert og tydelig, samt å bidra til at tilgjengelig kompetanse og ressurser benyttes best mulig. Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet forankres i den etablerte samstyringsstrukturen og politisk forankring skjer i hovedstyret.

KS jobber også i samarbeid med medlemmene med å etablere en samordnet leverandørdialog på et strategisk nivå. Ved å samle kommunal sektor i en felles dialog med leverandørene, kan dialogen føres på kommunenes premisser og bidra til felles prioriteringer. De ulike aktørene i utprøvningsprosjektene må samtidig holde en mer operativ dialog med sine respektive leverandører.

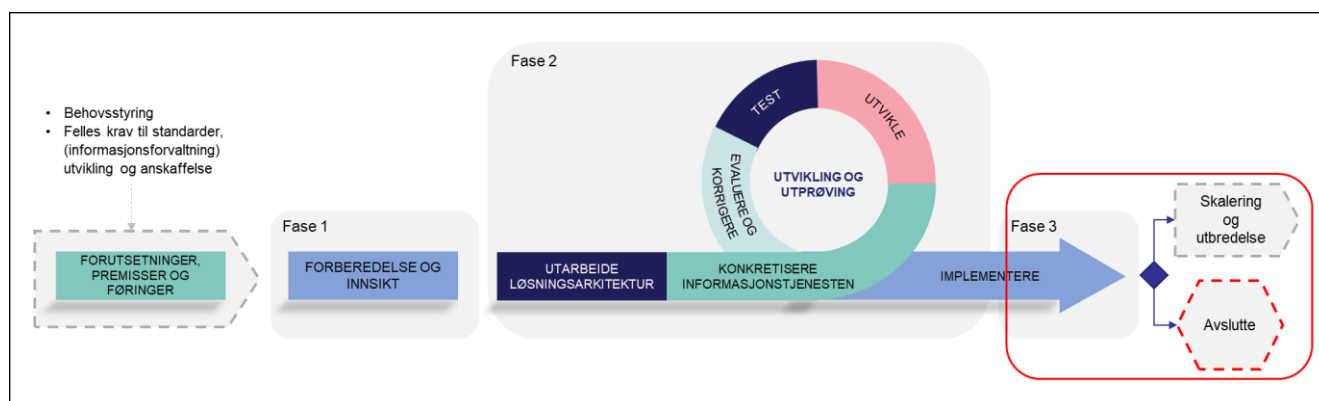
For å oppnå videre skalering og utbredelse oppleves det som en forutsetning at videre forvaltning avklares (behovsinnmelding og prioritering) og etableres gjennom allerede eksisterende strukturer. Når behovene som skal løses for den definerte tidsperioden er prioritert og avklart kan de enkelte utprøvningsprosjektene begynne.

6.3.2. Skalering og utbredelse av gjennomførte utprøvinger

En forutsetning for rask skalering er standardisering av informasjonstjenestene. Med standardisering blir det like informasjonstjenester i kommunene og skalering kan dermed utføres ved å «kopiere» informasjonstjeneste fra en kommune til en annen og kun gjøre mindre tilpasninger per kommune. Rent teknisk er med andre ord løsningen (FPI) godt tilrettelagt for skalering, men det er mange flere områder som må tilpasses og videreutvikles for at skalering, drift og forvaltning skal være effektivt. Det kreves derfor en egen utprøving som blant annet inkluderer videreutvikling og tilpasninger for å håndtere helheten, med leveranse av:

- Støttefunksjoner (versjonering, tillitstjenester, effektiv distribusjon mv)
- Overvåking, monitorering, observability (proaktiv overvåking)
- Prosesser og ansvarsforhold på tvers av virksomheter (drift og forvaltning)

Utprøvingene skal gi resultat som gir grunnlag for «industrialisering» og «globalisering». Helt sentralt for å oppnå dette står evnen til å samordne, koordinere og fasilitere arbeidet, resultatene og læringen. Dette vil være blant de viktigste oppgavene til **sentrale prosjektressurser**. Det vil være helt sentralt å sikre at resultatet av utprøvingene ikke forblir enkeltstående utprøvinger i en eller flere kommuner, uten at det skjer systematisert læring mellom kommunene. Læring gjennom å prøve og feile kan skje internt i en kommune, men det er mer effektivt om kommuner prøver ut ulike løsninger og deler sine erfaringer.



Figur 14: Skalering og utbredelse

Kommunene står på forskjellige steder i dag, og noen kommuner/kommunesamarbeid vil kunne gå foran med et høyt ambisjonsnivå, mens andre kommuner mangler kompetanse, kapasitet eller andre nødvendige forutsetninger for gjennomføring. For å ivareta alle kommuner innenfor tiltaket kan de sentrale prosjektressursene være viktige som fasilitator og samordner.

For å sikre skalering og utbredelse av vellykkede utprøvningsresultat bør de blant annet:

- Sikre forvaltning av arbeidet med utprøvinger opp mot allerede etablerte strukturer slik at koordinering av kommuner og prosess rundt prioritering av behov og prøving og feiling blir effektiv
- Sørge for at kommuner arbeider koordinert og deler informasjon innenfor området
- Sørge for detaljert innsikt i gevinster og kostnader for å gi kommunene et best mulig beslutningsunderlag for å innføre
- Omsette læringer og erfaringer fra utprøvningsperiode til målrettede tiltak for neste utprøvningsperiode
- Bidra i aktiv leverandørdialog (fokus på fremtidige prioriterte behov og evne til globalisering og industrialisering)

Den enkelte utprøvningskommunen spiller en viktig rolle i å gjennomføre erfaringsoppsummeringer fra utprøvningsperioden som kan inngå som viktige justeringer til neste periode.

Leverandører (om ønskelig i samarbeid med utprøvningskommune og sentrale prosjektressurser) må evne å industrialisere og globalisere ny funksjonalitet til andre kunder med samme løsning.

6.3.3. Håndtering av risiko i prosjektet

Styring av risiko og usikkerhet skal legge vekt på identifisering og oppfølging av tiltak som bidrar til at prosjektet når sine mål. Risikobildet for utprøvningsperioden er beskrevet i delkapittel 7.6.

Det overordnede målet for risikostyring i utprøvningsperioden vil være å:

- Proaktivt (og så tidlig som mulig) forstå og adressere risikoer
- Estimere og prise risikoer for å ivareta god finansiell usikkerhetsstyring
- Identifisere, klassifisere, analysere og håndtere risiko med tanke på å øke sannsynligheten for å levere på prosjektets resultat- og effektmål innenfor fastsatte rammebetingelser

Sannsynlighet		Beskrivelse
(0% - 5%)	Meget liten	Det er meget liten sannsynlighet for at situasjonen beskrevet i risikoområdet oppstår.
(6% - 24%)	Liten	Denne risikoen er mulig, men det har ikke oppstått før i lignende prosjekter av denne størrelsen, eller det har vært engangstilfeller der denne risikoen har oppstått.
(25% - 49%)	Moderat	Denne risikoen har oppstått noen få ganger med ujevne mellomrom før.
(50% - 74%)	Stor	Denne risikoen har oppstått flere ganger før.
(75% - 100%)	Svært stor	Denne risikoen oppstår som regel i denne type prosjekter, eller er en helt ny risiko som er overhengende for prosjektet.

Tabell 17: Risiko sannsynlighet

Konsekvens	Beskrivelse
Ubetydelig	Risikoen har ingen betydning for prosjektets kostnad, fremdrift eller leveranse kvalitet.
Lav	Risikoen påvirker ikke prosjektets kostnad, men vil medføre at fremdriften blir forsinket. Risikoen vil ikke ha negative konsekvenser for ytelsen av helsehjelp sammenlignet med dagens situasjon.
Moderat	Risikoen har moderat betydning for prosjektets kostnad, fremdrift og/eller leveranse kvalitet. Risikoen vil ikke ha negative konsekvenser for ytelsen av helsehjelp sammenlignet med dagens situasjon.
Alvorlig	Risikoen vil påvirke både prosjektets kostnad og fremdriften betydelig, men vil ikke ha negative konsekvenser for ytelsen av helsehjelp sammenlignet med dagens situasjon.
Svært alvorlig	Risikoen vil ha negative konsekvenser for ytelsen av helsehjelp og vil påvirke både kostnadsbudsjettet og fremdriften. Denne konsekvensgraden brukes også for risikoer som innebærer at tiltaket ikke bør igangsettes eller bør stoppes.

Tabell 18: Risiko konsekvens

7. STYRING OG ORGANISERING

7.1. Innledning

Store digitaliseringsprosjekt er krevende, spesielt i et så komplekst og foranderlig landskap som helse- og omsorgssektoren. Realisering av prosjektets målbilde forutsetter derfor en organisasjon med tilstrekkelig kapasitet og nødvendig kompetanse for å kunne realisere prosjektet i samarbeid med interessentene. Dette handler om teknisk kompetanse, innsikt i sektoren og relevant erfaring fra drift og forvaltning av store, komplekse og virksomhetskritiske løsninger og system. Det innebærer å planlegge, utvikle og prøve ut løsningene før de driftsettes, mens de vedlikeholdes og når de tas i bruk i kommunene.

Som beskrevet i styringsdokumentet, er det ikke realistisk å realisere hele målbildet med en gang. Vi beskriver først den foreslåtte styringsmodell og prosjektorganisering som prosjektet mener best og raskest ville kunne realisert målbildet, gitt at forholdene lå til rette. Deretter presenteres den prosjektinnretningen som er mulig å gjennomføre, gitt realitetene i situasjonen per første halvår 2023. Det betyr at modellen beskrevet i kapittel 7.3 er nærmere det som er mulig i en ideell verden, mens kapittel 7.4 beskriver hva som er realistisk slik situasjonen er nå.

Kapitlet er delt i flere deler, der prosjektets tenkte plass i den kommunale og statlige samstyringsmodellen vises, før det gis en oversikt over hvordan prosjektet vil kunne organiseres.

7.2. Kommunal og statlig samstyringsstrukturer

Sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren er et av fire strategiske grep som er trukket frem i Meld. St. 9 Én innbygger – én journal (2012-2013). Nasjonal rådsmodell for e-helse forvaltes av Direktoratet for e-helse og er en videreutvikling av en nasjonal styringsmodell for e-helse og ble etablert med formål å «samle de sentrale aktørene i helse- og omsorgssektoren med behov for felles utviklingsretning, innsats og mål for e-helseutviklingen».

Kommunal sektor deltar i nasjonal rådsmodell for e-helse gjennom representanter fra KS og kommuner oppnevnt av KS på vegne av kommunal sektor. Dagens rådsmodell består av Nasjonalt e-helseråd, NUIT (Prioriteringsutvalget) og NUFA (Fag- og arkitekturutvalget).

KS samler kommunesektoren i digitaliseringsarbeidet og fremmer deres interesser inn mot den nasjonale rådsmodellen. Vel så viktig er KS formelle dialog med politisk og administrativ ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet. Kommunesektorens behov defineres gjennom samstyringsorganer i kommunal sektor som KommIT-rådet, digitaliseringsutvalget og underliggende fagutvalg. Særlig strategisk viktige saker forankres i KS' regionale og nasjonale organer på administrativt og politisk nivå.

Formålet med etablering av kommunal samstyringsstruktur for digitalisering var å styrke kommunesektorens samlede gjennomføringskraft, legge et grunnlag for felles utviklingsarbeid og for en aktiv interessepolitikk med reell innflytelse. KS sitt mandat i digitaliseringsarbeidet ble gjennom endrede vedtekter for KS og landstingsvedtak i 2020 formalisert og styrket ved å få en tydelig rolle i å sikre samordning og økt gjennomføringskraft i digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor⁶¹:

- ivareta og videreutvikle samordnings- og samstyringsstrukturen for digitalisering og smart bruk av teknologi i kommunal sektor i samarbeid med regionale digitaliseringsnettverk
- representere sektoren og dens interesser overfor staten og andre nasjonale aktører, og oppnevne sektorens representanter til råd, utvalg og nasjonale prosjekter innen digitalisering
- være en pådriver for digital kompetanse, utvikling og utbredelse av sammenhengende tjenester og felles kommunale løsninger og komponenter i tett samarbeid med ressurser hos medlemmene og regionale digitaliseringsnettverk, og støtte opp om prosjekter som er strategisk viktige for kommunene

⁶¹ [Landsstyrevedtaket 2020: Landstinget gir KS en tydelig rolle i arbeidet med digitalisering i KS](#)

- i samspill med medlemmene være en pådriver for utvikling av digitaliseringsvennlig regelverk og premissleverandør for utvikling av felles standarder og virksomhets-arkitektur for kommunal sektor

Regjeringen og KS har i tillegg gått sammen om en strategi for digitalisering av offentlig sektor med formål om at brukerne skal oppleve én digital offentlig sektor. Denne er retningsgivende for arbeidet også på e-helseområdet. Strategien slår fast samstyringsprinsippene for samhandling mellom statlig og kommunal sektor, som også er nedfelt i regjeringens digitaliseringsrundskriv. Det er avgjørende at det strategiske og interessepolitiske arbeidet henger godt sammen med utviklingsarbeidet, og KS ønsker at medlemmene skal sikres eierskap og medinnflytelse til dette. Målet med samstyringsstrukturen for digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor er at den skal føre til:

- sterkere samarbeid
- bedre forankring og økt gjennomføringskraft
- bedre kvalitet og mindre risiko
- bedre brukeropplevelse og bedre løsninger
- bedre kunnskap og kompetanse

Samstyringsstrukturen består av medlemsutvalg på ulike nivåer:

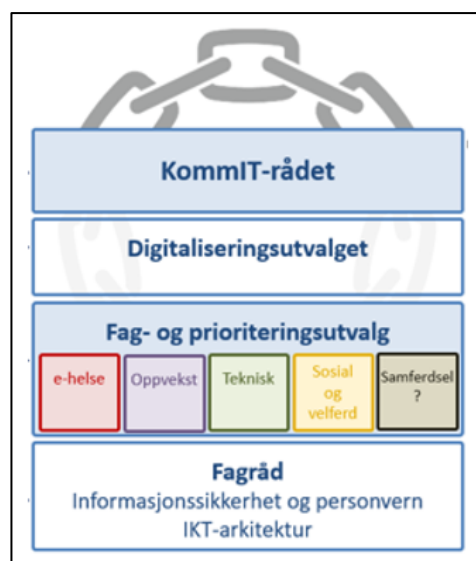
- KommIT-rådet (kommune- og fylkesdirektører)
- Digitaliseringsutvalget (digitaliseringssjefer)
- Fag- og prioriteringsutvalg (fagekspertene og tjenesteledere)
- Fagråd for henholdsvis IKT-arkitektur og informasjonssikkerhet og personvern (fagekspertene)

Samstyringsstrukturen samspiller tett med regionale digitaliseringsnettverk, som også er de som gir anbefalinger om representasjon fra sine fylker.

Formålet med KommIT-rådet er å styrke KS' og dermed kommunesektorens samlede satsing på strategi- og utviklingsarbeid og gi bedre grunnlag for en aktiv interessepolitikk innen digitalisering og smart bruk av teknologi. Det er avgjørende at det strategiske og interessepolitiske arbeidet henger godt sammen med utviklingsarbeidet, og KS ønsker at medlemmene skal ha eierskap til dette. For å nå målet om en samordnet kommunal sektor som leverer helhetlige og gode digitale tjenester til innbyggere og næringsliv, og som evner å utnytte teknologi i omstilling og videreutvikling av kommunale tjenester, er det sentralt at KS' arbeid med digitalisering, smart teknologi og IKT-samordning i kommunesektoren er godt forankret. KommIT-rådet skal bidra til dette.

For å ytterligere styrke sektorens arbeid med digitalisering av helse- og omsorgstjenester, er det etablert et eget fag- og prioriteringsutvalg e-helse med eksperter fra kommuner og fylkeskommuner for å gi KS faglige råd innen e-helse. Utvalget skal:

- gi innspill og råd til pågående nasjonale e-helsetiltak og prioritering av nasjonal e-helseportefølje for utbredelse, sett i lys av regionale og lokale behov.
- være saksforberedende utvalg til Digitaliseringsutvalget, KommIT-rådet og til K-NEHS, KS sine faste e-helsemøter med kommunenes representanter i Nasjonalt e-helseråd og Nasjonalt porteføljestyre (NUIT).
- være rådgivende til KS på saksunderlag til utvalg innen nasjonal rådsmodell for e-helse og relevante nasjonale programmer og prosjekter.



Figur 15: Samstyringsstrukturen på digitaliseringsområdet

7.2.1. Felles prinsipper for utbredelse og samstyring i kommunal sektor

Med formål å øke gjennomføringskraften i utbredelse og innføring av prioriterte løsninger på e-helseområdet, er det behov for å tydeliggjøre grensegangene og hvordan vi kan hente best mulig synergi og rolleklarhet mellom nasjonale nettverk og kommunene i arbeidet.

KS har derfor i samarbeid med medlemmene utarbeidet en rekke prinsipper for planlegging, utvikling, utbredelse og innføring av løsninger på e-helseområdet. Dette vil legge til rette for løpende innspill og forankring til nasjonale e-helse- og samhandlingsløsninger, felles prioritering av nasjonale e-helsetiltak og samordning av innspill til den Nasjonale rådsmodellen for e-helse.

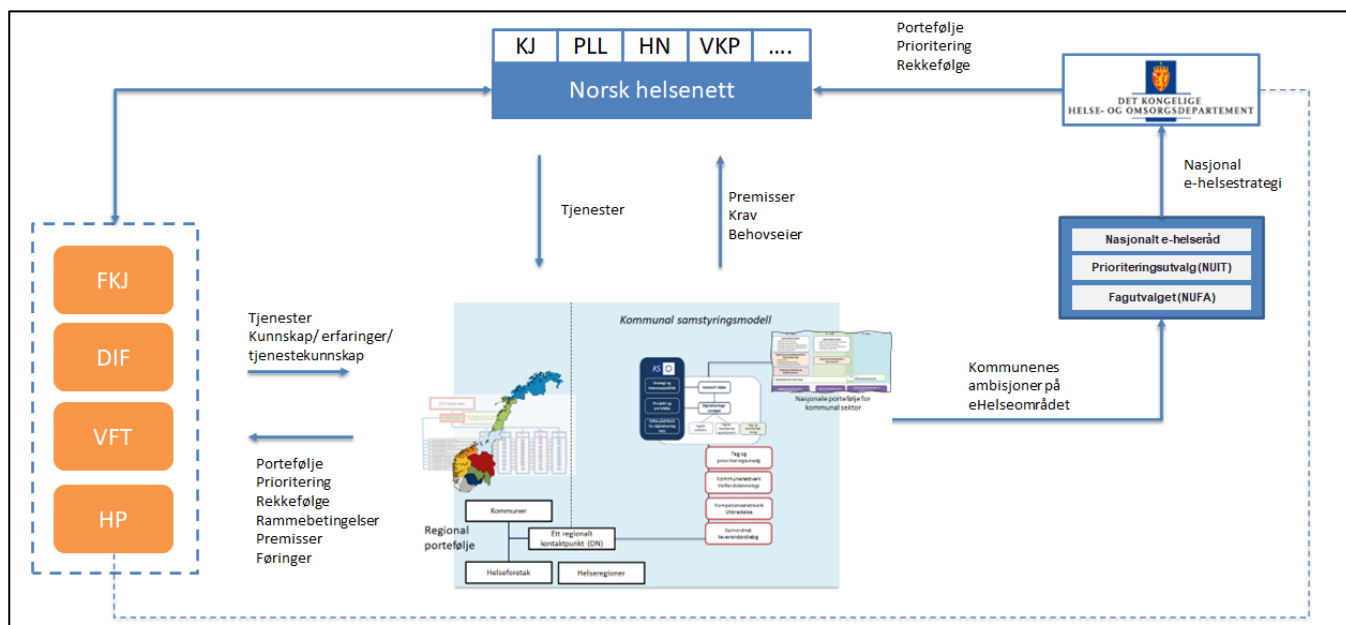
Prinsippene vil bidra til en enhetlig og anerkjent samordnings- og samstyringsstruktur for kommunesektoren som når helt ut til den enkelte kommunen. For å understøtte utbredelse, og forutsigbarhet for involverte aktører er det viktig å fremstå koordinert og tydelig, samt å bidra til at tilgjengelig kompetanse og ressurser benyttes best mulig. Nasjonale ambisjoner og visjoner på e-helseområdet for kommunesektoren (Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet) fastsettes gjennom den etablerte samstyringsstrukturen og politisk forankring i KS' hovedstyre. Dette danner utgangspunktet for en nasjonal portefølje for kommunal sektor på e-helseområdet.

Hver region (i tråd med strukturen for regionale digitaliseringsnettverk, i hovedsak fylkesvis inndelt) skal etablere og forvalte egen portefølje og plan på e-helseområdet med utgangspunkt i den nasjonale porteføljen, supplert med lokale tiltak i egen region. Den nasjonale porteføljen behandles i den kommunale samstyringsstrukturen for digitalisering, og forutsettes å ta utgangspunkt i føringene gitt i Felles plan og rammeverk for kommunal sektor. Det er et mål at digitaliseringsnettverkene i hver region (i samarbeid med nasjonalt kompetansenettverk for e-helse, velferdsteknologinettverk og helseforetak), skal være den regionale aktøren som tar det helhetlige strategiske ansvaret for å koordinere og samordne de fellesregionale aktivitetene i fylket på e-helseområdet. Dette vil omfatte alle områdene, prosjektene og oppgavene som inngår i Felles plan- og rammeverk for e-helse.

7.2.2. Samstyringsstrukturens relasjon til nasjonal rådsmodell for e-helse

Den nasjonale rådsmodellen er rådgivende for Direktoratet for e-helse sin styringsdialog med Helse- og omsorgsdepartementet. Rådsmodellen består av representanter fra helsetjenesten inkludert spesialisthelsetjenesten, interesseorganisasjoner, fagorganisasjoner, og representanter fra KS og kommuner. Kommunerepresentantene er utpekt av KS etter innspill fra regionale kommunedirektørutvalg og digitaliseringsnettverk, og sitter i nasjonal rådsmodell på vegne av kommunal sektor, ikke egen kommune. Den enkelte kommunen er etter loven et selvstendig retts- og pliktsubjekt med selvstyre innen de rammene som Stortinget legger gjennom lov, forskrift og økonomiske vilkår. Representantene har derfor ikke delegerte fullmakter ved deltakelse i den nasjonale rådsmodellen og kan ikke forplikte på vegne av kommunesektoren. Derfor er forankring og kommunikasjon vesentlig for å sikre kommunalt eierskap og posisjoner inn mot de ulike foraene.

7.2.3. Utøvelse av KS samstyringsstruktur på e-helseområdet



Figur 16: KS samstyringsmodell på e-helseområdet

KS utarbeider årlig en *Nasjonal portefølje for kommunal sektor* i tett samarbeid med medlemmene. Denne behandles i den kommunale samstyringsstrukturen, og setter en klar retning og prioritering for kommunal sektors ambisjoner. Den kommunale porteføljen henger sammen med nasjonal portefølje. Den nasjonale porteføljen behandles og besluttes i den nasjonale rådsmodellen, hvor prioritering og rekkefølge besluttes.

Norsk helsenett SF får oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet etter råd fra den nasjonale rådsmodellen. I tillegg fremmer KS medlemsforankrede posisjoner (fra samstyringsstrukturen) direkte i den administrative dialogen med departementet. Særlig viktige forhold forankres på politisk nivå i konsultasjonsmøte mellom KS og regjeringen. Norsk helsenett leverer tjenester som Helsenettet, Kjernejournal, Pasientens legemiddelliste og Velferdsteknologisk knutepunkt til kommunal sektor.

Leverandører av de ulike digitale fellesinitiativene som felles journalløft for kommunene (Felles kommunal journal), Helseplattformen og ulike tjenester innen helse fra KS Digitale fellestjenester forholder seg til den kommunale porteføljen med tilhørende prioriteringer, rekkefølge, rammebetingelser, premisser og føringer. Helseplattformen som felles journalsystem for sykehus og de kommuner som har gjort avrop i helseregion Midt-Norge står i en særstilling, og forholder seg gjennom majoritetseieren Helse-Midt-Norge RHF også direkte til Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse. Leverandørene av de digitale fellesløsningene skal bidra til å dele kunnskap og erfaringer i den kommunale samstyringsstrukturen.

7.2.4. Leverandørdialog

En felles og samordnet leverandørdialog er et sentralt virkemiddel for å sikre felles og god leverandør oppfølging. KS jobber i samarbeid med medlemmene med å etablere en samordnet leverandør dialog på et strategisk nivå, både med markedsaktørene og deres interesseorganisasjoner. Nettopp ved å samle kommunal sektor i en felles dialog med leverandørene, kan dialogen føres på kommunenes premisser og bidra til felles prioriteringer. Samtidig som de mer operative selskapsaktørene som forvalter prosjekter for de digitale fellesløsninger som KS Digitale fellestjenester, Norsk helsenett og Helseplattformen holder en mer operativ dialog med leverandører de samhandler med i sin løsningsutvikling.

7.2.5. Digitale fellesløsninger inn i samstyringsstrukturen

For å lykkes med strategien i *Én innbygger – én journal*, er digitale fellesløsninger som dem som forvaltes av KS digitale fellestjenester, og etter hvert løsningene som kommer i kjølvannet av felles journalløft for kommunene og Helseplattformen, avhengige av å samhandle via nasjonale e-

helseløsninger. Det er allerede tatt i bruk flere nasjonale e-helsetjenester, nye er under utvikling og eksisterende løsninger vil ha behov for videreutvikling. Behov eller andre innspill som digitale fellesløsninger i kommunal sektor ønsker å fremme i forbindelse med nasjonale e-helseløsninger, plasseres i den kommunale styringsmodellen. Behovene meldes inn og behandles i tråd med den kommunale styringsmodellen, og tas eventuelt videre til den nasjonale rådsmodellen.

7.3. Ideell styringsmodell - Felleseid leveranseselskap

Organisering vil alltid være avhengig av oppgavens karakter og omfang, aktørene som deltar og til hvilken tid og i hvilken situasjon det skjer. Vi har gjennom prosjektet, og spesielt gjennom et nært samarbeid med NHN – opprinnelig initiert på oppdrag fra HOD – kommet fram til det vi mener ville vært den mest hensiktsmessige arbeidsdelingen og organiseringen. Vi har samtidig – gjennom prosessen – registrert at HOD ikke ønsker en videre vurdering av den tilnærmingen som er prosjektets hovedanbefaling, noe som har gjort det nødvendig å søke andre løsninger. Vi har like fullt funnet det både hensiktsmessig og riktig å presentere den ønskede løsningen før vi beskriver det vi anser som en realistisk tilnærming i dagens situasjon.

7.3.1. NHN – rolle og relasjon til kommunene

NHN leverer en rekke helt essensielle tjenester som både hver for seg og samlet utgjør en del av IKT-infrastrukturen for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Prosjektet legger til grunn at disse og tilsvarende fremtidige løsninger fortsatt skal tilbys kommunene. Dette er også i tråd med den sentrale føringen, blant annet i stortingets budsjettbehandling, om gjenbruk av nasjonale tjenester. I det følgende beskrives noen overordnede og sentrale eksempler på tjenester, løsninger og relasjoner som allerede knytter kommunene sammen med NHN og deres digitale samhandlingsarena. I det følgende beskrives NHNs bidrag i forhold til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er andre aktører som leverer tjenester og funksjoner til kommunene, både innen helse og ikke minst innen andre tjenesteområder, eksempelvis KS Digitale Fellestjenester. I denne sammenhengen har vi valgt å fokusere på NHNs rolle.

- **Infrastruktur**
NHN leverer i dag en unik infrastruktur som er nødvendig for å realisere et prosjekt som dette. Alle kommuner er allerede tilknyttet og det er ingen andre som leverer tilsvarende i Norge p.t.
- **Tjenester og løsninger**
NHN leverer de nasjonale løsningene det er aktuelt å ta utgangspunkt i. Selv om også KS digitale fellestjenester leverer løsninger kommunene bruker, er det ingen andre aktører enn Norsk Helsenet som leverer felles nasjonale løsninger for helsetjenesten som helhet og dermed har tilsvarende gjenbruksmuligheter av eksisterende løsningsmønstre.
- **Tilgjengelighet og tjenestekvalitet**
NHN leverer tjenester og kundesupport 24/7 gjennom sin brukerstøtte og tekniske supportsenter. Tjenestekvaliteten til NHN er også på et svært høyt nivå, noe som ikke er unikt, men svært viktig. Summen av tilgjengelighet og tjenestekvalitet plasserer NHN i en posisjon som ingen andre p.t. utfordrer. Dette kan endres, men det vil ta tid fordi det er tjenester som må bygges og utvikles gradvis.
- **Nettverk og tillitsmodell**
NHN har allerede en etablert tillitsmodell med alle norske kommuner (helsenettet) som kan utvides med en enkel justering av gjeldende avtale. Selv om også KS digitale fellestjenester fungerer som tillitsanker for kommunal sektor, leverer verken de eller andre aktører modeller som på tilsvarende vis dekker alle aktører – både kommunale, private og statlige - som må samhandle med hverandre innen helsesektoren.

- **Sikkerhet**
NHN leverer allerede – også til kommunene – essensielle tjenester innen cyber security gjennom helse CERT®. Selv om det også er andre som leverer CERT-tjenester til kommunene innen avgrensede områder, er den uten sammenligning største og viktigste aktøren overfor kommunal sektor helse CERT®
- **Databehandleravtaler**
NHN er allerede databehandler for alle norske kommuner. Det betyr at gjeldende avtaler enkelt kan utvides til å dekke nye tjenester.
- **Relasjonelle grensesnitt**
NHN har gjennom årene og alt som er nevnt over, etablert tillitsbaserte relasjoner som er av stor betydning for å etablere løsninger raskt og effektivt.
Det finnes aktører som over tid kan bygge/utvikle løsninger og tjenester i retning av det NHN leverer til kommunal sektor allerede i dag. Problemet er at det p.t. ikke finnes organisasjoner, verken i kommunesektoren eller i markedet, som leverer tilsvarende operasjoner, eller som har mulighet til å tilby noe liknende på kort og overskuelig tid. Markedet fordrer også en forutsigbarhet som det p.t. ikke er mulig å gi.

For å sikre den interne informasjonsdelingen i hver enkelt kommune, er det nødvendig at det finnes en plattform (i første omgang én per kommune, men på sikt også med målsetting om konsolidering mellom kommunene). Denne skal dels inneholde og dels sammenstille (fra ulike kilder) relevant informasjon om pasienter og brukere, men også om andre forhold som er felles i en kommune og som må inngå for å sikre et velfungerende samspill mellom ulike tjenesteområder. Det er i samspillet mellom de ulike kommunale løsningene (levert av leverandørmarkedet), den kommunale plattformen og NHN sine samhandlingsløsninger at vi kan realisere det etterspurte økosystemet og samtidig realisere visjonen om Én innbygger – én journal. Det er ikke naturlig eller ønskelig at NHN leverer selve plattformløsningen. Den bør anskaffes/utvikles i markedet, men operasjonalisering av plattformen bør ses som en nasjonal tjeneste, på linje med Helsenettet, Kjernejournal osv., og dermed realiseres av NHN.

Konsekvensen av at NHN eventuelt ikke kan bidra med løsninger er i beste fall en utsettelse på mange år til langt høyere kostnader og større sårbarhet, men mest sannsynlig – at tiltakene som beskrives i dette kapitlet og i styringsdokumentet for øvrig, ikke kan realiseres over hodet.

7.3.2. Utredning av alternative samarbeidsmodeller med NHN

I foretaksmøtet til NHN 24.01.2022 ga Helse- og omsorgsdepartementet NHN i oppdrag å gå inn i et samarbeid med FKJ-prosjektet for å se på mulighetene for organisatorisk og operasjonelt samarbeid og mulig gjenbruk av eksisterende og planlagte løsninger. Departementet presiserte at dette også gjaldt en vurdering av et eventuelt organisatorisk samarbeid. I protokollen fra 27.01.2022 står det:

«[Norsk helsenett skal] bistå Felles kommunal journal interim AS (FKJ) med å vurdere hvordan arbeidet med å utvikle og etablere felles kommunal journal kan organiseres, og hvilken rolle Norsk helsenett eventuelt kan og bør ha.

I arbeidet skal Norsk helsenett bidra til at det vurderes alternative modeller å involvere Norsk helsenett på, med og uten kommunalt medeierskap i hele eller deler av aktivitetene til Norsk helsenett.

Norsk helsenett skal i vurderingen av ulike alternativer for organisering av arbeidet og løsningsforslag ta hensyn til, og belyse konsekvensene for, Norsk helsenetts eksisterende oppgaveportefølje.

Det legges til grunn for arbeidet at det er kommunene som har ansvaret for egne journalløsninger og finansieringen av disse. Fremdriftsplan for bistand til utredningen avklares med FKJ, som er ansvarlig for arbeidet.

Foretaksrådet ba statsforetaket om å rapportere på disse kravene i oppfølgingsmøtene.»

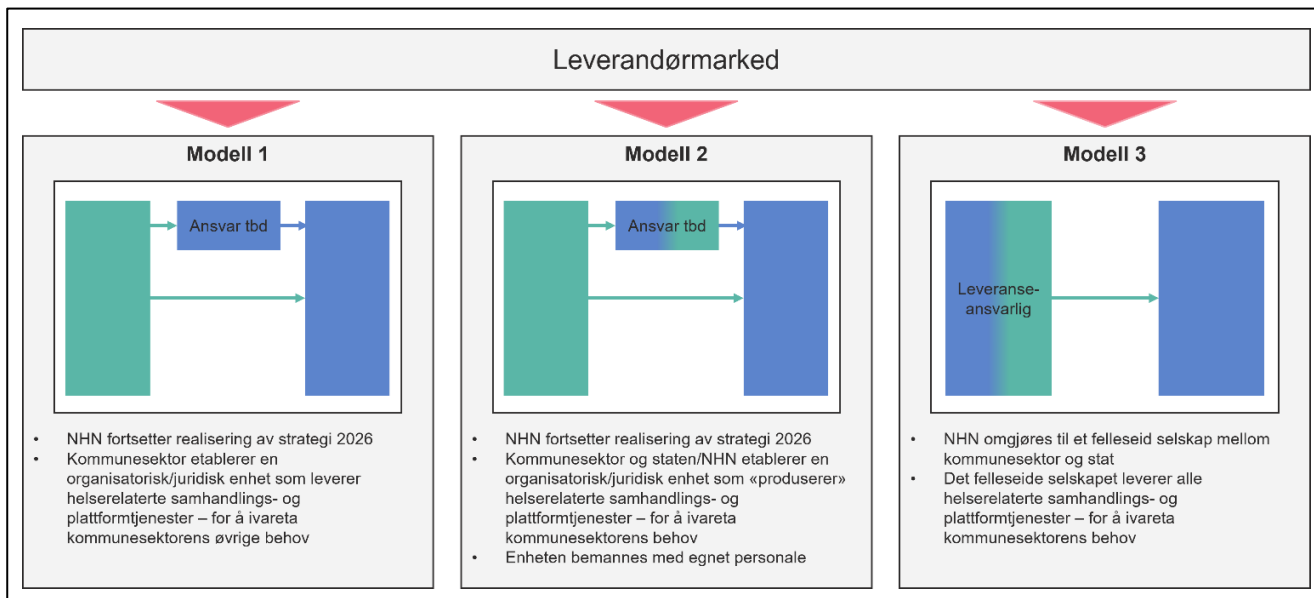
FKJ-prosjektet, støttet av NHN, leverte 31.05.2022 en sluttrapport (se bilag 6.1) som inneholdt en utredning av tre forskjellige organisatoriske modeller. I rapporten ble flere mulige samarbeidskonstellasjoner vurdert, og anbefalingen var NHN som den ønskede og mest hensiktsmessige partneren for å realisere prosjektet.

Forarbeidene i 2021, og samarbeidet med NHN våren 2022 viste at 80-90 % av plattformløsningen (felles utgangspunkt realisert per kommune) kan utvikles med utgangspunkt i gjenbruk av NHNs eksisterende løsningsplattformer. Forskjellen er at det nasjonalt tilrettelegges for en plattform for den enkelte kommunen – der den enkelte kommunen er dataansvarlig – der de enkelte sluttbrukerløsningene en kommune anskaffer og gjør avtale med, kan samspille.

Det ble i sluttrapporten beskrevet tre ulike hovedmodeller for organisatorisk samarbeid mellom NHN og kommunal sektor for realisering av felles journaløft for kommunene - FKJ. Her presenteres de tre alternativene kort. Mer utfyllende beskrivelser finnes i bilag 6.1.

1. Rent kommunalt leveranseselskap (modell 1)
NHN leverer helserelaterte plattforms- og samhandlingstjenester basert på helsetjenestens behov. Det er ingen form for sameie mellom kommunesektor og staten/NHN. Kommunesektoren etablerer en organisatorisk/juridisk enhet som leverer løsninger og tjenester som er nødvendige utover de nasjonale tjenestene som leveres av NHN for å ivareta kommunesektorens samlede behov. I tillegg skal enheten etablere og drifte «markedsplassen». Enheten bemannes med eget personale. Dette kan være en nyopprettet enhet eller baseres på eksisterende, eksempelvis KS digitale fellestjenester (DIF).
2. Felleseid leveranseselskap NHN/kommunesektoren (modell 2)
Kommunesektoren (kommunene, KS, DIF eller i kombinasjon) og staten/NHN etablerer en felleseid organisatorisk/juridisk enhet som leverer løsninger og tjenester som er nødvendige utover de nasjonale tjenestene som leveres av NHN for å ivareta kommunesektorens samlede behov. Enheten skal sikre at «markedsplassen» etableres, driftes og forvaltes. Enheten bemannes med eget personale. Den juridiske enheten produserer egne tjenester, med NHN som mulig underleverandør på utvalgte områder.
3. NHN omgjøres til felleseid selskap med ansvar for alle leveranser (modell 3)
NHN omgjøres til et felleseid selskap mellom kommunesektoren (kommunene, KS eller i kombinasjon) og staten. Det felleseide selskapet leverer alle helserelaterte plattforms- og samhandlingstjenester for å ivareta kommunesektorens samlede behov. Virksomheten har også ansvar for at «markedsplassen» etableres, driftes og forvaltes.

Både St. Prop 1S (2020-2021) og St. Prop 1S (2021-2022) fremhevet at staten var villig til å gå inn som minoritetsaksjonær i et selskap med kommunalt majoritetseierskap. Anbefalingen i rapporten var å jobbe videre med å etablere et felleseid selskap mellom staten v/NHN og kommunesektoren (modellene 2 og 3). Om dette skulle være i form av enkeltkommuner eller KS på vegne av sektoren ble det ikke tatt stilling til. Gjennom Felles kommunal journal interim AS har Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) vurdert kriteriet om kommunalt majoritetseierskap som oppfylt gjennom KS som eier.



Figur 17: Alternative styringsmodeller, utredet i 'Rammer og muligheter for samarbeid og organisering kommunesektor og stat (NHN SF)'

I etterkant av rapporten viste det seg at en organisatorisk løsning som baserer seg på statlig eierskap og ansvar ikke lenger hadde den nødvendige politiske forankringen i regjeringen som trengs for å fortsette prosessen langs hovedanbefalingens linjer. Regjeringen gikk klart imot anbefalingen om et felles selskap. At det måtte utredes alternativer til en slik løsning ble signalisert i politisk møte mellom HOD og KS 23.06.2022, og innebar en betydelig endring i rammebetingelsene for arbeidet gitt av Stortinget i 2020 og 2021.

Vi mener imidlertid fortsatt at dette ville ha vært den beste og på mange måter enkleste modellen for å gi størst gjennomføringskraft i arbeidet. Det er på den bakgrunn at vi også beskriver dette som den ønskede og – ideelt sett – anbefalte organisasjons- og styringsmodellen – kapittel 7.3.4.

Den manglende støtten til en felles selskapsløsning ble gjort eksplisitt i regjeringens forslag til statsbudsjett for 2023, St. Prop. 1S (2022-2023), der det står:

«Departementet viser videre til omtale i Prop. 1 S (2021–2022) der det står at statens videre rolle, herunder eventuell statlig minoritetspost i selskapet, skulle utredes nærmere. Norsk helsenett SF fikk i 2022 i oppdrag å bistå interimselskapet med å vurdere hvordan arbeidet kan organiseres og hvilken rolle Norsk helsenett SF eventuelt kan og bør ha.

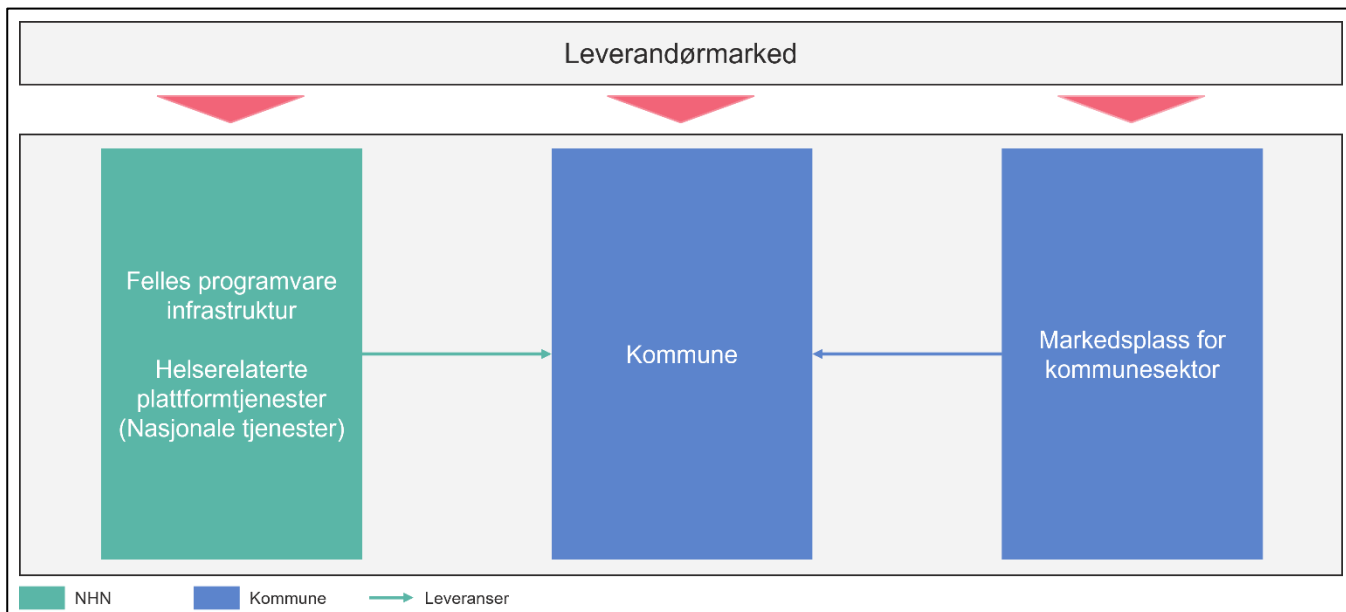
Foreløpige planer fra interimselskapet og Norsk helsenett SF innebærer mulighet for en løsning hvor staten ved Norsk helsenett SF skal inngå i et felleseid selskap med kommunesektoren. Regjeringen vurderer at risiko og kompleksitet med et felleseid selskap med kommunene er for stor, og at staten derfor ikke bør inngå i et slikt selskap.»

Bakgrunnen for beslutningen er ikke kjent, men det var uansett nødvendig å forholde seg til konsekvensene av beslutningen.

På denne bakgrunnen har forslaget om et felles selskap ikke blitt videre utredet, men den faglige anbefalingen som lå i sluttrapporten (bilag 6.1) står fortsatt ved lag.

7.3.3. Plattform som en nasjonal tjeneste

Utredningsarbeidet våren 2022 endte, som beskrevet over, med at ingen av de tre vurderte modellene lot seg videreføre på basis av regjeringens kursendring som senere ble stadfestet gjennom statsbudsjettet for 2023. På den bakgrunn ble det utarbeidet og utredet en fjerde modell, hvor NHN leverer felles nasjonal programvareinfrastruktur og helserelevante nasjonale plattformtjenester (som nasjonale tjenester) for å ivareta kommunesektorens behov. Det er denne modellen prosjektet og NHN foreslår å legge til grunn i utprøvningsperioden, gitt at et felleseid selskap ikke er mulig.



Figur 18: Mulig operasjonisering av samarbeidet med NHN basert på nasjonal tjenesteleveranse

Modellen er basert på et operasjonelt samarbeid hvor NHN leverer plattform(er) – det vil si samhandlingsløsninger som dekker kommunens interne behov – som en nasjonal tjeneste gjennom felles programvareinfrastruktur. Dette er en etablert modell, og NHN leverer allerede en rekke nasjonale tjenester til kommunene, tjenester som helsenettet, kjernejournal, e-resept, helsenorge.no og tilgang til folkeregisteret for helsetjenestene. De fleste kommunene mottar også folkeregistertjenester fra KS digitale fellestjenester. På samme måte kan NHN levere en plattformsløsning.

I en slik modell vil det ikke være behov for å anskaffe eller utvikle noen egen teknisk plattform i første omgang, men legge til rette for at plattformer fra NHN kan benyttes i kommunene som deltar i utprøvingene. En modell som dette, med leveranse av kommunale plattformer som en nasjonal tjeneste, er også gunstig i et konkurranserettslig perspektiv og sett opp mot regelverket om statsstøtte.

I denne modellen vil det være de sentrale prosjektressursene i KS som koordinerer leveranser og bruk på vegne av kommunene og representerer kommunal sektor overfor NHN og nasjonale myndigheter. Tilsvarende vil det være KS som viderefører og realiserer markedsplassen.

Det legges til grunn at realisering av plattformen fordrer en organisasjon med betydelig kapasitet og kompetanse, både i innføringsfasen og i videre drift og forvaltning. Dagens prosjekt er en midlertidig (interim) organisasjon som hverken har den typen kapasitet, kompetanse eller varighet som er nødvendig. Prosjektet har i tidligere arbeid vurdert muligheten for å sikre tilstrekkelig gjennomføringskraft langs ulike akser, og det legges til grunn at det i dagens situasjon er lite sannsynlig å realisere plattformen uten involvering av NHN. Dette understøttes av både ekstern kvalitetssikrer og internrevisors vurderinger og anbefalinger.

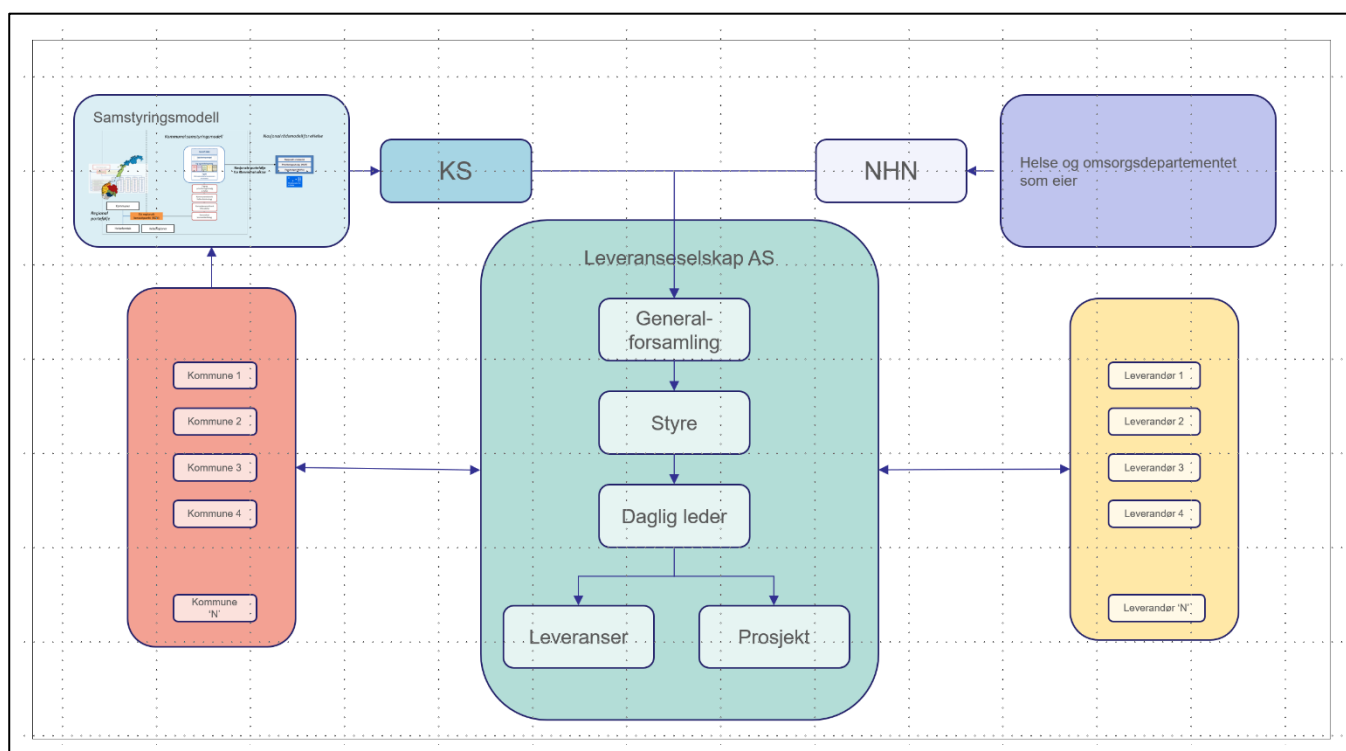
7.3.4. Styringsmodell for felleseid selskap

Vi har valgt å beskrive en mulig styringsmodell for en ideell og anbefalt modell – ref. kapittel 7.3 og anbefaling om organisering i et aksjeselskap i felleseie mellom NHN og kommunesektoren. Dette for å illustrere hvordan det kunne, og etter vår oppfatning burde, organiseres. Styringsmodellen er utformet for å kunne fungere uavhengig av virksomhetstilknytning og er stilisert. Det betyr at man kan velge andre aktører og legge til ulike utvalg/forum for medeierskap og -styring ved behov. I kapittel 7.4 beskrives en alternativ tilnærming basert på konkrete utprøvningsprosjekt, med tilhørende styringsmodell.

Det forutsettes at KS er kommunesektorens eierrepresentant. Kommunal samstyring er i denne modellen løst gjennom den generelle samstyringsstrukturen. Dette kan lett endres om ønskelig.

Eierskapet med NHN er foreslått delt 50/50. Man kan i og for seg også se for seg asymmetriske eierbrøker, så lenge begge parter er sikret negativ kontroll. Vi antar at en modell med likt eierskap og dermed like rettigheter og likt ansvar er å foretrekke. Styring av selskapet skjer gjennom ordinær styringslinje og kundestyring skjer direkte mellom kommunene og leverandørselskapet (og leverandørene) med KS som den formelle representanten inn mot NHN på vegne av kommunene og fylkeskommunene som felleseier. Dette er ikke en endelig eller absolutt modell og det er mulig å se for seg mange ulike former for kundesamarbeid, både inn mot det felleseide selskapet og direkte mot leverandørene (tredjepart), men det vil uansett ikke endre de grunnleggende sidene ved modellen.

Det er ingen ting til hinder for at kommunene – om ønskelig – kan kjøpe direkte fra leverandør som i dag.



Figur 19: Overordnet styringsmodell

7.3.5. Leveranseselskapets oppgaver og organisering

Det felleseide leveranseselskapet vil ha to oppgaver knyttet til hhv. ordinær selskapsdrift, samt være ansvarlig for å etablere prosjektorganisasjonen med det utøvende ansvaret for realisering av endelig mål bilde. Selskapet vil rapportere direkte til styret, der eierne er representert. Leveranseselskapet, med sitt underliggende utøvende prosjekt og leveranseavdeling, er ansvarlig for å omsette behovene fra behovseiere og styringssignalene fra styret til resultater. Dette kan gjøres i samarbeid med, og med deltagelse fra kommuner, KS, NHN og leverandørene.

Leveranseavdelingen vil ha ansvar for Markedsplassen og leveranse av etablerte løsninger fra nasjonal tjenesteleverandør og/eller markedet. Sentrale oppgaver er beskrevet i vedlegg 3.4 «Markedsplassen» og vedlegg 3.5 om «Felles rammer og anbefalinger for anskaffelse av journalløsninger».

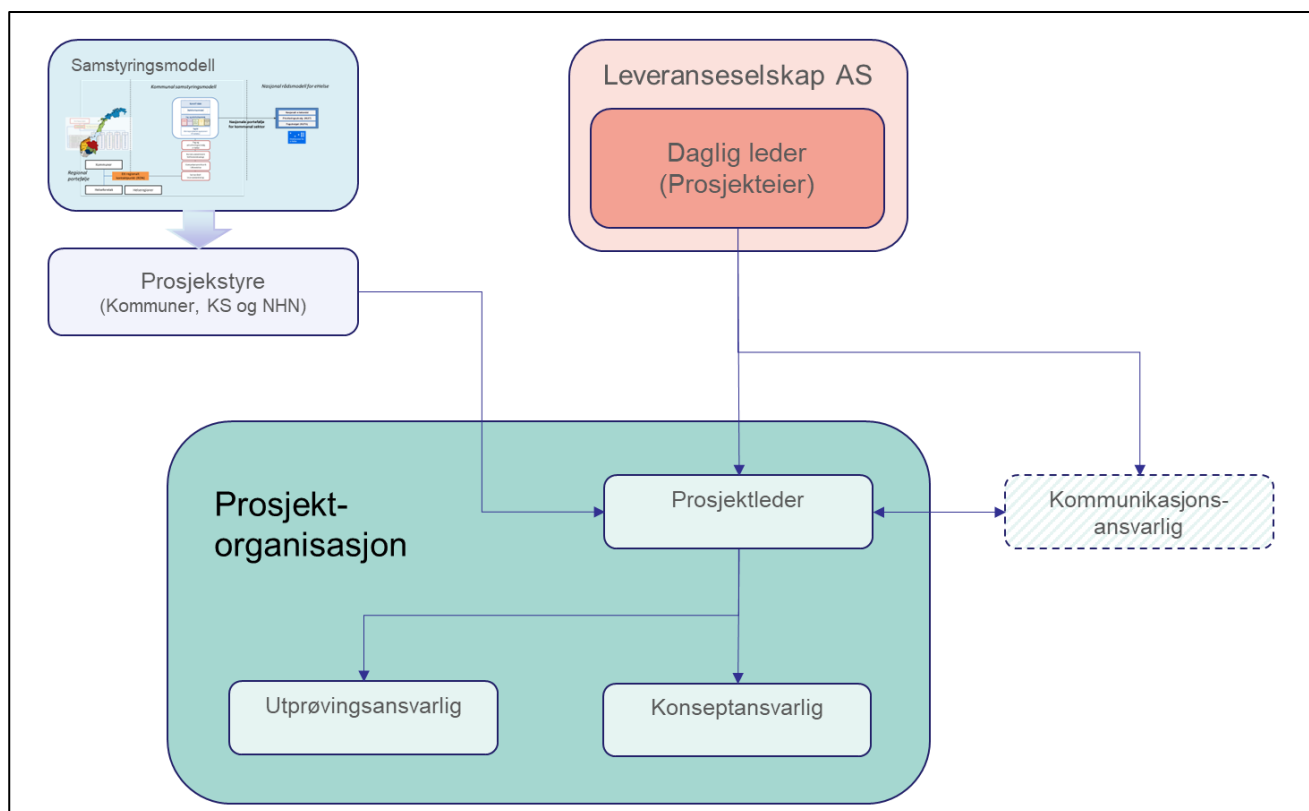
Prosjektavdelingen av selskapet skal, i samråd med daglig leder, sikre effektiv operativ og administrativ ledelse av prosjektet. Prosjektavdelingens kobling til de deltagende aktørene vil ivaretas gjennom et prosjektstyre.

Prosjektet vil måtte være tilstrekkelig bemannet til å oppfylle prosjektets hensikter:

1. Utvikle og innføre løsninger som går i retning av å realisere målbildet
2. Lære hva som fungerer og hva som ikke fungerer, i tillegg til hvilke effekter som kan oppnås
3. Videreutvikle plattform- og markedsplasskonseptet

4. Arbeide for å videreutvikle felles rammer og anbefaling for kommunale anskaffelser av journalsystemer
5. Gi innsikt i videre planleggingsarbeid

Prosjektet ledes av en prosjektleder som vil være ansvarlig for gjennomføring av prosjektet, samt for å etablere og lede en prosjektledelsesgruppe. Denne vil bestå av personer med kompetanse på blant annet konseptutvikling, utprøvningsledelse og kommunikasjon.



Figur 20: Prosjektorganisasjon

Konseptet vil fortsatt forutsettes innført stegvis og gradvis, og det vil være naturlig å at hvert steg i arbeidet utføres i samarbeid med en bredt sammensatt gruppe ressurser fra de viktigste deltagende aktørene. Prosjektet med ledelse- og koordineringsressurser, NHN med teknisk infrastruktur og løsninger, samt aktiv deltagelse fra de kommuner som tar del i steget. Leverandørene av de aktuelle tjeneste- og sluttbrukerløsningene vil også være sentrale. Koordineringen av dette arbeidet vil ligge til leveranseselskapets sentrale prosjektledelse.

Det er viktig at prosjektledelsen, og -gruppen for øvrig, består av en faglig sterk og variert gruppe mennesker som sammen vil utgjøre prosjektets kapasitet og kompetanse. Effektiv bruk av ressursene og god koordinering vil være prosjektets ansvar, og det vil også være naturlig at prosjektdeltagere tilhørende et ansvarsområde vil kunne bidra på andre ansvarsområder.

Kapasitet

Kravene til leveranseprosjektets sluttprodukt(er) vil være omfattende og stille krav til at deltagerne arbeider effektivt og fleksibelt. Å bygge en organisasjon med tilstrekkelig kapasitet, som i seg selv er slagkraftig og i stand til å håndtere sine oppgaver, vil være avgjørende. En forutsetning for dette, er at det består av tilstrekkelig antall personer til at det kan gjennomføre alle sine oppgaver, i tillegg til at det må kunne håndtere og støtte selskapets og prosjektets løpende forpliktelser.

Kompetanse

Kravene til kompetanse i leveranseselskapet vil være brede og stille store krav til hver enkelt deltager. Noen viktige fagområder er:

- Økonomi

- Erfaring med utprøving og utforskende prosesser
- Kjennskap til kommunesektoren generelt og hvordan kommuner og helsepersonell/helsearbeidere jobber spesielt
- System-/løsnings-/ og tjenestearkitektur
- Kommunikasjon, forankring og interessenthåndtering
- Prosjektledelse og -styring, estimering og planlegging
- Erfaring med drift og oppfølging av prosjekter i lignende organisasjoner – også inkludert typiske støttefunksjoner som sekretariat, IT og administrasjon.

Kompetansen må skaffes og utvikles, og den må også ha tillitt og forankring i sektoren. Det fordrer en organisasjon med stor gjennomføringsevne, riktig erfaring og et bredt akseptert mandat. Dette blir særlig viktig både når de innledende aktivitetene skal videreutvikles gradvis og stegvis, og i rollen som ansvarlig koordinator for videre samarbeid om anskaffelser av journalsystemer i kommuner.

7.4. Anbefalt løsning gitt nye rammebetingelser – konkrete utprøvinger og videre arbeid med anskaffelser

Da prosjektets rammer ble endret i statsbudsjettet for 2023 endret også grunnlaget seg for realisering av det målbildet som er beskrevet. På denne bakgrunn etablerte kommunene Bergen, Bodø, Bærum, Kristiansand, Oslo og Stavanger sammen med KS og Norsk helsenett SF (NHN) en felles styringsgruppe som har gitt sine anbefalinger inn mot prosjektorganisasjonen i selskapet. Mandatet var å se på rammer for en eventuell videreføring i form av konkrete utprøvingstiltak etter prosjektavslutning sommeren 2023, samt utvikling av et første utgangspunkt for felles rammer og anbefalinger overfor leverandørmarkedet. Tiltak for økt samordning overfor markedet er etterspurt av både kommunene og leverandørene selv, og med felles føringer er ambisjonen samtidig at de anskaffelser som gjennomføres bidrar til en utvikling i retning av målbildet.

Målet med utprøvingene er å utvikle løsninger som møter definerte og avgrensede behov. I tillegg er det en målsetning at utprøvingene kan bidra som steg i realisering av et kommunalt økosystem for relevant pasientinformasjon. Med et ønske om å komme i gang raskt, baserer modellen seg på konkrete og avgrensede utprøvinger basert på gjenbruk av etablerte nasjonale løsninger. Der det er mulig skal realiseringen skje både knyttet til plattform og til ny og forbedret funksjonalitet i sluttbrukerløsningene.

Utprøvingene vil ikke alene realisere beskrevet målbilde, men vil bidra til økt deling av informasjon og dermed legge grunnlaget for styrket samhandling som på sikt kan inngå som del av en fremtidig plattform. Utprøvingene vil løse konkrete behov som kan bidra til å forbedre arbeidshverdagen til helsepersonell og styrker pasientsikkerheten.

Utprøvingene skal gi resultat som gir grunnlag for skalerbare tjenester med gjenbruk av løsningsmønster i Norsk helsenett:

- «industrialisering» - dvs. at leverandørene kan legge det inn som en standard del av sine løsninger
- «globalisering» - det vil si at alle kommuner som benytter samme leverandør kan ta i bruk løsningen ved behov.

Hvilke informasjonstjenester kommunene ønsker å ta i bruk – innenfor hvilke tjenesteområder og mot hvilke typer løsninger – er opp til den enkelte kommune – dvs. gradvis innføring, forutsatt at det kan etableres som en frivillig tjeneste. Dersom det inngår som en del av nasjonale e-helseløsninger vil det på sikt måtte vurderes som en del av de tjenester som faller inn under Pasientjournalloven med pålegg om betaling og eventuelt pålegg om bruk for alle kommuner.

I dette kapitlet beskrives den foreslåtte modellen for organisering og styring av de foreslåtte utprøvningsprosjektene, samt videreføring av samarbeidet om rammer og anbefalinger for anskaffelser av EPJ-systemer. Det inkluderer de sentrale ressursene som er nødvendig for å samordne og koordinere aktivitetene og oppgavene, samt skal være pådriver for at vellykkede utprøvningsprosjekter kan skaleres til nasjonale tjenester. Til forskjell fra de ulike modellene som ideelt sett burde videreført arbeidet og som er beskrevet over, er organiseringen som foreslås i dette kapitlet et resultat av hva som anbefales å gjennomføre som første steg, etter at nåværende selskap og prosjekt er avviklet.

Det er ikke realistisk å realisere hele målbildet direkte, og det er heller ikke realistisk å etablere en stor prosjektorganisasjon som kan ta fatt på alle oppgavene med en gang. I dette kapitlet begrenser vi derfor beskrivelsen av styringsmodellen til det vi mener er et nødvendig minimum for å kunne starte med utprøvinger, og fortsette arbeidet med å etablere felles rammer og anbefalinger for anskaffelser. Dette er et viktig arbeid som er sterkt etterspurt i sektoren (mer enn 80% av kommunene ønsket slike rammer) og det vil være et naturlig startpunkt for å realisere «Markedsplassen».

På sikt, dersom det innledende arbeidet bærer frukter, vil det være gode muligheter for å bygge videre på den kompetansen som sentrale prosjektressurser i KS har etablert.

Det legges i første omgang opp til et samarbeidsprosjekt mellom enkeltkommuner eller mindre grupper av kommuner, KS, NHN og leverandørene. Den enkelte utprøvkommune vil være ansvarlig for å gjennomføre utprøvkommunen i egen kommune. Hver deltagende kommune tar dermed også selv ansvar for å finansiere og organisere egne prosjektaktiviteter og -ressurser. Samtidig må det avtales hensiktsmessig avtalestruktur, der roller og ansvar mellom alle deltagende parter reguleres ifm. utprøvingene.

Evnen til å samordne, koordinere og fasilitere arbeidet, resultatene og læringen fra utprøvingene blir sentralt. Dette vil være en av de viktigste oppgavene til de sentrale ressursene i KS. Ikke minst for å unngå at resultatet av utprøvingene kun blir enkeltstående utprøvinger i en eller flere kommuner, men at det skjer systematisert læring mellom kommunene og at vellykkede resultater kan skaleres og utbredes. I tillegg må erfaringene fra utprøvingene sees opp mot videre utvikling av rammebetingelser for kommunal sektor, finansieringsordninger og virkemidler for å møte fremtidens bærekraftsutfordringer.

Disse oppgavene er nokså sammenfallende med de oppgaver KS allerede er gitt av medlemmene og vil kunne sees i sammenheng og i synergi med disse. Samtidig vil en videreføring i tråd med anbefalingene i styringsdokumentet kreve et minimum av dedikerte ressurser utover de KS disponerer til oppgaver av tilsvarende karakter i dag.

NHN vil ha en sentral rolle, gitt at de får anledning til å delta i fortsettelsen av arbeidet.

7.4.1. Organisering av prosjektene

De sentrale ressursene forutsettes etablert i KS, og består som et minimum av to-tre årsverk med ansvar for å samordne og koordinere utprøvkommunene, resultatene og læringen samt bidra til videreutvikling av felles rammer og anbefalinger for anskaffelser og markedsplasse-konseptet.

For øvrig deltar kommuner med egne prosjektorganisasjoner for konkrete utprøvinger i de respektive kommuner. NHN bidrar med egne tekniske prosjektressurser og tilsvarende for de leverandører som måtte delta. Noen av samarbeidskommunene har også startet dialog om eventuelt samarbeid om anskaffelser med utgangspunkt i styringsdokumentets anbefalinger. Erfaringene herfra vil sees i sammenheng med videreutvikling av markedsplasse-konseptet.

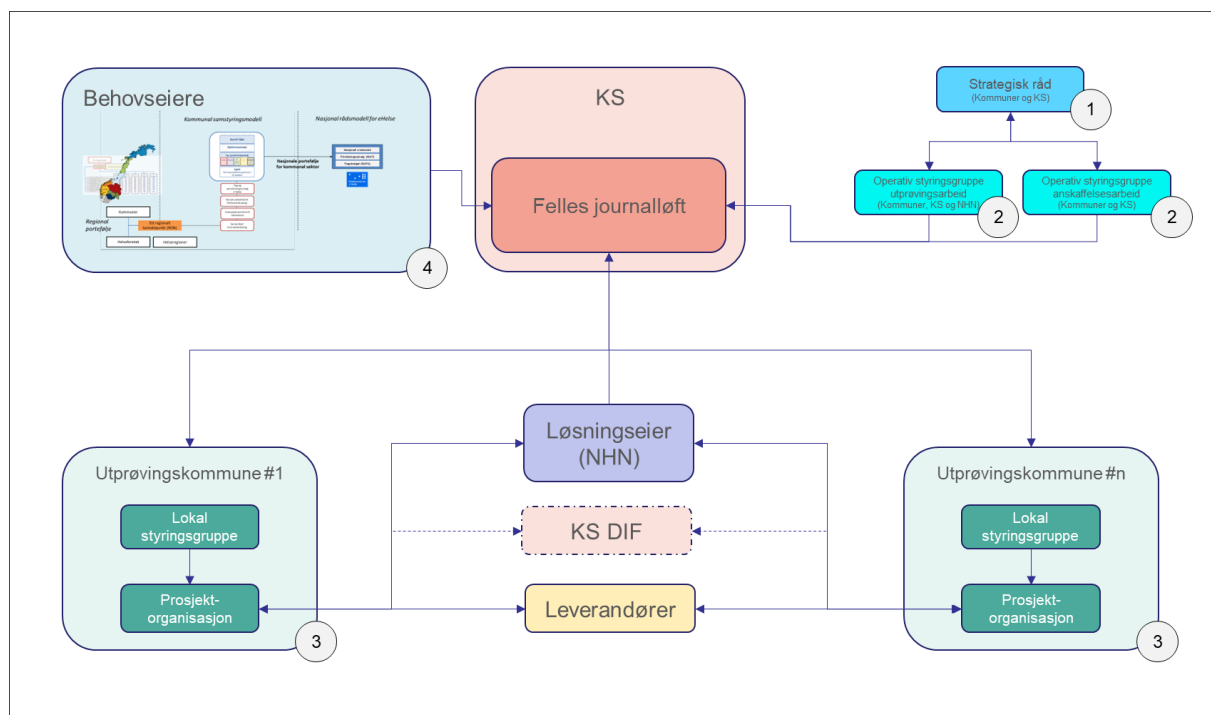
Styring skjer så langt som mulig via KS' etablerte styringsmodeller, primært samstyringsstrukturen. I tillegg vil KS, deltagende kommuner og eventuelt NHN inngå i en egen styringsmodell for utprøvkommunene generelt og for det enkelte utprøvkommunen og sees i sammenheng med videreutvikling av felles rammer og føringer for anskaffelser.

7.4.2. Styringsmodell

Styringsmodellen kan deles i to hoveddeler; styring av de sentrale ressursene, sett opp mot etablert forvaltningsstruktur i KS, og styring av de lokale utprøvkommunene, samt behovsstyring i valg og prioritering av utprøvkommunene. For sistnevnte vil det være naturlig å gjenbruke den etablerte

nasjonale samstyringsstrukturen for digitalisering, mens det anbefales å etablere egne styringsgrupper for det sentrale initiativet og eventuelt de lokale (kommunale) utprøvingene.

De forskjellige styringsnivåene, og hvordan de forholder seg til hverandre, illustreres i figur 21.



Figur 21: Forslag til styringsmodell for utprøvsprosjektene

Strategisk råd (1)

Et strategisk råd bestående av kommunedirektører fra deltagende kommuner, og eventuelt øvrige samarbeidskommuner, som sikrer forankring og samkjøring mellom to operative styringsgrupper (2). På sikt kan det være nyttig å vurdere å slå disse to operative styringsgruppene sammen i en felles styringsgruppe for arbeidet.

Operativ styringsgruppe for utprøvsarbeidet (2)

En operativ styringsgruppe for de felles og sentrale oppgavene og aktivitetene må bestå av representanter fra de deltagende aktørene, og vil ha et operativt ansvar for å sikre gjennomføring av de utvalgte utprøvsprosjektene. Det strategiske ansvaret, valg av utprøvsprosjekter ligger til den kommunale samstyringsstrukturen. Den operative styringsgruppen inkluderer samarbeidskommuner, KS, løsningseiere (eksempelvis NHN) og behovseiere. Den operative styringsgruppen for de sentrale prosjektressursene har følgende ansvarsoppgaver:

- Ansvarlig for fremdrift, økonomi og ressurser
- Sikre at sentrale ressurser gjennomfører avtalte oppgaver
- Sikre finansiering av alle prosjektaktiviteter som ikke dekkes i de lokale utprøvingene (NHN, eventuelle leverandørkostnader og sentrale ressurser)
- Sikre at innspill eller problemstillinger fra lokale styringsgrupper kan drøftes i fellesskap

Operativ styringsgruppe for anskaffelsesarbeidet (2)

En operativ styringsgruppe for de felles og sentrale oppgavene og aktivitetene må bestå av representanter fra de deltagende aktørene, og vil ha et operativt ansvar for å sikre det videre arbeidet med samarbeid om anskaffelser. Den operative styringsgruppen inkluderer samarbeidskommuner og KS. Den operative styringsgruppen har følgende ansvarsoppgaver:

- Ansvarlig for fremdrift, økonomi og ressurser
- Sikre at sentrale ressurser gjennomfører avtalte oppgaver
- Sikre videreføring av arbeidet med felles rammer og anbefalinger for anskaffelser

Styringsgruppe for lokale utprøvningsprosjekt (3)

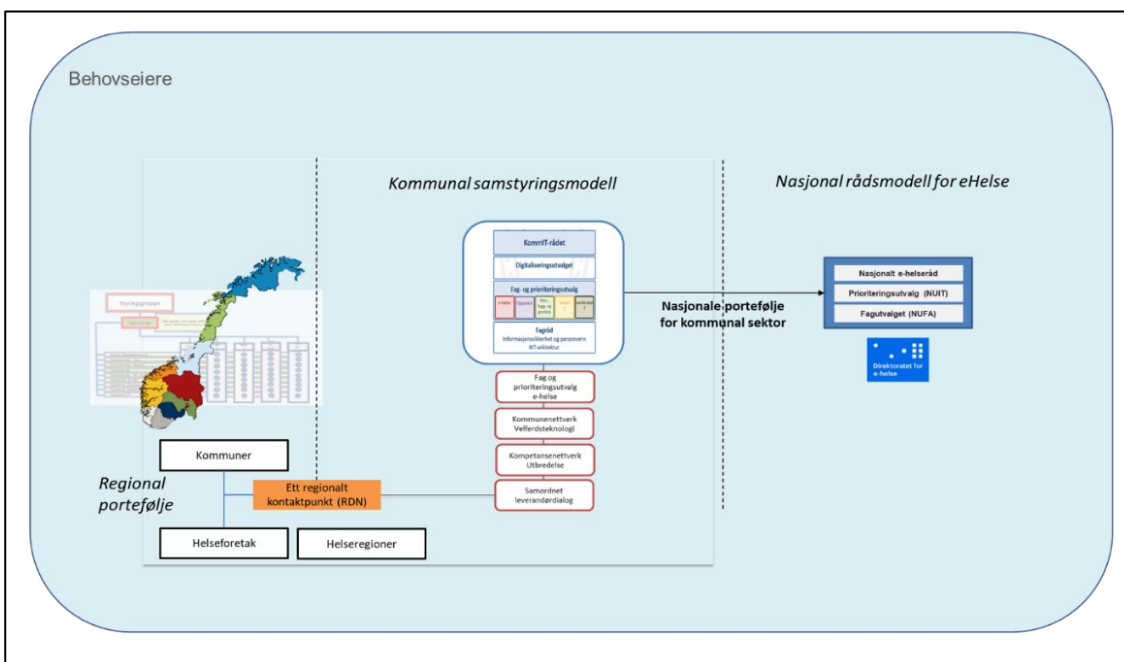
I hver utprøvningskommune bør det nedsettes en styringsgruppe som er ansvarlig for det lokale prosjektet som gjennomføres. Styringsgruppen har følgende ansvarsoppgaver:

- Sikre at prosjektet har nødvendig kapasitet, ressurser og økonomiske rammer for gjennomføring
- Sikre at prosjektet handler i tråd med kommunens bidrag og innspill i det nasjonale prosjektet
- Sikre at prosjektet har nødvendig fremdrift og koordinering med andre sentrale aktører
- Sikre innmelding av utfordringer og problemstillinger til de sentrale prosjektressursene
- Sikre intern forankring og eierskap i egen kommune (organisatorisk og ledelsesmessig)
- Forvalte avtalemessige relasjoner mellom leverandører og tjenesteeier

Behovsstyring og samstyringsstyringsstrukturen (4)

Regulerte behovsstyringsprosesser vil ivareta at medlemmenes løpende behov identifiseres, vurderes og prioriteres. KS' samstyringsstruktur (herunder KommIT-rådet) og KS administrasjon vil stå sentralt i behovsstyringsprosessene. Behovsstyringen vil bygge på erfaringer ervervet de siste årene. I tillegg vil det sees i sammenheng med Kommunal sektors ambisjoner på eHelse-området med tilhørende prioriteringer.

Felles journalløft er regnet som en av de digitale fellesløsningene i nasjonal portefølje for kommunal sektor på e-helseområdet. Utprøvningsprosjektene vil være resultat og realisering av felles prioriteringer, føringer og premisser fra kommunal sektor. Det er kommunene som er sentrale i å melde inn behov/forslag til fremtidige utprøvinger. Felles kriterier⁶² og videre forvaltning vil derfor være avgjørende for å sikre at forslagene som meldes inn er innenfor felles rammer og mål.



Figur 22: Kommunal samstyringsstruktur

⁶² Med kriterier for utprøving mener vi de fellesnevnerne vi legger til grunn for valg og prioritering av utprøvingstiltak

7.4.3. Samordning, koordinering og oppfølging av sentrale aktiviteter og oppgaver

På samme måte som for den ideelle organisasjonen, beskrevet i kapittel 7.3, vil de sentrale aktivitetene og oppgavene i første utprøvningsperiode først og fremst bidra til å sikre samordning, koordinering, eventuell ekstern finansiering og fasilitering av felles oppgaver, samt være pådriver for at vellykkede utprøvinger kan skaleres nasjonalt. I tillegg vil de spille en viktig rolle i å ivareta og videreutvikle det grunnlaget som er etablert gjennom samarbeidsprosjektet i et langsiktig perspektiv. Hovedforskjellen er at antall prosjektdeltagere er lavere, og at de som deltar derfor vil ha mer varierte oppgaver.

Hovedoppgavene vil være:

1. Koordinere utprøvningsprosjektene
2. Forvalte og videreutvikle målbildet definert av samarbeidsprosjektet FKJ
3. Videreutvikling av konsept for markedsplass.
4. Lede arbeidet med videreutvikling av felles rammer og anbefalinger for anskaffelser av EPJ-systemer, sett i relasjon til pågående arbeid innen tilgrensende områder som velferdsteknologi og legemiddelområdet.
5. Arbeide aktivt med informasjon til kommunene utover utprøvningskommunene, skalering og utbredelse i samarbeid med NHN og leverandørene
6. Arbeide for å sikre finansiering av sentrale prosjektaktiviteter og -oppgaver
7. Planlegge påfølgende aktiviteter, herunder også kommende utprøvinger

Disse oppgavene og aktivitetene vil sees som en integrert del av KS sine etablerte forvaltnings- og samordningsoppgaver, og vil i sin mest begrensede form bestå av to personer. De vil måtte løse flere varierte og tidkrevende oppgaver som vil stille betydelig krav til kompetanse, effektivitet og fleksibilitet. Oppgavene og aktivitetene vil i utgangspunktet fordele en grunnfinansiering fra de av deltagerne som har evne og vilje til å bidra. Finansiering kan skje direkte gjennom finansielle tilskudd eller indirekte ved avgivning av årsverk uten økonomisk kompensasjon. En tredje mulighet er å søke tilskudd via ulike tilskuddsordninger (KS FoU-ordning, skjønnsmidler og Digifin er mulige alternativ), og når den er etablert forventes det at Helseteknologiordningen vil kunne være en naturlig finansieringskilde.

På sikt vil arbeidet potensielt også måtte vokse i takt med oppgavene, og da vil ansettelse, innleie eller innlån av flere personer være en tilsvarende viktig oppgave.

7.4.4. De deltagende parters roller og ansvar

I utprøvingene vil det inngå ressurser fra de viktigste aktørene, utprøvningskommunene med sine lokale prosjektorganisasjoner, NHN med teknisk kompetanse, KS med støtteressurser og leverandører med kunnskap om de aktuelle tjeneste- og sluttbrukerløsningene. En tydelig ansvars- og oppgavedeling mellom de sentrale prosjektressursene, utprøvningskommune og øvrige aktører vil være helt sentralt.

KS:

KS vil ha ansvaret for samordning og koordinering av behov, samt forvaltning av portefølje og dialog/kommunikasjon med andre aktører, i tråd med kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet. Overordnet betyr dette:

- Samordne, forvalte og videreutvikle visjonene, strategien og tilhørende målbilde for felles journalløft slik at behovene fra kommunene blir løst over tid
- Koordinere prosess med innspill og forankring til innmeldte utprøvningsforslag og behov i de ulike fora i kommunal samstyringsmodell, inkludert beslutning og forankring i KommiT rådet
- Forvalte nasjonal portefølje for kommunal sektor der utprøvningsprosjektene inngår
- Være vertsorganisasjon for prosjektet og følge opp etter etablerte rapporteringslinjer
- Håndtere dialog med nasjonale myndigheter og andre nasjonale aktører (knyttet til rammebetingelser og videre vei), samt leverandørdialog eller andre interessepolitiske aktører
- Samordne, forvalte og videreutvikle felles premisser i arbeidet fra kommunal sektor

- Delta i strategisk og operative styringsgrupper for arbeidet og sørge for forankring via den kommunale samstyringsstrukturen

KS, og prosjektressursene, skal i tillegg gjennomføre sine hovedoppgaver sett inn mot arbeidet med samordning, koordinering og fasilitering i KS for øvrig. Dette innebærer blant annet å:

- Følge opp at de respektive utprøvningsprosjektene har nødvendig kapasitet og kompetanse og fungerer effektivt
- Bidra til styringsgruppens ansvar for å sikre at pågående og planlagte aktiviteter har en – til enhver tid – relevant og dekkende finansiering
- Håndtere interessenter på en god og tillitsskapende måte
- Håndtere mål, rammebetingelser og planer
- Håndtere avvik løpende, samt sikre at risikostyring ligger til grunn for vurderingene
- Melde fra så tidlig som mulig om avvik eller utviklingstrekk som står i fare for å kunne overskride tildelte rammer for tid, kost og/eller mål. Tilsvarende må prosjektkostnader og avtaler følges opp og styres
- Sikre åpenhet internt og eksternt
- Bidra inn i øvrige arbeid i KS med å koordinere inn mot nasjonale myndigheter og holde seg oppdatert på hva som skjer i sektoren
- Forvalte, videreutvikle og formidle arbeidet med å etablere felles rammer og anbefalinger for kommunale anskaffelser av journalsystemer
- Utarbeide og forvalte nødvendig malverk
- Forvalte og videreutvikle kriterier for valg av utprøvningsprosjekt
- Bidra aktivt for å sikre forvaltning og prioritering av fremtidige anbefaling om utprøvningsprosjekt (i samarbeid med deltagende kommuner, NHN og aktørene i samstyringsstrukturen)
- Planlegge og initiere utprøvinger i utprøvningskommuner for prioriterte behov
- Arbeide aktivt for informasjon til kommuner utenom utprøvningskommunene, med fokus på videre skalering og utbredelse
- Utarbeide et felles planverk for planlegging, gjennomføring og implementering av utprøvningsprosjektene som utprøvningskommunene og andre aktører kan forholde seg til
- Felles koordineringsmøter og erfaringsdeling for involverte aktører (utprøvningskommuner, leverandører, løsningseiere mm)
- Felles prosjektmateriell der dette er mulig for tilpasning og videreutvikling i egen kommune (ROS, DPIA, gevinstkartlegging, kost/nytte)
- Bidra inn i dialog med nasjonale aktører knyttet til videre nasjonal satsing i retning av endelig mål bilde
- Bidra med å etablere og forvalte relevant og nødvendig avtaleverk mellom aktørene i en utprøving
- Sikre at kommunene kan få råd fra relevante kompetansemiljø innen ulike områder (juridisk, avtalemessig, teknisk mm)
- Delta i utarbeidelsen av løsningsarkitektur (i samarbeid med tekniske ressurser i utprøvningskommunene)
- Sørge for etablerte kontaktpunkter og rutiner ved feilretting, hendelser eller andre problemstillinger mellom aktørene, i tråd med etablerte forvaltningsrutiner mellom kommunal sektor og NHN
- Støtte i test og implementering i samarbeid med utprøvningskommunene (vurdere hvordan kompetansenettverk utbredelse kan understøtte dette arbeidet)
- Håndtere sekretariats- og administrative oppgaver, økonomi og ressursoppfølging
- Rapportere til styringslinje på fremdrift, økonomi, planverk mm

Utprøvningskommune

Utprøvningskommunene vil selv være ansvarlig for egen prosjektorganisasjon for gjennomføringen av utprøvingen. Utprøvningskommunen skal sikre koordinering, prioritering og gjennomføringsevne i egen organisasjon både organisatorisk, juridisk og teknisk. Overordnet betyr dette:

- Omsette felles planverk (fra sentrale prosjektressurser) til en realistisk og gjennomførbar prosjektplan i egen kommune
- Ha dialog med egne leverandører som er relevante for utprøving (sentrale prosjektressurser bistår ved behov og mer informasjon)
- Etterspørre og avsette kompetanse og ressurser nødvendig i utprøvningsperioden
- Etablere plan for opplæring/informasjon i egen kommune (til berørte tjenesteområder samt sentral administrasjon)
- Etablere plan for teknisk gjennomføring i egen kommune (integrasjoner, brannmur/port arbeid, dokumentasjon, rutiner ved feil mm)
- Etablere plan og rutiner ved hendelser
- Gjennomføre og oppdatere ROS, DPIA og gevinstplan for egen kommune
- Delta i felles test med sentrale prosjektressurser og sentrale aktører
- Lede implementering i egen kommune
- Signere relevante avtaler (databehandleravtale, drift eller tjenesteavtale mm)
- Gjennomføre merkantile prosesser i forhold til egne leverandører og kontrakter
- Oppdatere og forvalte informasjon og dokumentasjon i egen kommune (opplæringsmateriell, teknisk informasjon, ROS, DPIA, gevinstplan mm)
- Informere og forankre i egen kommune
- Delta i erfaringsdelings- og koordineringsmøter med sentrale prosjektressurser og andre sentrale aktører
- Rapportere til sentral styringsgruppe på fremdrift og eventuelle utfordringer/hindringer
- Delta i styringsgruppe for arbeidet
- Bidra med å dokumentere effekter, erfaringer og anbefalinger fra utprøvingene til eventuell nasjonal skalering av den aktuelle tjenesten
- Bidra inn i følgeforskning der det er hensiktsmessig

Løsningseier (NHN):

NHN vil ha et overordnet ansvar for tjenestene, inklusive den tekniske løsning, arkitektur, test og implementering (på sin side). Tjenestene utvikles i tråd med NHN sin til enhver tid gjeldende strategi og baserer seg på gjenbruk av etablerte løsningsmønstre. Utvikling og utprøving av de respektive tjenestene forutsetter inngående vurderinger av skalerbarhet. Overordnet vil dette bety:

- Utarbeide tjenestebeskrivelse, for de respektive utprøvningsprosjektene, basert på gjenbruk av løsningsmønstre i NHN sin programvareinfrastruktur. Dette inkluderer blant annet:
 - Utarbeide løsningsarkitektur og teknisk informasjon
 - Gjennomføre grundig ROS av nye løsninger
- NHN skal avsette nødvendige ressurser og kompetanse for å gjennomføre utprøvingene
- Tett dialog med utprøvningskommunene og leverandører
- Koordinere arbeidet når dette er naturlig
- Opprette rutiner og plan for kontakt ved hendelser
- Spille en sentral rolle i test og implementering (på sin side)
- Rapportere til sentral styringsgruppe ift. fremdrift og eventuelle utfordringer/hindringer
- Delta i den operative styringsgruppen for arbeidet
- Gjøre vurdering og anbefaling av de respektive utprøvingene, spesielt sett opp mot mulighetene og begrensningene for skalerbarhet og samhandling med øvrige helseaktører

Helse- og omsorgsdepartementet har i brev til KS skissert fire forutsetninger for at NHN kan bidra i realisering av utprøvingene. Gitt en situasjon der ett eller flere av disse ikke innfris og HOD sier nei til

videre deltagelse for NHN er det vanskelig å se for seg hvordan prosjektet kan gjennomføres i nåværende form, i et overskuelig tidsperspektiv.

Leverandørene:

Leverandører er helt sentrale bidragsyttere i utprøvningsprosjektene. Overordnet betyr dette:

- Utvikle egne EPJ i tråd med grensenitsspesifikasjoner fra NHN og samordnende behovsbeskrivelser fra KS og deltakende kommunene, inklusive
 - Utarbeide teknisk løsningsarkitektur
 - Utarbeide oppdatert dokumentasjon
- Gjennomføre nødvendige merkantile prosesser ovenfor utprøvningskommune
- Signere relevant avtaleverk (databehandleravtale, drift eller tjenesteavtale)
- Gis mulighet til å delta i koordinerings- og erfaringsdelingsmøter med KS, utprøvningskommuner og andre sentrale aktører
- Gjennomføre utvikling av ønsket funksjonalitet i tett samarbeid med relevante ressurser i utprøvningskommune
- Delta i leverandørdialog med KS for å sikre innspill og forankring til fremtidige behov
- Rapportere til utprøvningskommune ift. fremdrift og eventuelle utfordringer/hindringer

7.5. Rettslige avklaringer

Uansett hvilken innretning vi velger på prosjektet, ref. kapitlene over, vil NHN være en helt sentral og aktør i arbeidet. I og med at NHN er en statlig virksomhet og skal levere tjenester til kommunene må man vurdere om dette faller inn under Anskaffelsesregelverket og/eller forbudet mot statsstøtte som følger av EØS-avtalens artikkel 61.

Vi har innhentet en foreløpig rapport fra Kvale Advokatfirma DA som gjennomgår grunnlag og mulige løsninger knyttet til utprøvningsperioden generelt og de to tiltakene «Oversikt over kommunale tjenester» og «NEWS2 målinger» spesielt. En sammenfatning av konklusjonene p.t. presenteres i det følgende.

Kvale er også i ferd med å ferdigstille en større rapport knyttet til de rettslige spørsmålene totalt, gitt ulike faser og organisasjonsmodeller.

7.5.1. Statsstøtte

Spørsmålet som må avklares er om de tjenester som leveres kan vurderes som «ikke-økonomisk virkelighet». Kvale sin konklusjon er som følger:

«Vi mener FKJ-tjenestene trolig kan anses som ikke-økonomiske aktiviteter, slik at finansieringen av tjenesteleveransene ikke regnes som statsstøtte i EØS-avtalens forstand. Vi tror derfor ikke det er behov for å innhente ESAs forutgående godkjenning før prosjektet iverksettes.»⁶³

Bakgrunnen for vurderingen er at det finnes rikholdig praksis som tilsier at helsetjenester som del av, eller nært tilknyttet offentlig myndighetsutøvelse, eller som en del av det solidariske og offentlig finansierte helsevesen, utgjør ikke-økonomisk virksomhet.

Løsningene som foreslås utprøvd vil være en del av eller tett tilknyttet det offentlige kjernevirksomhet og vårt solidarisk finansierte helsevesen som kommer hele befolkningen til gode. På denne bakgrunnen ses det som sannsynlig at NHNs mulige leveranse av de aktuelle tjenestene ikke vil bli vurdert som utøvelse av økonomiske aktiviteter i EØS- rettslig forstand. Det innebærer at det er statsstøtterettslig uproblematisk for det offentlige å finansiere tjenestene i utprøvningsfasen.

Staten har i brev til KS bedt om en vurdering av om det er behov for rettslige avklaringer med ESA for rettslig sikkerhet.

⁶³ En notifikasjon bør likevel vurderes for FKJ-prosjektet i sin helhet når den tid kommer.

Når det gjelder hele prosjektet er det sannsynligvis fornuftig med en full notifikasjon for rettslig sikkerhet. Det er dels pga. prosjektets omfang, at det finnes markedsaktører med klagevilje, samt at den såkalte markedsplassen i FKJ-prosjektet (ikke en del av utprøvningsfasen utover de konkrete tiltak som gjennomføres for samordning overfor leverandørene samt en videreutvikling av markedsplassekonseptet), gjør at FKJ-prosjektet skiller seg noe fra tidligere notifikasjoner.

Når det gjelder den begrensede utprøvningsfasen er situasjonen annerledes. Det kan argumenteres svært godt for at det dreier seg om ikke-økonomiske aktiviteter og i tillegg er markedsplassen ikke en del av utprøvningsfasen utover tiltakene for samordning overfor leverandørmarkedet. Vi anser også risikoen for klager som begrenset.

Ut fra en kost/nytte-vurdering anbefales derfor ikke en notifikasjonsprosess for utprøvningsfasen.

7.5.2. Anskaffelsesregelverket

Utgangspunktet er at kommunene er pliktsubjekter i hht. anskaffelsesreglene og det betyr at tjenestekontrakter som utgangspunkt skal konkurransenutsettes. Brudd på disse reglene kan medføre annullering av kontrakter og bøter. I det følgende tas det stilling til om, og i tilfelle hvordan, kommunene kan erverve utprøvnings tjenester fra NHN uten at de må konkurransenutsettes.

Kvale konkluderer med at det er mulig og skriver:

«Tre alternativer utpeker seg som særlig aktuelle for at NHN skal kunne levere utprøvnings tjenester i en utprøvningsfase i overenstemmelse med anskaffelsesreglene:

- *Å erverve utprøvnings tjenester fra NHN uten at det inngås gjensidig bebyrdende kontrakter ved at kommunene mottar tjenestene gratis.*
- *Å pålegge NHN å levere tjenestene gjennom forskrift med tilhørende betalingsregulering, slik at det ikke inngås gjensidig bebyrdende kontrakter.*
- *Anvendelse av unntaket for offentlig-offentlig samarbeid (anskaffelsesforskriften § 3- 3) ved at det inngås en reell samarbeidsavtale mellom NHN og mottakerkommunene for de aktuelle tjenestene.»*

Vi vurderer de to første punktene over som lite sannsynlig i den foreliggende politiske situasjonen. Det er ingen ting som tilsier at staten skulle ønske å levere disse tjenestene gratis og det er heller ikke veldig sannsynlig at man vil/kan forskriftsfeste bruken. Det etterlater oss med muligheten om å etablere utprøvingene i et offentlig-offentlig samarbeid der det inngås en reell samarbeidsavtale mellom NHN og mottakerkommunene.

Kontraktene må inngås utelukkende mellom to/flere oppdragsgivere, og etablere eller gjennomføre et samarbeid:

- som har til formål å sikre at offentlige oppgaver blir utført for å oppnå et felles mål (**samarbeidsvilkåret**)
- som blir utført utelukkende av hensyn til offentlige interesser (**interessevilkåret**)
- der mindre enn 20 prosent av aktivitetene som samarbeidet omfatter, blir utført for andre enn oppdragsgiverne (**aktivitetsvilkåret**).

Samarbeid er et overordnet krav, der forening av krefter for å løse offentlige oppgaver utfra en felles strategi står sentralt. Samarbeidet behøver ikke være symmetrisk, men det må som et minstekrav innebære mer enn kostnadsdekning der en part utfører offentlige oppgaver på vegne av den andre.

Ettersom det dreier seg om utprøving av tjenester knyttet til offentlige helseoppgaver vurderes hhv. interesse- og aktivitetsvilkårene som oppfylt.

Når det gjelder samarbeidsvilkåret er det ikke like åpenbart, men det er to grunner til at det kan argumenteres for at kriterier er oppfylt. Selv om kommunene først og fremst bidrar i samarbeidet med

penger vil de også bidra med å fasilitere utprøvingene, med kunnskap og kompetanse fra egne klinikere og kommunalt ansatte for øvrig, og dermed reelle utprøvingstilgjø.⁶⁴ I tillegg er det også verdt å bemerke at NHN sine tjenesteleveranser er en del av et overordnet samarbeid om å levere helsetjenester i Norge, og at de tjenestene som skal prøves ut leveres som en del av dette helhetlige samarbeidet.

Alt i alt er konkluderes det med at det er sannsynlig at utprøvingene kan gjennomføres i henhold til unntak for offentlig-offentlig samarbeid. Når det gjelder videre samarbeid om en fremtidig tjenesteleveranse vil spørsmålet bli noe mer krevende og det er liten rettspraksis på området. Derfor anbefales det å arbeide videre med spørsmålet i samarbeid med gjeldende nasjonale og internasjonale myndigheter.

7.5.3. Øvrige regelverk

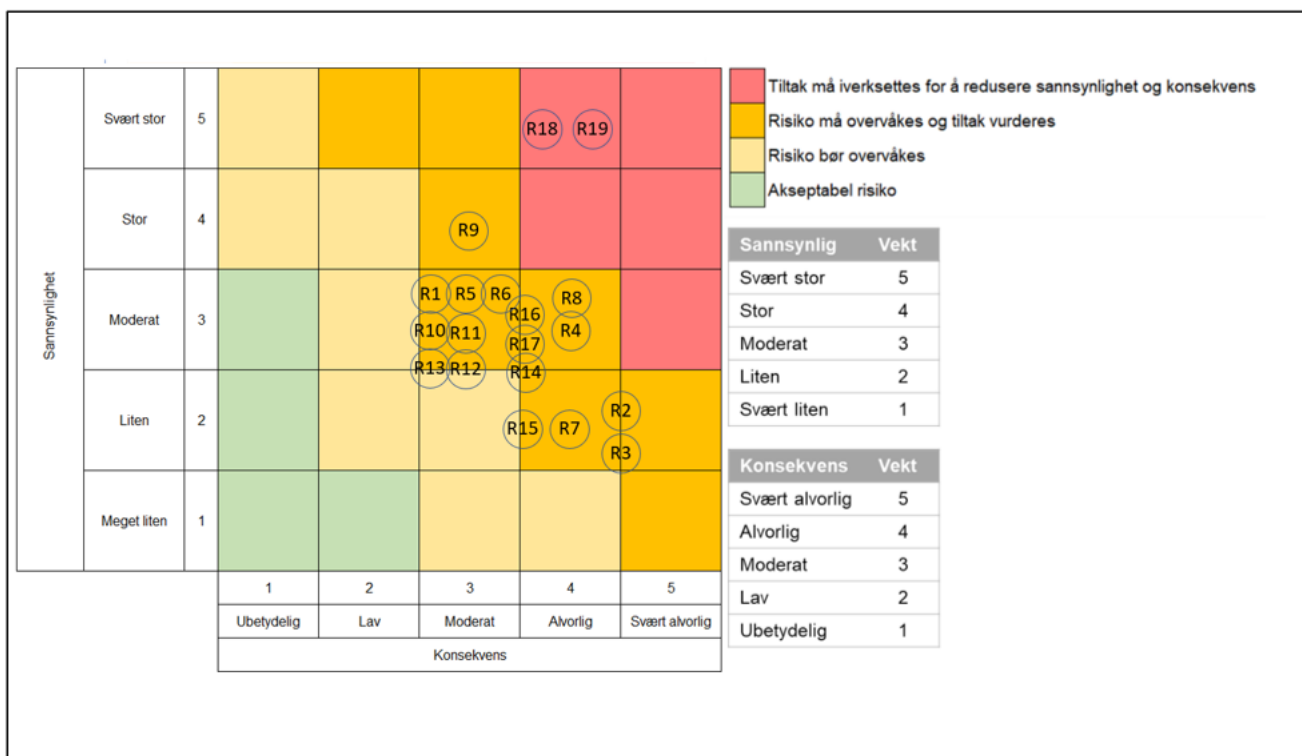
Det vurderes ikke som at det er andre regelverk (helselovgivning, GDPR osv.) som legger hindringer i veien for disse spesifikke utprøvingene. Kommunene bruker allerede NHN sin infrastruktur og løsninger til å løse en rekke av sine oppgaver uten at det representerer noen kjent utfordring.

7.6. Risikoregister for utprøvsperioden

Prosjektet vil være utsatt for usikkerhet, både risikofaktorer og muligheter, som kan påvirke måloppnåelsen. I den påfølgende risikomatriksen er de sentrale risikofaktorene listet opp og klassifisert i henhold til beskrivelsen ovenfor. Den største risikoen i utprøvsperioden er knyttet til finansiering.

I tillegg vil det måtte gjennomføres en oppdatert risikovurdering i forbindelse med hver utprøvsing.

Risikoene i matrisen er sortert med utgangspunkt i kapittelstrukturen i styringsdokumentet. Informasjonssikkerhet og personvern er ikke omtalt i risikomatriksen fordi dette er behandlet spesielt i bilagene 5.1 og 5.2 for realisering av prosjektet og målbildet.



Figur 23: Risikomatriks første utprøvsperiode

⁶⁴ Her menes de kliniske og operasjonelle miljøene i kommunen som man ellers måtte modellert eller simulert som alternativ

Risikoområde	ID	Årsak	Konsekvens- beskrivelse	Konsekvens	Sann- synlighet	Tiltak
Prioritering av behov	R1	Ulike behov fra ulike tjenester/profesjoner	Mister momentum Dårlig forankring	Moderat	Moderat	Åpenhet og god kommunikasjon Implementere og følge prosess for behovsprioritering
Overordnet målilde	R2	Resultatet av konkrete utprøvinger svekker realisering av målbildet	Målbildet forsinkes eller lar seg ikke realisere	Alvorlig/ svært alvorlig	Liten	Vektlegge strategisk konsekvens av ulike utprøvingstiltak, før valg og i de faste lærings- og beslutningspunktene i utprøvingene
	R3	Manglende samarbeid og koordinering av utviklingsaktiviteter i sektoren	Målbildet forsinkes eller lar seg ikke realisere	Alvorlig/ svært alvorlig	Liten	Styrke kommunesektorens samhandling og koordinering generelt og HTO-bruk spesielt
Interessenter	R4	Enkelte, eller grupper av, interessenter motarbeider prosjektet eller målbildet	Prosjektet svekkes, blir forsinket eller stoppes	Alvorlig	Moderat	Åpenhet og god kommunikasjon Sikre reell og opplevd involvering og medvirkning
	R5	Lykkes ikke med å mobilisere kommuner som ikke deltar i utprøvningsprosjektene	Redusert forankring	Moderat	Moderat	Aktivt arbeid med forankring og mobilisering i kommunesektoren. Utarbeide informasjonsmaterieell som kan benyttes i arbeidet med forankring og mobilisering. Etablere og informere om viktige valg kommunene utenfor utprøvingene burde ta i forkant av deltagelse
	R6	Negativ medieomtale	Mister momentum Redusert forankring	Moderat	Moderat	Løpende oppdatering av kommunikasjons- og mediestrategi Sikre god informasjon til og bred involvering av alle interessenter Etablere gode og faste arenaer for involvering
Ramme- betingelser	R7	Eksisterende rammebetingelser står absolutt eller i praksis i veien for realisering av prosjekt og/eller målbildet	Prosjektet og eller målbildet lar seg ikke realisere	Alvorlig	Lav	Belyse og tydeliggjøre eventuelle begrensninger i rammeverket Ta opp behov for lov-/forskrifts-/regelendringer med relevant myndighet Søke unntak fra gjeldende regelverk

Prosjektstyring	R8	Sviktende eller forsinket mobilisering av sentrale ressurser	Prosjektets gjennomføringsevne svekkes Forsinkelser Prosjektet stopper	Alvorlig	Moderat	Utarbeide tydelige mandater og fullmakter. Klart definerte kompetansebehov. Vekt på å videreføre kompetanse til gjennomføringsfasen. Skalerbar organisasjon
	R9	Kapasitet og kompetanse er ikke tilstrekkelig		Moderat	Stor	
Gjennomføring	R10	Feil forventninger	Ikke oppnådd effekt	Moderat	Moderat	Tydelige og omforente forventningsbeskrivelse Følge opp gjennom hele utprøvsperioden
	R11	Manglende evne/vilje/kapasitet	Ikke gjennomført utprøving	Moderat	Moderat	Sikre tilstrekkelig kapasitet før oppstart og underveis Tett dialog med alle deltagere og vertskommuner (inkl. NHN)
	R12	Sprekk på rammer (tid og kostnad)	Ikke gjennomført utprøving	Moderat	Moderat	Tydelige og omforente forventningsbeskrivelse Tilstrekkelige og realistiske rammer Tett prosjektoppfølgning Tett oppfølging i de faste lærings- og beslutningspunktene i utprøvingene
	R13	Mangelfull koordinering mot pågående prosjekter og programmer	Redusert forankring	Moderat	Moderat	Utarbeide krav til beslutningsunderlag. Etablere avtaler og felles planer mellom prosjekter som har leveranser som avhenger av hverandre.
	R14	Manglende leverandør-involvering	Ikke gjennomført utprøving	Moderat/ alvorlig	Moderat	Forpliktende avtaler Tett oppfølging
Styring	R15	Svakt definert/ikke-fungerende styringsmodell	Prosjektets gjennomførings-evne svekkes Forsinkelser Prosjektet stopper	Moderat/ alvorlig	Liten	Definere og følge opp tydelig omforent styringsstruktur Sikre reell og opplevd involvering og medvirkning
	R16	Samarbeidsproblemer		Moderat/ alvorlig	Moderat	Sikre reell og opplevd involvering og medvirkning God operativ prosjektledelse - ta tak i potensielle konflikter tidlig

	R17	Ulike strategiske veivalg		Moderat/ alvorlig	Moderat	God operativ prosjektledelse - ta tak i potensielle konflikter tidlig Prioritere etablerte valg, sikre bred involvering i nye valg
Finansiering	R18	Manglende investeringsvilje/-evne for prosjektet	Prosjektet stopper	Alvorlig	Svært stor	Dialog i og med berørte parter i kommunal sektor
	R19	Manglende investeringsvilje/-evne for utprøvningsprosjektene	Prosjektet stopper	Alvorlig	Svært stor	Dialog i og med berørte parter i kommunal sektor Søke å utnytte mulighetene i Helseteknologiordningen fra 2024

Tabell 19: Risikoregister for første gjennomføringsperiode

8. PROSJEKTOMFANG

Kapitlet beskriver foreslått prosjektomfang for utprøvsperioden. Utarbeidelse av tilsvarende planer for videreføring av utprøvsarbeidet og en eventuell fremtidig realisering av hele målbildet, vil være en del av arbeidet i utprøvsperioden.

For å kunne styre ønsket utviklingsretning på lang sikt og innenfor gjeldende tidsramme baserer programmet seg på en smidig realiseringslinje. Det betyr at planer for leveranser på kort og mellomlang sikt vil detaljeres mer enn dem på lengre sikt.

I utprøvsperioden anbefales det at følgende hovedprodukter utarbeides av de sentrale prosjektressursene. Oppgavene er delt inn i fire områder, men det er ikke lagt opp til dedikerte ressurser for hvert område. Områdene er:

- **Konsept**
 - Etablerte betingelser for utprøvsinger som leder mot målbildet
 - Et ferdig utviklet og oppdatert plattformkonsept
 - Et ferdig utviklet og dokumentert markedsplasskonsept
 - En plan for videre utprøvsinger etter første gjennomføringsperiode
- **Utprøvsing**
 - To utprøvsinger som skal gi læring og bevise at gjennomføringsstrategien vil gi direkte verdi både for utprøvsingsaktørene og i retning av målbildet
- **Prosjektledelse**
 - Oppdatert plan for videre realisering av målbildet
 - Nedbrytning mål til prioriterte delleveranser
 - Etablerte planer for gjennomføring av utprøvsperioden
 - Etablerte rutiner for prosjektet, herunder risiko, kostnader, omfang og ressurser
 - Beslutningsunderlag for pågående drift og overgang til neste periode
- **Kommunikasjon**
 - Interessentanalyse
 - Kommunikasjonsstrategi/-plan
 - Tiltaksplan

Det er i områdene konsept og utprøvsing de sentrale ressursene vil jobbe direkte med å realisere målene for utprøvsperioden i 2023 og 2024, mens områdene knyttet til prosjektledelse og kommunikasjon er nødvendige for at prosjektet skal kunne lykkes, både i utprøvsperioden og i planleggingen av og overgangen til videre utprøvsarbeid. De forskjellige produktene er i stor grad avhengige av og bygger på hverandre, og vil i større eller mindre grad kunne utføres i samarbeid med, eller innenfor de eksisterende rammene og strukturene i KS

De forskjellige områdene består hovedsakelig av:

Konsept

En av hovedoppgavene i utprøvsperioden vil være å videreutvikle konseptene for både plattformen og markedsplassen. Dette handler om å utvikle konseptene basert på læring fra utprøvs-aktivitetene, i tillegg til at konseptet vil utvikles basert på øvrige endringer i sektoren og samfunnet. Et eksempel kan være endringer i eksisterende rammebetingelser som tillater

enklere deling av data mellom forskjellige kommuner. De sentrale ressursene vil innarbeide disse endringene, i tillegg til at de vil kunne være en pådriver for at de faktisk skjer.

Det betyr at de vil arbeide med å etablere planer for og planlegge realisering av målbildet for både plattformen og markedsplassen. Dette vil måtte gjøres i tett samarbeid med de deltagende aktørene.

Arbeidet med konseptet er en direkte etterfølger av arbeidet som har blitt gjort i samarbeidsprosjektet Felles kommunal journal fra 2021 til 2023, og det vil pågå frem til målbildet er endelig realisert.

Utprøving

Det skal gjennomføres to utprøvinger i 2023 og 2024. Hver utprøving skal følge en tilnærmet lik metode, med en forberedelses-, en utprøvnings- og en evalueringsfase. Etterfølgende utprøvinger vil kunne innarbeide læring fra foregående utprøvinger, noe som vil bidra til at kvaliteten økes og risikoen for å mislykkes reduseres. Dette forutsetter godt samarbeid mellom kommuner, leverandører, KS og NHN, i tillegg til at øvrige interessenter også må håndteres på en god måte.

De to utprøvingene er i den overordnede tidsplanen illustrert med varighet på 12 måneder, men dette er kun en illustrasjon av den maksimale lengden på en utprøving. I noen tilfeller vil det være mulig å gjennomføre utprøvinger raskere, i tillegg til at de raskt skal kunne avsluttes dersom det blir tydelig at de ikke vil gi de ønskede resultatene. Planleggingen av dette vil finne sted i starten av utprøvningsperioden.

Prosjektledelse

De sentrale ressurser vil etablere overordnede planer, fremdriftsplaner, kvalitets- og risikoppfølging, interessenthåndtering, budsjettering og rapportering, sekretariatsoppgaver, administrasjon og drift.

Prosjektledelsen vil i utprøvningsperioden etablere forslag til plan for det videre arbeidet med realisering av målbildet. Hovedleveransen vil være et oppdatert styringsdokument som beskriver den oppdaterte gjennomføringsplanen, inkludert videre organisering og finansiering etter første periode.

I tillegg vil prosjektledelsen mobilisere og koordinere de involverte aktørene, etablere rammer og rutiner og sørge for at gruppen er bemannet på en tilfredsstillende måte.

Kommunikasjon og forankring

Når prosjektet for utprøvningsperioden har et vedtatt mandat, må det utarbeides en oppdatert interessentanalyse og en strategi for kommunikasjons- og forankringsarbeidet. Involvering og forankring av interessentgruppene vil inngå i strategien, som vil beskrive prinsipper, retning og tiltak for ekstern kommunikasjon.

En nærmere beskrivelse av hvordan interessentene skal informeres og involveres gjennom ulike kommunikasjonstiltak kommer frem i en egen tiltaksplan. Dette vil være et dynamisk dokument som fungerer som et internt hjelpemiddel i kommunikasjons- og forankringsarbeid, og vil inneholde spesifikke tiltak og aktiviteter som skal gjennomføres overfor og i samarbeid med de ulike interessentgruppene.

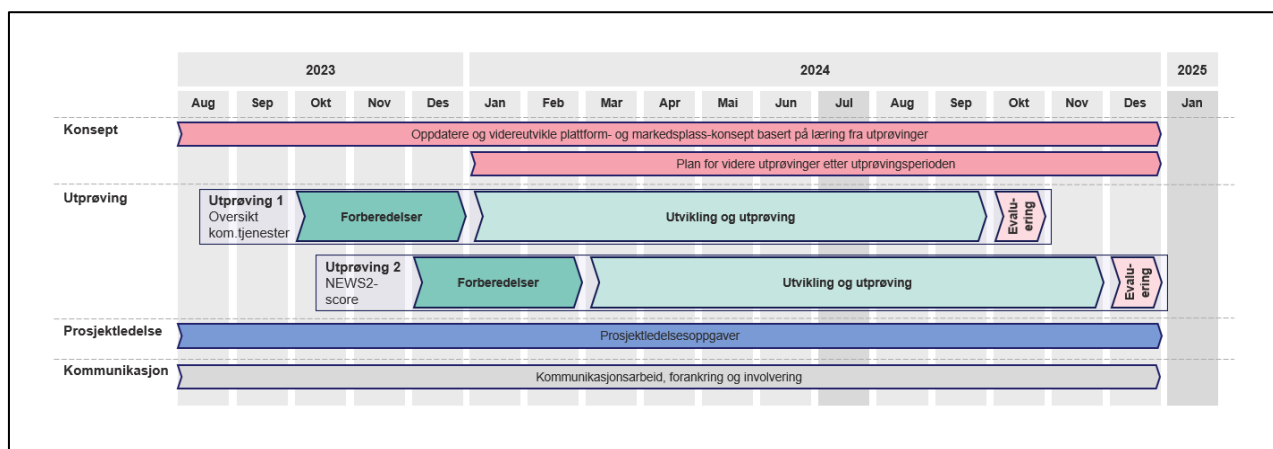
Det vil måtte arbeides med intern og ekstern kommunikasjon. Involvering og forankring hos definerte målgrupper (interessenter) vil være målet med aktivitetene. I tillegg vil det måtte sørges for bred involvering i, og forståelse for, arbeidet som gjennomføres.

9. TIDSPLAN

9.1. Overordnet tidsplan

Den overordnede tidsplanen for utprøvningsperioden strekker seg fra andre halvår 2023 og ut 2024.

Tidsplanen illustrerer de forskjellige hovedaktivitetene som det må jobbes med i forbindelse med utprøvinger og øvrige oppgaver, for å oppnå utprøvningsperiodens resultatmål. I tillegg viser planen hvordan de ulike aktivitetene kan danne grunnlag for en videreføring av utprøvningsaktiviteter fra 2025. Planen omfatter ikke perioden fra og med 2025, men den viser at én av oppgavene vil være å etablere planer for denne perioden. Detaljert planlegging av de ulike leveransene vil skje i forbindelse med oppstart av hver periode, og planen vil måtte oppdateres jevnlig gjennom perioden. Siden det er flere oppgaver enn ressurser vil de i stor grad måtte gjennomføres av de samme personene.



Figur 24: Overordnet tidsplan for perioden 01.08.23 – 31.12.24

10. BUDSJETT OG FINANSIERING

Dette kapitlet beskriver mulige finansieringsmodeller for perioden, og finansieringsbehovet for utprøvsperioden, i første omgang fra andre halvår 2023 og ut 2024. Behovet for finansiering er basert på gjennomføring gjennom den realistisk realiserbare organiseringen, beskrevet i kapittel 7.4. I slutten av dette kapitlet oppsummerer forventede nytteeffekter og hvilke samfunnsøkonomiske konsekvenser det er forventet at et realisert målbilde kan gi.

10.1. Finansiering

Spørsmålet om videre finansiering representerer fortsatt en betydelig usikkerhet, og er også den største risikoen i forhold til videreføring/realisering av prosjektet.

Det forutsettes at finansiering er sikret for at utprøvsprosjektene skal kunne gjennomføres. Manglende finansiering av prosjektet er identifisert som risikofaktor (R18 og R19) i risikoregisteret i kapittel 7, og det legges til grunn at det blir inngått forpliktende avtaler om finansiering mellom partene før oppstart av utprøvsinger.

Finansieringsbehovet for perioden 2023-2024 er firedeelt:

1. Finansiering av de sentrale prosjekttressursene (se kapittel 7.4)
Til gjennomføring av utprøvsingene er det beskrevet et behov for minimum to prosjekttressurser, plassert sentralt i KS. Disse skal planlegge og koordinere utprøvsingene sammen med aktørene, og i tillegg innarbeide erfaring og læring fra arbeidet, samt gjennomføre aktiviteter for å videreutvikle felles rammer og føringer for anskaffelser og videreutvikling av markeds plasskonseptet. Finansiering av disse er nødvendig for å kunne komme i gang med første utprøvsperiode, dersom de skal kunne ha effekt i retning av målbildet. Dette forventes finansiert av kommunesektoren og KS i fellesskap. Alternativt kan det finansieres via andre offentlige kilder.
2. Finansiering til gjennomføring av konkrete utprøvsinger i den enkelte kommune (se kapittel 6).
Utprøvsprosjektene forventes finansiert av kommunen, og i all hovedsak til selvkost. Det betyr at deltagende kommuner dekker egne kostnader til utprøvsingene, enten gjennom egne midler eller gjennom søknadsbaserte ordninger. Helseteknologiordningen, som etter planen skal være operativ fra 2024, kan så langt det er mulig innenfor kjente rammer, representere en naturlig kilde til å dekke utprøvsaktiviteter.
3. Finansiering av NHN sine aktiviteter
Finansiering av NHN sin deltagelse i prosjektet må dekkes av øvrige deltagere, enten gjennom innsatsbetaling eller tilbakebetaling over tid, eller så kan det også søkes om offentlig støtte der det er mulig og hensiktsmessig. Gitt ønsket om tilbakebetaling (avkastning på investering), må dette løses gjennom en tjenestepri modell. Hvis utprøvsingene anses som ordinær tjenesteutvikling, vil dette i seg selv gi avkastning for deltagerne. Uansett valg av modell for finansiering er det nødvendig at dette avklares og avtales før utprøvsingene startes. Det arbeides for bruk av DigiFin-ordningen som mulig finansieringskilde.
4. Finansiering av Leverandørenes aktiviteter
Dette vil langt på vei være på samme vis som for NHN, men med forbehold i den grad det utvikles løsninger som – i hht. forutsetningene – kan industrialiseres og globaliseres. I slik tilfelle kan man se for seg ulike modeller der leverandørenes enten tar sine

innledende kostnader selv og henter inn dette i fremtidig tjenesteprising, eller at kommunene får tilbake de utlegg de måtte hatt gjennom fremtidig andel av tjenestepris.

Finansiering av videre utprøvningsaktiviteter vil etter alt å dømme være tilnærmet like som for den første utprøvningsperioden, men dette vil måtte vurderes fortløpende gjennom perioden.

Kostnadsbærere

De delene av prosjektet som fordrer ulik type og grad av finansiering er:

- Sentrale prosjektpressurser (KS)
(Personalkostnader og øvrige felleskostnader – reiser, møter, husleie, IKT mm)
- Lokale (kommunale) utprøvningsprosjekt
(Personalkostnader, lisenskostnader, mm)
- NHN sine aktiviteter
(Fremtidig tjenestepris)
- Leverandørens aktiviteter
(Utviklingskostnader mm)

Øvrige aktiviteter bør kunne påregnes dekket av de deltagende aktørene.

Kommunal finansiering

Per dags dato er det ikke etablert noen enhetlig eller sikker (her i betydningen garantert og forutsigbar) kilde til finansiering av verken de sentrale prosjektpressursene, konkrete utprøvningsprosjekt eller kostnader hos NHN/leverandører. Det har kommet relativt tydelige signaler om vilje til direkte eller indirekte (utlån av ressurser) finansiering av spesielt lokale tiltak i den enkelte kommune, men også finansiering av sentrale ressurser. Det forutsettes naturlig nok en innsikt i budsjettmessige rammer og behov. I arbeidet med konkretisering av de ulike utprøvningsprosjektene vil vi presentere en overordnet vurdering av kostnadsposter. Tilsvarende vil vi kunne gi en sannsynlig kostnad for de sentrale prosjektpressursene (innlån fra kommunene, ansettelse eller ekstern innleie).

Oppsummert er det flere mulige former for kommunal finansiering som kan være aktuelle:

- Direkte som finansbidrag til felles prosjektpressurser
- Indirekte via lån av ressurser til sentrale prosjektpressurser (til selvkost)
- Direkte ved dekning av egne aktiviteter lokalt
- Direkte som investeringer som forventes tilbakebetalt gjennom fremtidige salgs-/lisensinntekter (Tjenesteprising, alle påløpte kostnader skal tjenes inn igjen på sikt).
Tilbakebetalingen forutsetter at utprøvingene gir positivt resultat og at det er betalingsvilje for bruk

Offentlige støtteordninger

Det er pekt på at det allerede finnes en rekke mulige offentlige finansieringskilder. KS har i samarbeid med prosjektet satt i gang arbeid med å skrive søknader, men det er foreløpig for tidlig å si noe sikkert om hvilke ordninger som kan gi resultat, hva slags bidrag (dvs. hvilken størrelse) de kan forventes å gi, og på hvilke betingelser. I det følgende presenteres en summarisk oversikt over relevante ordninger:

- *KS Finansieringsordning for digitaliseringsprosjekter (Digifin)*
Vil kunne være en kilde til hel eller delvis finansiering av tiltakene. Digifin har så langt blitt benyttet til løsninger med et kommunalt eierskap til løsningene. Det legger noen føringer for

hvordan eierskap kan organiseres og beskrives. Det jobbes med å utarbeide en søknad til Kommit-rådet hvor man ber om en «forhåndsgodkjenning» av en framtidig søknad som kan dekke NHN sine aktiviteter samt ev. felles ressurser i KS. En slik forhåndsgodkjenning forutsetter at NHN kommer opp med forhåndsestimater av sine kostnader til utprøvingene så raskt som mulig. En endelig godkjenning forutsetter at NHN gis anledning til å ta den ønskede rollen. Dette er igjen avhengig av en avklaring fra staten v/HOD knyttet til NHNs rolle.

- *KS FoU-ordning*
Mest aktuell for å finansiere sentrale ressurser i KS i utprøvsperioden, supplerer restmidler hos KS fra forprosjekt Akson. Ev. også forberedelser anskaffelser.
- *Skjønnsmidler fra Kommunal- og distriktsdepartementet*
Det kan søkes om støtte til større fornyingsprosjekter i samarbeid med andre kommuner innenfor tre hovedområder, i denne sammenhengen «Effektiv og framtidretta kommunesektor». KS har søkt midler fra denne ordningen per primo mai 2023.
- *Skjønnsmidler fra Statsforvalteren*
Kommuner kan søke statsforvalter om kommunale innovasjons- og moderniseringstiltak.
- *Offentlig programfinansiering*
Ikke aktuelt i nåsituasjonen
- *Annen offentlig finansering*
Dette kan eksempelvis være tilskudd over statsbudsjettet til spesifikke formål eller tilskudd fra statlig ordninger i regi av ulike direktorater. Er neppe aktuelt i den foreliggende politiske situasjonen hvor regjeringen har sagt nei til videre bevilgning til prosjektet/programmet.
- *Helseteknologiordningen (HTO)*
Vil neppe gi uttelling før tidligst andre halvår 2024 eller fra 2025. Det er fortsatt ikke sikkert hvordan ordningen blir innrettet og om den treffer våre behov. Det blir viktig å følge opp og utforme en tilpasset søknad så snart rammebetingelsene for ordningen er endelig på plass. HTO bør være en ordning som passer godt sammen med prosjektet.

Finansiering via leverandør

Det er lite realistisk å se for seg at leverandører (herunder NHN og leverandørmarkedet for øvrig) er villig til å bevilge midler uten noen form for forventning om tilbakebetaling. Det antas at det er mest hensiktsmessig å satse på en finansieringsmodell hvor investeringer dekkes inn via fremtidig tjenestepris. Modellen er godt kjent og brukes av både NHN og leverandørmarkedet, men den forutsetter en grad av sannsynlighet for at utprøvingene vil gi uttelling i form av «industrielle» løsninger. Tanken er jo at den som investerer skal få pengene tilbake med en grad av avkastning. Det igjen forutsetter at løsningene er vellykket og at det finnes et betalingsvillig marked som kan ta dem i bruk. Det vil også betinge en enighet om fordeling av kostnader gitt at en utprøving ikke gir ønsket eller realiserbart resultat.

Finansiering er – som påpekt tidligere – sannsynligvis den mest krevende oppgaven og representerer dermed også den største risikoen for videreføring av prosjektet og måloppnåelsen, på kort og på lang sikt.

Det registreres at det har åpnet seg et mulighetsrom i grenselandet mellom kommunenes direkte og indirekte bidrag, offentlige støttemidler og eventuell leverandørmidler.

Sammen med KS og deltagende kommuner vil det fortsatt jobbes for å få på plass en tilstrekkelig finansiering til at de to første utprøvingene kan gjennomføres som et grunnlag for å gå videre i retning av målbildet.

Tabellen nedenfor viser hvordan det totale finansieringsbehovet for den første utprøvsperioden i 2023-2024 fordeler seg, gitt at det gjennomføres to utprøvinger⁶⁵. De forskjellige kostnadene brytes ytterligere ned i kapittel 10.2.2-10.2.4.

Finansieringsbehov	2023	2024	Sum	Andel
Sum sentrale ressurser i KS	1,6 MNOK	3,9 MNOK	5,5 MNOK	17,5 %
Sum kommune	1,3 MNOK	5,7 MNOK	7,0 MNOK	22,6 %
Sum NHN	2,6 MNOK	11,8 MNOK	14,4 MNOK	46,6 %
Sum leverandør	0,4 MNOK	2,6 MNOK	3,0 MNOK	9,7 %
Sum etterfølgende drift og forvaltning	0,0 MNOK	1,1 MNOK	1,1 MNOK	3,6 %
Totalkostnad utprøvsperioden	5,9 MNOK	25,1 MNOK	31,0 MNOK	100 %

Tabell 20: Totalt finansieringsbehov for utprøvsperioden

10.2. Kostnadsbildet

Beregningene inkluderer kostnader til gjennomføring av utprøvingene, samt kostnader til de sentrale ressursene plassert i KS. Kostnadene er estimert basert på samtaler med samarbeidskommuner, tall fra referanseprosjekter⁶⁶ og egne vurderinger av forventet arbeidsomfang. Tallene i kapitlet er rundet av til nærmeste hundre tusen.

Det er ikke konkretisert kostnader for videre utprøvinger, sentrale prosjektr ressurer eller drift- og forvaltning etter 2024.

10.2.1. Forutsetninger for kostnadsberegninger

I kostnadsoversikten er det tatt en rekke forutsetninger, blant annet at arbeidet for de sentrale ressursene starter i august 2023, og at den reelle planleggingen av første utprøving vil finne sted fra oktober 2023.

⁶⁵ Justert for antatt prisvekst i 2023 og 2024

⁶⁶ Det er benyttet noen referansetall fra Akson, samt kostnadsestimater fra Pasientens prøvesvar (tidligere NILAR).

Kostnadsestimatene er i hovedsak basert på forventet antall årsverk som må bidra i de ulike delene av arbeidet:

Generelle forutsetninger	Verdi	Kilde/kommentar
Årslønn – fast ansatte sentrale prosjektressurser	950.000	Basert på en samlet vurdering av lønnsnivå i kommunal sektor og IT-sektoren. Også tatt hensyn til prisvekst og forventet etterspurt lønn til nødvendige stillinger i KS.
Lønnstillegg for sosiale og administrative kostnader	46,4%	Sats for å dekke arbeidsgiveravgift, feriepenger, samt øvrige sosiale og adm. kostnader. Kilde: KS
Årlig ressurskostnad Norsk helsenett SF (NHN)	2.000.000	Basert på hva NHN selv opererer med som intern ressurskostnad i sine kalkyler. Inkluderer påslag. Per person.
Antall timer per årsverk	1.695	Basert på 10,5 effektive måneder og 161,4 t per måned
Årlig prisvekst	4,0%	SSB økonomiske analyser

Tabell 21: Generelle forutsetninger for kostnadsberegninger

Arbeidskraftkostnader for kommuner og leverandører er basert på justerte lønnskostnader fra SSB.⁶⁷

Det er lagt til grunn en årslønn som forventes etterspurt til slike stillinger, basert på lønnsnivåer i kommunal sektor og IT-sektoren. Videre forutsettes det at kommunene gjennomfører utprøvinger i de lokale systemene som allerede er i bruk og at det ikke er behov for nye systemanskaffelser i løpet av perioden. Det økonomiske incentivet for å gjennomføre en utprøving er at det vil bidra til tjenesteutvikling i kommunene, og det er ikke utredet ytterligere incentiver.

De sentrale ressursene

Kostnadsberegningene for de sentrale prosjektressursene som er skissert i tabellen ovenfor er basert på en gjennomsnittlig lønnsbetraktning gjort av prosjektet. Utgangspunktet er en årslønn på kr 950.000,-, hvor det er gjort påslag for sosiale og administrative kostnader på 46,4 %. Dette utgjør en månedlig kostnad på kr 120.000,- (før justering for prisvekst). I tillegg til lønnskostnader, er det lagt til andre kostnader som skal dekke husleie, IT-drift, lisenser osv. Denne er satt til kr 50.000,- per måned og er antatt å være fast, uavhengig av antall ressurser. Dette skal blant annet dekke kostnader til ekstern rådgivning (f.eks. juridisk bistand) eller andre.

Utprøvingene

Kostnadsdriverne for utprøvingene vil i hovedsak være ressurskostnader hos henholdsvis kommuner, NHN og leverandører.

Det forventes at det vil kreves en rekke ulike ressurser fra kommunene som kan bidra inn i hver utprøving. Basert på samtaler med ansatte fra relevante kommuner, forventes at hver utprøving vil ha behov for følgende antall årsverk i hver fase:

⁶⁷ Lønnskostnadene for henholdsvis kommuner og leverandør finnes i bilag 7.1.

Ressurs	Kategori	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Fagressurser - helsepersonell	Ressursgruppe	0,9	0,9	0,6
Systemforvalter/arkitekt	Utprøvningsdeltaker	0,9	0,9	0,1
Teknisk driftsressurs	Utprøvningsdeltaker	0,3	0,2	0,1
Prosjektleder kommune	Utprøvningsdeltaker	0,1	0,1	0,1
Lokal utprøvningsleder	Ansvar for gjennomføring og koordinering internt og eksternt	0,5	0,7	0,5
Anskaffelse/kontrakt	Ansvar for utredning av kostnader knyttet til utprøving og anskaffelse	0,2	0,1	0,1
Infosikk. og personvern	Ansvar for utredning av brukeropplevelse i datasystemer	0,6	0,4	0
Prosess, endring og gevinst	Ansvarlig for gevinstutredning	0,3	0,3	0,1

Tabell 22: Behov for antall årsverk i kommune per utprøving

Det tas utgangspunkt i at hver utprøving trenger en ressursgruppe bestående av en kombinasjon av gruppene presentert i tabellen over. Merk at flere personer kan dekke ressursbehovet sammen, for eksempel at to sykepleiere og én lege som til sammen utgjør fagressursgruppen for helsepersonell.

Prosjektgruppen bør bemannes tverrfaglig, blant annet med prosjektdeltaker(e) som er ansvarlig for endringsledelse og gevinstrealisering, ROS/DPIA, teknisk it-kompetanse, prosjektledelse og fagkompetanse fra tjenesten(e). Det vil i noen grad også være behov for ressurser med kompetanse på eksisterende avtaler og anskaffelseskompetanse.

Utprøvningskommunen må stille med arkitekter og systemforvaltere og det forventes at kommunen stiller med en lokal utprøvningsleder som er ansvarlig for gjennomføring og koordinering både internt og eksternt. I tillegg er det foreslått en ressurs medansvar for prosess, endringshåndtering og gevinstutredning.

I tillegg til ressurskostnader i kommunene, kan det også være at det vil påløpe andre kostnader, slik som lisenskostnader. Siden usikkerheten knyttet til dette er stor og det uansett vil utgjøre en liten kostnad for utprøvningskommunene, er dette ikke tatt med i beregningene. Dersom kommunene må leie inn kompetanse eller ressurser til gjennomføringen vil dette også representere en økt kostnadsdriver for kommunen.

Det legges til grunn at direkte utviklingsarbeid mot egne leverandører og systemer vil kunne belastes den enkelte utprøvningskommune (gitt annen finansiering, eksempelvis tjenesteprismodell eller offentlig tilskuddsmidler vil denne forutsetningen endres). Ettersom ulike kommuner/leverandører har ulike avtaler er det ikke mulig å gi noen generell indikasjon på hvordan dette vil bli, det må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle.

Estimatene som utprøvningskommunene forankrer i egen organisasjon, og sammen med aktørene, bør inkludere et usikkerhetspåslag på mellom 10 og 20%. Dette er ikke gjort i beregningene i dette kapitlet.

NHN

Størrelsen på innsatsen fra NHN vil variere mellom de ulike utprøvingene, og avhenger av faktorer som blant annet kompetanse og kapasitet i kommunene, innsats fra leverandørene og kompleksitet i utprøving. NHN skal sørge for gjennomføring og koordinering med både utprøvningskommune og de sentrale ressursene. Det er viktig å påpeke at det er krevende for NHN å komme med konkrete anslag på nåværende tidspunkt.

Ressurs- og kostnadsestimatene for NHN baserer seg på referansetall fra Pasientens prøvesvar og inkluderer etablering og drift av både hendelseslager, informasjonstjenester og meldingstjenester. Etablering av programvareinfrastruktur for Pasientens prøvesvar kostet ca. 31 millioner kroner. Programvareinfrastrukturen som nå etableres per kommune bygger på denne løsningen, og forventet kostnad vil derfor være mye lavere. Basert på dette er det estimert et ressursbehov fra NHN per kommune/utprøving til etablering av løsning.

I tillegg til å sette opp nødvendig programvareinfrastruktur, vil det påløpe kostnader hos NHN til drift og forvaltning av løsningene. Basert på referansetall fra Pasientens prøvesvar, er det estimert følgende ressursbehov fra NHN per utprøving (til henholdsvis etablering, drift og forvaltning).

Basert på dette, er det i kostnadsmodellen benyttet totalt fire årsverk per utprøving for fase 1 og 2. Behovet justeres noe ned i fase 3, da evalueringen er noe som i hovedsak må gjøres av kommunene selv. NHN regner med en intern arbeidskraftkostnad på 2 millioner kroner per ressurs.

Ressurs	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Leveranseteam, NHN	4	4	1

Tabell 23: Behov for årsverk fra NHN per utprøving.

Leverandører

Selv om det er vanskelig å si noe konkret om antall ressurser som vil være involvert fra leverandørenes side, er det rimelig å anta at det vil henge sammen med ressursbehovet fra NHN. Det er satt av 1-1,5 ressurser fra leverandør til hver utprøving i henholdsvis fase 1 og 2, før det reduseres i fase 3.

Ressurs	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Leverandørressurser	1	1,5	0,5

Tabell 24: Behov for årsverk fra leverandør per utprøving.

Det kan også være at det påløper andre kostnader hos leverandør utover direkte bistand inn i utprøvingene. Eventuelle kostnader til dette er ikke synliggjort i denne sammenheng.

Drift og forvaltning

I tillegg til utprøvingskostnader hos henholdsvis kommune, prosjekt, NHN og leverandør(er), vil det påløpe kostnader til etterfølgende drift og vedlikehold av løsningene som utvikles i utprøvingsperioden. Kostnadene er ikke spesifisert per aktør, men det er gjort et påslag basert på månedlige utprøvingskostnader. Det er benyttet en sats på 25 %.

Dekning av kostnader knyttet til drift, forvaltning og eventuell skalering av utviklede løsninger og tilhørende plattform, ut over utprøvingene, må avklares mellom aktørene.

Kostnadene er beregnet fra den måneden hver utprøving er slutt og til utgangen av 2024.

10.2.2. Totalkostnad for første utprøvingsperiode 2023-2024

Kostnadsestimatet for utprøvingsperioden summerer seg totalt til 31,0 millioner kroner for 2023-2024. Dette inkluderer kostnader til gjennomføring av utprøvinger, slik som beskrevet i kapittel 6, samt kostnader til de sentrale ressursene i KS. Det er viktig å presisere at dette hviler på

forutsetningene beskrevet i kapittel 6 og vedlegg 6.1, og at enhver endring eller forsinkelse umiddelbart vil medføre økte kostnader.

Kostnadene fordeler seg slik:

- Kostnader knyttet til sentrale ressurser: 5,5 millioner kroner.
Dette dekker kostnader til å gjennomføre aktivitetene beskrevet i kapittel 8. Kostnadene vil påløpe fra og med oppstart av første periode av gjennomføringsfasen, tidligst 01.08.2023, og ut utprøvningsperioden
- Kostnader direkte knyttet til utprøvinger: 25,5 millioner kroner (hvorav 1,1 millioner kroner er påfølgende drift og forvaltning).
Dette dekker kostnader til utprøvningsaktiviteter. I øyeblikket forutsettes at disse kostnadene dekkes av deltakende aktører; kommuner, NHN og leverandører. Ressursbidrag fra de sentrale ressursenes deltagelse og koordinering av utprøvningsaktivitetene er ikke inkludert i kostnadene per utprøving, da dette inngår som en del av kostnadsbildet for de sentrale ressursene.

10.2.3. Kostnader til sentrale ressurser

For å sikre en vellykket gjennomføring av utprøvinger, samt videre arbeid med oppgaver knyttet til de definerte resultatmålene for 2023 og 2024 er det en forutsetning å ha noen sentrale ressurser med ansvar for koordinering. Disse oppgavene er nærmere beskrevet i kapittel 8, og vil koordineres av en prosjektleder med støtte fra en støtteressurs.

Størrelsen på organisasjonen vil potensielt kunne øke gjennom utprøvningsperioden, men det er ikke hensyntatt i beregningene. Om rollene skal besettes av faste eller innlånte ansatte, eller om det må leies inn ekstern bistand er ikke vurdert, men det anbefales å vekte kompetanse og relevant erfaring høyt i tildelingsprosessen. Kostnadsanslaget er utarbeidet med utgangspunkt i faste ansettelser i KS, og dette kan forventes å ligge i lavere sjikt dersom det alternativt må leies inn fra eksterne miljøer. Tilsvarende vil innlån av kommunale ressurser potensielt kunne være et rimeligere alternativ, men dette forutsetter avtale mellom utlånende kommune og KS. Fast ansettelse vil for øvrig bidra til intern kompetansebygging i KS, og vurderes sånn sett positivt.

Det er forventet at de sentrale ressursene vil bidra til følgende kostnader i 2023 og 2024:

Sentrale ressurser	2023	2024	Sum
Prosjektledelse og støtte/adm.	1,3 MNOK	3,2 MNOK	4,5 MNOK
Andre kostnader ⁶⁸	0,3 MNOK	0,7 MNOK	1,0 MNOK
Sum kostnader	1,6 MNOK	3,9 MNOK	5,5 MNOK

Tabell 25: Kostnader til dedikert prosjektorganisasjon, 2023-2024

Ytterligere detaljering, planlegging og budsjettering vil være en del av oppstartsarbeidet i utprøvningsfasen.

⁶⁸ Andre kostnader består blant annet av ekstern rådgivning, reiser, arrangementer, husleie, lisenser osv.

10.2.4. Kostnader til utprøvinger

Det er utarbeidet en grunnkalkyle for hva en generell utprøving vil koste. Kostnaden til en utprøving kan justeres med en faktor basert på forventet omfang i form av tid og ressurser, samt kompleksitet i form av antall involverte aktører. Denne faktoren er innenfor +/-25 % sammenlignet med grunnkalkylen. Kostnaden for hver utprøving er fordelt på ressurskostnader hos henholdsvis kommune, NHN og leverandør. Kostnader til bidrag fra de sentrale prosjektressursene er ikke tatt med i tallene nedenfor, da dette krever tilskudd av midler og er tatt med i kostnadsberegningen for de sentrale ressursene over.

Beregningene viser at direkte kostnader knyttet til hver utprøving vil ligge mellom 10,5 – 13,9 millioner kroner. Følgende forslag til utprøvinger ligger til grunn for beregningene:

- Utprøving 1: «Oversikt over vedtak på kommunale tjenester»
- Utprøving 2: «NEWS2-målinger»

Basert på dagens kjennskap til utprøvinger, viser grunnkalkylen at kostnadene til en enkelt standardutprøving vil se slik ut, uavhengig av starttidspunkt og periodisering per år:

Kostnader per utprøving		
Aktører	Sum	Andel
Kommune	3,6 MNOK	28,7 %
NHN	7,5 MNOK	59,1 %
Leverandør	1,6 MNOK	12,2 %
Sum	12,7 MNOK	100 %

Tabell 26: Kostnader per aktør per utprøving

Utprøvingene gjennomføres i tidsrommet fra tidligst oktober 2023 til desember 2024 og de vil kunne ha ulikt omfang. Det er i tillegg lagt til kostnader for etterfølgende drift og forvaltning av løsninger som man eventuelt velger å videreføre. Basert på justeringer for forventet omfang, der det antas at den andre utprøvingen vil kunne gjennomføres mer effektivt enn den første på grunn av læring, vil totalkostnaden for utprøvingene se slik ut:

Akkumulert	2023	2024	Sum
Utprøving 1 – Oversikt over kommunale tjenester	3,5 MNOK	10,4 MNOK	13,9 MNOK
Utprøving 2 – NEWS2	0,9 MNOK	9,6 MNOK	10,5 MNOK
Etterfølgende drift og forvaltning av løsninger	0,0 MNOK	1,1 MNOK	1,1 MNOK
Totalkostnad utprøvinger	4,4 MNOK	21,1 MNOK	25,5 MNOK

Tabell 27: Kostnader per utprøving.

Den samme totalkostnaden knyttet til utprøvingene fordeler seg som følger per deltagende aktør:

Utprøvningskostnader per aktør (årlig)	2023	2024	Sum
Sum kommune	1,3 MNOK	5,7 MNOK	7,0 MNOK
Sum NHN	2,6 MNOK	11,8 MNOK	14,4 MNOK
Sum leverandør	0,4 MNOK	2,6 MNOK	3,0 MNOK
Sum etterfølgende drift og forvaltning	0,0 MNOK	1,1 MNOK	1,1 MNOK
Totalkostnad utprøvinger	4,3 MNOK	21,2 MNOK	25,5 MNOK

Tabell 26: Utprøvningskostnader per aktør (total)

10.3. Nytteeffekter

Hensikten med dette kapitlet er å oppsummere forventede nytteeffekter for utprøvningsperioden. Det vises til vedlegg 3.1 for mer detaljerte beskrivelser av nytteeffektene. I vedlegg 6.1 er det beskrevet forventede effekter fra de to utprøvingene.

10.3.1. Nytte i den første perioden (2023-2024)

Nedenfor oppsummeres hvilke nytteeffekter som kan forventes ved gjennomføring av utprøvinger i 2023 og 2024. Dette må ses i sammenheng med effektene som trekkes frem for hver utprøving i vedlegg 6.1

Effekt		1	2
E1	Tilgang til relevant informasjon som er oppdatert, helhetlig og korrekt	x	x
E2	Utvikling av helhetlige arbeidsprosesser og tjenester	x	x
E3	Kvalitetsforbedring på bakgrunn av bedre analysegrunnlag	x	x
E4	Mindre feil og avvik i tjenestene i vurdering, tiltak og behandling av innbyggere	x	x
E5	Frigjort tid fra administrative oppgaver til pasientrettet kontakt	x	x
E6	Unngåtte kostnader til anskaffelser (redusere ressurskrevende anskaffelser m.m.)		
E7	Aktiv rolle i behandling, oppfølging og beslutninger om helse		
E8	Opplevelse av riktig kvalitet i tjenestene som gis	x	x
E9	Bedre pasientsikkerhet	x	x
E10	Bedre forutsetninger for innovasjon og næringsutvikling	x	x
E11	Bedre grunnlag for utvikling gjennom enhetlige behovsbeskrivelser		
E12	Likere konkurransevilkår og kortere vei til markedet – for alle	x	x

Tabell 28: Nytteeffekt for utprøvinger i 2023-2024

10.4. Samfunnsøkonomiske betraktninger

Det kan forventes betydelige samfunnsøkonomiske effekter når det overordnede målbildet realiseres, både i form av kvalitative og kvantitative nytteverdier. Tiltakene vil tilsvarende gi gradvis effekt etter hvert som konkrete utprøvningsprosjekt realiseres. Hvilke konkrete effekter, til hvilket tidspunkt og i hvilket omfang er ikke mulig å si noe sikkert om før det er bestemt hvilke samarbeidskonstellasjoner som skal gjennomføre hvilke tiltak. Det er årsaken til at de samfunnsøkonomiske effektene ikke er kvantifisert og beskrevet i detalj som en del av styringsdokumentet. Med en innretning basert på enkeltstående utprøvningsprosjekter er det ikke mulig eller hensiktsmessig å utarbeide en samfunnsøkonomisk analyse eller nytteberegning. Det gir heller ikke mening for den enkelte kommune å vurdere samfunnsøkonomisk nytte i sine investeringsbeslutninger, ettersom de er selvstendige økonomiske enheter som kun vurderer egen effekt og kost-nytte. Den samfunnsøkonomiske nytten vil først oppstå når løsningene gradvis tas i bruk i samhandlingen, og det gjelder mange løsninger – slik at plattformen er helt eller delvis realisert.

I arbeidet med sentralt styringsdokument for Akson-prosjektet ble det gjort en omfattende samfunnsøkonomisk analyse, og vurderingene i dette kapitlet hviler på denne.⁶⁹ Disse vurderingene ble også kvalitetssikret i konseptvalgutredningen KS1, hvor omfang, innføringstakt og tallgrunnlag i ettertid er blitt korrigert. Siden prosjektenes samfunns mål er det samme, er det nærliggende å gjenbruke betraktninger og vurderinger fra Akson-arbeidet. Samfunns målet, beskrevet i delkapittel 2.2, knyttes til målbildets virkning på samfunnet:

«Bedre helse for innbyggere gjennom en kunnskapsbasert og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som utnytter teknologiske muligheter for å tilby helhetlige, sikre og kosteffektive tjenester med høy kvalitet».

Dette er også reflektert i effektmålene i dette dokumentet.

Analysen fra Akson viste at løsningen over en 15-års periode vil gi et samfunnsøkonomisk overskudd. I tillegg til de prissatte virkningene som inngår i analysen, pekes det på en rekke ikke-prissatte virkninger av betydelig karakter. Som det står beskrevet nedenfor, er det forventet at løsningen som nå beskrives vil kunne bidra til mange av de samme nytteeffektene, selv om de nødvendigvis ville kommet senere i tid på grunn av den stegvise utviklingen og gradvise innføringen.

I det momentet er det tilsvarende forventet at de totale kostnadene vil ligge på et vesentlig lavere nivå, basert på *samme antagelse*. Derfor er det også grunn til å anta at den beskrevne tilnærmingen vil gi et samfunnsøkonomisk overskudd.

Det presiseres at tall og vurderinger fra Akson hviler på en rekke forutsetninger⁷⁰, og at de sånn sett er mer retningsgivende enn direkte overførbare for økonomisk verdi. Det presiseres at siden gjennomføringsmodellen for Akson ble vurdert å ha høy risiko og ikke ble vurdert å være håndterbar og realiserbar, må det kunne sies at nytten som den gang ble skissert kanskje aldri ville ha blitt realisert i praksis. Men nyttekalkylene isolert sett har blitt vurdert som gode og relevante også i dette arbeidet.

⁶⁹ [Akson – Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse. Oppdatert etter KS1, utgitt mars 2020 | Direktoratet for e-helse.](#)

⁷⁰ Akson-arbeidet har allerede rukket å bli noen år, og sånn sett er det risiko for at deler av arbeidet er utdatert. Innslagspunktet og varigheten for effektuttak vil dessuten være annerledes. Det samme vil kostnadsbildet.

10.4.1. Nytteeffekter

Det er forventet at den akkumulerte nytten over tid skal gå i retning av den samme størrelsesorden som det som teoretisk var beregnet for Akson. Siden løsningen som her anbefales følger prinsippene om stegvis og gradvis, vil periodiseringen av nytteverdier være noe annerledes. Nytte vil kunne realiseres raskere enn ved «big-bang». Samtidig er det realistisk at det vil ta noe lengre tid før all nytte kan realiseres. Avhengig av innslagspunktet for 100 % realisering, er det forventet at den akkumulerte samfunnsøkonomiske nytten vil være omtrent den samme over tid. Nytteeffektene ble fordelt på tre hovedkategorier:

- **Virkninger av færre uønskede hendelser.**
Driverne for prissatte nyttevirkninger var unngåtte kostnader i helse- og omsorgstjenesten, samt økt verdiskapning for samfunnet. I tillegg ble det pekt på at innbyggerne opplever større nytte ved at de blir utsatt for færre uønskede hendelser. Sistnevnte nytteverdi ble forventet å være betydelig, selv om den ikke ble prissatt. I sum utgjorde virkningene av færre uønskede hendelser 4.291 millioner kroner, hvorav 3.670 millioner kroner kunne knyttes til unngåtte kostnader til helse- og omsorgstjenesten og 621 millioner kroner ble knyttet til økt verdiskapning for samfunnet.
- **Tidsvirkninger.**
Redusert tidsbruk til informasjonsinnhenting, dokumentering og samhandling for helsepersonell var den mest betydelige effekten man forventet at løsningen skulle ha på samfunnet. I tillegg ble det pekt på at det ville brukes mindre tid til å hente inn og bearbeide statistikk i kommunal helse- og omsorgstjeneste, samt at innbyggere ville få redusert sin tidsbruk til å holde oversikt over og administrere egen helse. Effekten av tidsvirkninger utgjorde totalt 13.725 millioner kroner. Hele summen ble knyttet til mindre tidsbruk til innhenting av informasjon.
- **Andre virkninger.** Det ble beregnet betydelige gevinster knyttet til nedstenging av gamle IT-systemer. Det skulle også gi reduserte lokale IT-driftskostnader. I tillegg ble det pekt på bedre grunnlag for erfaringsdeling og kvalitetsforbedring, samt bedre IKT-sikkerhet og enklere ivaretagelse av personvern. Effekten av at gamle IT-systemer stenges ble estimert til 6.610 millioner kroner.

Samtlige forventede nytteeffekter fra tidligere Akson er oppsummert i figur 17 nedenfor.

Kostnadsvirkninger	Virkninger av færre uønskede hendelser	Tidsvirkninger	Andre virkninger
Investeringskostnader	Unngåtte kostnader i kommunal helse- og omsorgstjeneste som følge av færre uønskede hendelser	Redusert tidsbruk på informasjonsinnhenting, dokumentering og samhandling for helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste	Unngåtte kostnader ved at gamle IT-systemer stenges
Kostnader til drift, forvaltning og videreutvikling	Økt verdiskaping i samfunnet som følge av færre uønskede hendelser	Redusert tidsbruk på innhenting og bearbeiding av statistikk i kommunal helse- og omsorgstjeneste	Bedre grunnlag for erfaringsdeling, kvalitetsforbedring, forskning og innovasjon
Endrings- og omstillingskostnader	Innbyggernes nytte av bedre helse som følge av færre uønskede hendelser	Innbyggernes reduserte tidsbruk og nytte av å enkelt kunne holde oversikt over og administrere egen helse	Bedre IKT-sikkerhet og enklere ivaretagelse av personvern
Netto skattefinanseringsgevinst			

Prissatte virkninger
 Ikke-prissatte virkninger

Figur 25: Oppsummering av samfunnsøkonomiske effekter fra Akson

10.4.2. Kostnadseffekter

Kostnadene vil avhenge av hvordan målbildet realiseres. Uavhengig av hvordan dette gjøres, er det forventet at det totale kostnadsbildet vil bli langt lavere enn for Akson. Denne hypotesen baserer seg på forventninger om:

- Ingen krevende anskaffelse av løsning**
 Plattformen utvikles gjennom konkrete utprøvinger i samarbeid med NHN, og det finnes allerede tekniske løsninger det kan bygges videre på. Dette forventes å være vesentlig mindre kostnadskrevede enn å kjøpe og tilpasse en suiteløsning eller en komplett plattform gjennom en krevende anskaffelsesprosess.
- Lavere opplæringskostnader**
 Opplæring av alt helsepersonell er svært tid- og ressurskrevende. Å ta helsepersonell ut av stillinger, samt sette inn vikarer, for å gjennomføre opplæring er en betydelig kostnadsdriver for kommunene, fastleger og andre relevante aktører. Løsningen skal realiseres stegvis og innføres gradvis. Dette vil kreve mindre opplæring fordi endringene skjer på avgrenset og konkret funksjonalitet og i kjente brukerflater. I tillegg velger kommunene selv når de ønsker å ta nye løsninger i bruk. Det må forventes at flere kommuner ønsker å innføre nye systemer, men dette vil være en kostnad som ligger hos den enkelte kommunen.
- Lavere lisenskostnader**
 Leverandørkostnader i form av lisenser (én suite-løsning) var en av kostnadsdriverne i Akson. Ved å levere en felles plattform som en nasjonal tjeneste basert på gjenbruk av etablerte løsningsmønstre i NHN, forventes det lavere totale kostnader enn i Akson. Tilsvarende gjelder dette også om kommunene skulle etablere plattformer hver for seg. Dette er blant annet på grunn av stordriftsfordeler. På den annen side vil kommunene

måtte anskaffe sluttbrukerløsninger for å kunne benytte plattformen. Kommunene vil stå fritt til å velge egnede sluttbrukerløsninger, og dekker da lisenskostnadene til disse.

- **Mindre tilpasning av sentral infrastruktur**

Ved gjenbruk av løsninger hos NHN vil det påløpe lavere kostnader til tilpasning av sentral infrastruktur. For Akson var dette den aller største kostnadsdriveren.

- **Lavere omstillingskostnader**

Stegvis utvikling av løsningen gjør at den i større grad kan baseres på brukernes behov. At kommunene får en løsning som er tilpasset egne behov, heller enn at de får en løsning de må tilpasse seg, gjør endringen av arbeidsprosesser mer smidig. Dette vil gjøre at omstillingskostnadene blir lavere.

- **Lavere administrasjons- og styringskostnader**

Der Akson hadde et betydelig apparat for styring av løsningsutvikling, vil det bli vesentlig enklere i den beskrevne modellen fordi mye mer av utviklingen vil skje i direkte kontakt mellom den enkelte kommunen eller i grupper av kommuner.

Den totale kostnadsvirkningen i Akson ble satt til 21.691 millioner kroner, og fordeler seg mellom investeringskostnader (5.855 millioner kroner), drift- og forvaltningskostnader (5.279 millioner kroner), endrings- og omstillingskostnader (10.943 millioner kroner) og skattefinansieringskostnader (-386 millioner kroner).

Å si noe konkret om et tilsvarende kostnadsbilde for målbildet som nå beskrives er for krevende, grunnet høy usikkerhet. Det er likevel svært god grunn til å anta at samlede kostnader vil være i en helt annen størrelsesorden enn for Akson-prosjektet (ref. beskrevet kostnadsbilde for utprøvsperioden over).

I sum indikerte analysen et samfunnsøkonomisk overskudd på 2.934 millioner kroner for Akson. Med forventninger om noenlunde sammenlignbare nytteverdier over tid og betydelig lavere kostnader, vil det samfunnsøkonomiske overskuddet for den beskrevne løsningen forventes å være vesentlig større. Dette må imidlertid anses som retningsgivende og ikke som vurderinger med direkte overførbar økonomisk verdi. Det er også verdt å minne om at staten la opp til å dekke betydelige programkostnader (1.340 millioner kroner) i Akson-prosjektet, noe som p.t. ikke er tilfelle for et stegvis utviklet journalløft for kommunene.

Felles kommunal journal interim AS

Vedlegg 3.1:
Behov og nytte

Styringsdokument

Felles journalløft for kommuner

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
2. AKTØRBILDET.....	1
3. BETYDNINGEN AV INVOLVERING AV AKTØRENE I UTFORMING AV LØSNING OG BEHOV	3
4. AKTØRENES DRIVERE OG BEHOV.....	4
4.1. Helsepersonellets behov	4
4.2. Kommunenes behov	7
4.3. Innbyggers behov	9
4.4. Næringslivets behov	11
5. OVERORDNEDE KRAV OG PRINSIPPER TIL LØSNING	12
5.1. Krav til løsning	12
6. VIRKNING OG EFFEKT FOR AKTØRENE I MÅLBILDET	14
6.1. Hva er tiltakets virkning for helsepersonell?	14
6.2. Hva er tiltakets virkning for kommunene?	18
6.3. Hva er tiltakets virkning for innbyggere?	22
6.4. Hva er tiltakets virkning for næringslivet?	24
7. VIRKNING OG EFFEKT FOR AKTØRENE I PERIODEN 2023-2024.....	27
7.1. Samlet vurdering av effekter for utprøvingene	27

1. INNLEDNING

I dette vedlegget finner du:

- Informasjon om aktørbildet
- Aktørenes drivere og behov
- Sentrale prinsipper for løsning
- Virkning og effekter for aktørene i målbildet
- Virkning og effekter for aktørene i første utprøvningsperiode 2023-2024

Vedlegget gir informasjon om de forskjellige aktørenes behov, og beskriver ønsket effekt både for et målbilde og for første utprøvningsperiode. Vedlegget står i sammenheng med styringsdokumentets kapitler 1, 2 og 10.

Effektmålene i styringsdokumentets kapittel 2 knyttes til aktørenes drivere og behov, samt prosjektets virkninger for brukerne, spesifisert for helsepersonell, kommuner, innbygger og næringsliv. Det beskrives også hvilke forutsetninger som må være på plass for å realisere virkningene.

Innholdet i vedlegget er stort sett basert på et målbilde-perspektiv. I vedleggets siste avsnitt beskrives tilsvarende for første utprøvningsperiode.

2. AKTØRBILDET

Kommunene spiller en helt sentral rolle i å levere tjenester som skal møte innbyggernes behov gjennom ulike faser av livet. Som nyfødt og småbarn blir du fulgt opp på helsestasjonen. Etter noen år er det skolehelsetjenesten som tar ansvaret. Om du blir syk, går du til fastlegen, eller om det haster, til legevakten. Og om du skulle bli utrygg eller ikke lenger klarer deg like godt på egenhånd, trenger du kanskje hjelp i hjemmet eller en sykehjemsplass. I kommunene arbeides det med et bredt spekter av tjenester, og det er mange aktører som arbeider sammen på ulike måter.

Tiltaket skal realiseres i et mangfoldig aktørlandskap og omfatter de kommunale helse- og omsorgstjenestene utenfor helseregion Midt-Norge. Lovpålagte kommunale tjenester utføres av følgende helsepersonell:

- Helsepersonell ansatt i kommunen som administrerer, planlegger, gjennomfører eller dokumenterer tjenestene, men som også har ansvar for helsefremmende og forbyggende tiltak (se nedenstående tabell).
- Aktører som har avtaler med kommunen om leveranse av helse- og omsorgstjenester, f.eks. lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut eller psykolog.

Offentlig tannhelsetjeneste er en fylkeskommunal helsetjeneste. Hvorvidt tiltaket skal støtte offentlig tannhelsetjeneste er ikke endelig avgjort, men fra tiltakets side anses det som naturlig at tannhelse inngår som en del av omfanget for et endelig målbilde. Dette innebærer også andre aktører med avtaler med kommunene om leveranser til slike offentlige tjenester (eksempelvis private aktører).

Øvrige aktører i økosystemet, utover helsepersonell, kan være:

- kommuneledelse inkludert interkommunal ledelse
- innbyggere og deres pårørende
- aktører som utvikler digital støtte for tjenester
- aktører som ønsker å bruke informasjon om/fra digitale tjenester for forbedring, analyse, forskning og lignende
- omkringliggende aktører som staten og interesseorganisasjoner (bla. KS)

Tabellen under viser eksempler på hvordan kommuner kan bruke eksterne ressurser i tillegg til egne ansatte¹.

Tjeneste	Mulig bruk av eksterne ressurser
Fastlege	Leger med kommunal avtale
Legevaktsentral	Interkommunalt
Legevakt	Interkommunalt Avtaler med fastleger
Heldøgns medisinsk akuttberedskap	Interkommunalt
Helsestasjon/skolehelsetjeneste	Aktører med avtale, eks. fastlege
Hjemmetjenester inkl. hjemmesykepleie, administrerer medisiner, omsorgsbolig	Aktører med avtale, eks. fysioterapeut eller ergoterapeut
Sykehjem/annen institusjon	Aktører med avtale, eks. private tilbydere, fastlege eller fysioterapeut
Habilitering/rehabilitering	Avtaler med frivillige
Frisklivssentral	Avtaler med frivillige Interkommunalt samarbeid Aktører med avtale
Migrasjonshelsetjeneste, transitt, mottak og permanent	Interkommunalt
Fysioterapitjeneste	Avtaler med private fysioterapeuter
Fengselshelsetjeneste	
Offentlig tannhelsetjeneste	Tannleger med fylkeskommunal avtale
Personlig assistanse	Avtaler med frivillige organisasjoner/ innbyggere
Øvrige nødvendige/relevante tjenester; psykisk, rus, avlastning, opplæring, etc.	Avtaler
Tildelingskontor, behovsvurdering	
Kommunelege	Interkommunalt samarbeid

Tabell 1: Eksempler på hvordan kommuner kan bruke eksterne ressurser i tillegg til egne ansatte

Tabellen er en sammenfatning av de lovbestemte tjenestene alle kommuner må tilby sine innbyggere. Sammenfatningen er ikke komplett, men viser bredden i virksomheter og ulikt personale som til sammen leverer lovbestemte kommunale helse- og omsorgstjenester. Mange innbyggere får flere kommunale helse- og omsorgstjenester samtidig.

¹ Denne oversikten er bygget videre på arbeidet som ble utført av Akson-prosjektet, hvor det ble gjort en grundig kartlegging og beskrivelse. Dette er beskrevet nærmere i Akson bilag G11.

Kommunene har i henhold til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester² frihet til å gjennomføre oppgavene bla. ved bruk av eksterne ressurser eller tjenester³. Tjenester kan leveres gjennom interkommunale samarbeid, frivillighet eller private virksomheter. Selv om innbyggere bor i en kommune kan de flytte til en annen kommune, ha fastlege i en annen kommune, eller oppholde seg i en annen kommune over én eller flere lengre perioder.

Mål om tilgang til relevant helseinformasjon om innbygger kan derfor ikke være begrenset til informasjon som oppstår eller brukes i forbindelse med kommunens egen tjenesteproduksjon utført av egne ansatte. Den bør også omfatte eksterne tjenestetilbydere som tilbyr tjenester på vegne av kommunen.

3. BETYDNINGEN AV INVOLVERING AV AKTØRENE I UTFORMING AV LØSNING OG BEHOV

Arbeidet skal ikke utvikle sluttbrukerløsninger (som journalsystemer og applikasjoner) selv. Det er det leverandørmarkedet og deres skaperkraft som skal gjøre gjennom bredden av store og små, etablerte og nye leverandører. I arbeidet ser en derimot både nødvendigheten og viktigheten av å få på plass nye og effektive sluttbrukerløsninger for helsepersonell og innbyggere. Arbeidet rettes mot nye sluttbrukerløsninger gjennom to grunnleggende forutsetninger som både skal få markedet til å fungere *bedre* enn i dag og skape kortere vei til markedet for flere leverandører:

- «Frigjøre» informasjon og gjøre den tilgjengelig for ny utvikling fra et *bredt* leverandørmarked
- Skape *felles arenaer* for samordning og felles behovssamarbeid, gode behovsbeskrivelser som grunnlag for utvikling av leverandørene, samt konsolidering av kundemakt.

I disse arenaene vil naturligvis et tett samarbeid med leverandørmarkedet som likeverdige aktører være avgjørende.

«Viktigheten av medvirkning og muligheten til å være med å forme løsninger er sentralt»
(FKJ aktørforum)

Arbeidet og realiseringen av målbildet skal skje stegvis. Dette betyr små, enkle og reversible steg med lav kostnad og risiko, men tydelig og konkret nytte. Det vil si at involveringen av aktørgruppene som blant annet helsepersonell, fastleger, innbyggere, pårørende, og leverandører vil skje *kontinuerlig gjennom hele tiltakets levetid*. Involvering, kartlegging og beskrivelser av behov flyttes inn som en del av et grunnleggende rammeverk, både gjennom prosesser for prioritering av behov (beskrevet i vedlegg 6.1) og gjennom å skape arenaer der dette kan skje (beskrevet i vedlegg 3.4). En stegvis tilnærming er i tråd med føringen prosjektet har fått fra Stortinget, og også stort sett i tråd med innspill og tilbakemeldinger fra ulike aktører gjennom involveringsaktiviteter.

Prosjektet har siden begynnelsen av 2022 gjennomført «aktørfora». Dette er en arena for økt involvering av relevante aktører. Deltagere har vært fra kommuner, bruker- og pasientforeninger, fag- og profesjonsorganisasjoner og nasjonale aktører. Aktørfora er gjennomført som digitale arbeidsmøter over 2-4 timer med jevn frekvens. I hvert aktørforum har ulike forhåndsdefinerte tema blitt drøftet, for å få faglige innspill, samt for å gå mer i dybden på innhold sammen med deltagerne. Målet har vært å få en trygghet for opplevd nytteverdi, innspill på retning, samt konkretisere og videreutvikle selve løsningsforslaget.

² Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) | Lovdata

³ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §3-4

Det er i ulike arenaer gitt innspill til hva som er viktig i det videre arbeidet fra ulike aktører. Her oppsummeres noen punkter som har vært viktige for konseptet, utforming av videre prosess for involvering og løsningssegenskaper. Selv om punktene kan være utformet med utgangspunkt i en aktørgruppe, mener vi dette bør legges til grunn for alle. Noen av punktene er:

«Det er viktig å bryte ting ned til enkeltstående og konkrete problemer som løser enkeltbehov fremfor store problemer samtidig og med en gang»
(FKJ aktørforum)

- Diskutere *hva som skal deles og når*
- Lokale fagfolk i kommunene må involveres og bli tatt med i prosessene
- Involvere aktørgruppene tidlig, organisere det rundt konkrete problemstillinger. Ta for seg en spesifikk brukerhistorie
- Viktig å analysere arbeidsprosessene - hva er faktisk problemet?
- Det må være mulighet for tilpasninger etterpå - ofte finner man ikke ut hva man har behov for før man har erfart.
- Vurdere hva man har i dag og hva man har behov for knyttet til informasjon. Det må ikke være fokus på å dele informasjon alene, men på *hva som skal deles*.
- Kommunene (og aktørene) må prioritere sine behov for å forbedre sine digitale journalverktøy.

4. AKTØRENE DRIVERE OG BEHOV

En driver er en ekstern eller intern tilstand som motiverer en organisasjon eller virksomhet til å definere mål eller gjennomføre nødvendig endringer for å nå målene⁴. Behovsbildet er bredt og innebærer lovkrav og forventninger, ulike tjenestoområder og profesjoner. Det foreligger et grundig utredningsarbeid fra tidligere, både gjennom Konseptvalgutredningen⁵ (2018) og i Sentralt styringsdokument (SSD) for Akson i 2020⁶. Over 40 kommuner og 300 helsepersonell var involvert i dette arbeidet⁷. Tidligere utredninger inneholder betydelige kartlegginger av samhandlingsbehovene, men med vekt på samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det foreligger færre beskrivelser knyttet til informasjons- og samhandlingsbehov mellom aktørene internt i en kommune. Dette har derfor vært en viktig oppgave i arbeidet.

Videre beskrives behovene til hovedaktørene helsepersonell, kommune, innbygger og næringsliv. Beskrivelsen er ikke uttømmende.

4.1. Helsepersonellens behov

I dette avsnittet gis en overordnet beskrivelse av følgende behov for helsepersonell:

Behov fra helsepersonell	
B1	Helsepersonell har behov for tilgang til relevant informasjon der og når behovet oppstår
B2	Helsepersonell har behov for effektive og brukervennlige løsninger tilpasset egne oppgaver

Tabell 2: Helsepersonellens behov

⁴ Motivation Elements: ArchiMate® 3.1 Specification (opengroup.org) | ArchiMate

⁵ Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste (Én innbygger – én journal) | Direktoratet for e-helse

⁶ Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning | Direktoratet for e-helse

⁷ Prop 1S, faktaboks 4.1, s.73

4.1.1. Helsepersonell har behov for tilgang til relevant informasjon der og når behovet oppstår

I kommunale helse- og omsorgstjenester brukes det mye tid på å sammenstille og holde oversikt over informasjon om pasienter og brukere. Stadig flere oppgaver er overført til kommunene. Pasientene har ofte mange ulike og til dels kroniske tilstander, hvor forståelse av helhetsbildet er avgjørende. Liggetiden i sykehus blir stadig kortere, hjemmebehandling benyttes for sykere pasient- og brukergrupper og det benyttes mer avansert medisinsk behandling i kommunene. I sum øker dette behovet for effektiv tilgang til relevant pasientinformasjon ytterligere i årene som kommer.

Mangel på informasjon utfordrer kontinuitet, trygghet for tilstrekkelig innsikt i pasient eller brukerens situasjon og dermed også riktig type og nivå på helsehjelpen. Liten eller fraværende samhandling kan innebære at helsepersonell har et manglende grunnlag for å vurdere riktig nivå på helsehjelp og hva som bør iverksettes av nye tjenester eller tiltak. Det kan forringe et allerede planlagt forløp, det kan utløse unødige undersøkelser eller prøver, og det kan i verste fall sykeliggjøre eller bidra til feilbehandling. Helsepersonell⁸ har behov for å jobbe på basis av den samme helhetlige, oppdaterte og korrekte informasjon til enhver tid.

Ulike grupper av helsepersonell behandler i varierende grad de samme brukerne og pasientene.

«Deling av data må skje på grunnlag av tjenstlig behov. Det er essensielt at man får på plass arbeidsprosesser med riktig tilgangsstyring» (FKJ aktørforum)

Fastlegene er et «nav» i helse- og omsorgstjenesten generelt og i den kommunale tjenesten spesielt. Fastlegen har også kontaktoflater med flere aktører utenfor helsesektoren. Gjennomsnittlig listelengde for fastleger ligger pt i overkant av 1000 innbyggere. Andre grupper, som for eksempel multi- og/eller langtidssyke, er oftere hos fastlegen og har et sterkere behov for oppfølging. Over tid etablerer fastlegen mye kunnskap om, og innsikt i den enkeltes situasjon. Dette

dokumenteres godt i fastlegens journal.

I kommunen er det mange helsearbeidere fra ulike fag- og tjenestegrupper som samarbeider om oppfølging av den enkelte pasienten, døgnet rundt. Det er mange som jobber deltidsvakter, og ofte skjer hyppige endringer i bemanningsplaner. Det gir et helt annet behov for enkel og umiddelbar tilgang til tilstrekkelig og oppdatert informasjon, både for den enkelte helsearbeideren og for samhandlingen. Dette skiller seg eksempelvis fra det 1:1-forholdet fastlegen etablerer til sine pasienter over tid.

Mange sykepleiere som jobber i tjenester i hjemmet, eksempelvis hjemmesykepleie, eller på sykehjem forholder seg nesten utelukkende til mennesker med varierende grad av kroniske og sammensatte lidelser. Dette kan dreie seg om innbyggere med et sammensatt og komplekst sykdomsbilde, med behov for tett oppfølging. Det kan oppstå akutte hendelser som fall, brå sykdom, endring i sykdomsbildet, kompliserte sår, legemiddelproblematikk eller lindrende og palliativ behandling. Grupper hvor mest mulig helhetlig kunnskap om tilstand, behandling og prognoser er av stor betydning. Dette er kunnskap som ikke er tilgjengelig i de kommunale systemene. Ofte er ikke de kommunale systemene oppdatert. Yrkesgruppene arbeider til alle døgnets og årets tider, og er ofte

I sykehusverdenen tenkes det ofte «én pasient – én tilstand».

Sånn er det ikke i kommunene.

Her finner vi de multisyke og livsløpsbrukerne, innbyggere med helhetlige pleie og omsorgsbehov, fra en rekke ulike tjenester.

Ortopeden på sykehuset ser en eldre mann med lårhalsbrudd. Kommunen ser derimot en mann med KOLS, begynnende demens, en kone som sitter i rullestol og en voksen sønn med rusutfordringer. I tillegg har den eldre mannen nå brukket lårhalsen.

Et helt annet og sammensatt bilde som forutsetter høy grad av samhandling, men de ulike tjenestene bruker ofte ulike løsninger, og gjennomgående snakker ikke systemene med hverandre.

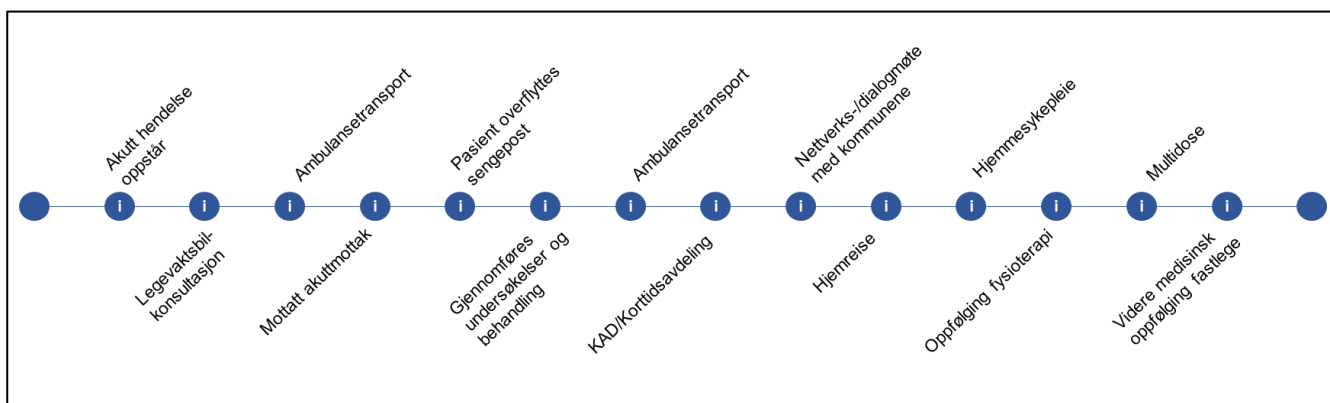
⁸ Med helsepersonell menes personell som utfører forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål (Helsepersonelloven).

alene på natt- eller helgevakt. I tillegg står sykepleieren i et avhengighetsforhold til fastlegen for medisinske vurderinger, spørsmål eller oppfølging av behandling. Da er behovet for tilgang til oppdatert og relevant informasjon, god informasjonsflyt og kommunikasjon enda viktigere.

«Å forbedre samhandling mellom aktører er hovedproblemet»
(FKJ aktørforum)

På toppen av det hele har pasientgruppene som behandles i de kommunale tjenestene oftest ulike behandlere (eksempelvis fastleger), og det kompliserer bildet ytterligere. Etersom tilgangen på nødvendig informasjon er liten, må sykepleierne ofte bruke mye tid for å få tak i riktig fastlege, gjerne via telefon. Dette er tids- og ressurskrevende i en oppjaget hverdag, og det er også et «forstyrrende» element i fastlegens arbeidsdag. Hadde relevant informasjon om pasientene vært tilgjengelig for deling, hadde dette vært unngått.

Helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester er svært selvstendige og står ofte alene i mange vurderinger. De fleste har kjent på frustrasjon over mangelfull, fraværende eller ufullstendig informasjon, og dermed et uklart bilde. Som sykepleier i hjemmesykepleien eller på et sykehjem kan man ikke bare rope på en kollega, men må stole på egne avgjørelser. Om det trengs legehjelp, må man forholde seg til legevakten utenfor fastlegens åpningstider. Når legen på legevakten skal ta sine avgjørelser, dvs. forordne eller avslutte behandling, må legen gjøre det basert på sykepleierens observasjoner og beskrivelser. Det er en vanlig arbeidsfordeling i helsetjenestene og på sykehusene. Hvis det er behov for ytterligere undersøkelse av pasienten så må legen rykke ut til pasienten, eller pasienten transporteres til legekantor eller legevakt. Tilgang til helhetlig og oppdatert informasjon ville representert en betydelig kvalitets- og effektivitetsheving for begge parter og dermed også bidratt til økt pasientsikkerhet.



Figur 1: Illustrasjon som viser antall mulige aktører og informasjonsbehov for pasientflyt ved fall hjemme

Helsepersonell har ikke nødvendigvis tilgang til nødvendig informasjon der og når de har behov for det. Dette kan være medisinske opplysninger, diagnoser, legemiddelopplysninger eller informasjon om pågående eller planlagte behandlinger.

E-meldinger har gitt samhandlingen ett stort løft, mellom kommunene og sykehus, men også med fastlegene. Likevel – mangel på ressurser og mobile verktøy til oppfølging gjør at det kan gå flere timer mellom svarene på informasjonsforespørslar, noe som kan bety tap av tid, betydelig og unødige kostnader og i verste fall tap av liv eller helse. Kunne helsepersonell selv innhentet informasjonen de har tjenstlig behov for gjennom egne arbeidsflater, hadde samhandling først og fremst vært knyttet til overgang mellom behandlere, ikke til grunnleggende informasjonsinnhenting.

«... Vi har ikke behov for å ha tilgang til alt, men relevant informasjon ...»
(FKJ aktørforum)

4.1.2. Helsepersonell har behov for mer effektive og brukervennlige løsninger tilpasset egne oppgaver

Mange av løsningene som er kommersielt tilgjengelig for kommunene i dag er silopreget. Dette betyr at løsningene i liten grad samvirker eller kommuniserer. Innføring av nye løsninger kommer ofte på

«Ansattmedvirkning i utformingen av systemer for en forenkling av arbeidshverdagen til de som bruker systemene er helt essensielt»

(FKJ aktørforum)

«toppen av» eller «i tillegg til», fordi løsningene har dårlig eller liten samhandling. Konsekvensen er at helsepersonellet må bruke mange ulike og usammenhengende applikasjoner for å kunne utføre arbeidsoppgavene sine. Hvilke løsninger helsepersonellet har tilgang til i kommunen i dag, er avhengig av rolle og organisatorisk tilhørighet. Helsepersonellet har ikke arbeidsflater som ivaretar felles innlogging, registrering av informasjon én gang, prosessstøtte eller automatisering i dag. Helsepersonellet har derfor behov for å kunne gjøre ting én gang og unngå unødig dobbeltføringer og ekstra administrasjon.

Siden mange jobber i ulike team på tvers av organisasjonen, er det også behov for at delt informasjon blir ivare tatt i arbeidsflaten. Gule lapper eller «svarteboka» med beskjeder til neste skift er fortsatt utbredt. Dette skaper merarbeid, fordi den muntlige informasjonen må skrives ned på nytt når den er mottatt. Sist, men ikke minst, innebærer det en risiko for at informasjonen oppfattes, tolkes eller tastes inn feil. Løsningene som brukes i dag dekker behov på flere områder og innenfor flere kompetanser og prosesser. For å oppnå en enklere og mer effektiv arbeidshverdag, er det behov for at personellens arbeidsflate er tilpasset den enkeltes arbeidsprosesser og at arbeidsflatene leveres standardisert på tvers av ulike enheter (mobil, PC, nettbrett). Løsningene må være brukervennlige. Helsepersonell har også behov for beslutningsstøtte.

«Det er viktig at teknologien følger brukeren og at man lagrer dokumentasjon felles. Så kan de som har behov for opplysningene hente ut informasjonen»

(FKJ aktørforum)

4.2. Kommunenes behov

I dette avsnittet gis en overordnet beskrivelse av følgende behov for kommunene⁹:

Behov for kommune	
B3	Samhandling og informasjonsdeling for å ivareta innbyggernes behov på tvers av tjenester
B4	Ivareta oppgaver og lovkrav, og levere tjenester av god kvalitet til innbyggerne
B5	Mer effektiv ressursbruk
B6	Informasjon for styring og kvalitetsforbedring
B7	Effektive prosesser knyttet til anskaffelser

Tabell 3: Behov for kommunene

4.2.1. Kommunene har behov for samhandling og informasjonsdeling internt for å ivareta innbyggernes behov på tvers av tjenester

Kommunene leverer tjenester til oss som bor og oppholder oss i kommunen på mange ulike områder, og i alle livets faser og situasjoner. I hvert av disse møtene er det behov for samhandling og

⁹Med kommune i denne sammenhengen menes kommunen som administrativ enhet

informasjonsdeling. Behovet for samhandling og deling av felles informasjon oppstår i flere dimensjoner:

- mellom tjenestesteder (mest innenfor, men også utenfor den enkelte kommunen)
- mellom personell innenfor det samme tjenestestedet
- i tid, både for historie, planlegging eller analyse for forbedringer

Kommunene skal sørge for at alle personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester¹⁰. Dette gjelder alle pasient- og brukergrupper. Kommunene står fritt til å velge å levere tjenestene gjennom eksterne ressurser og tjenester som private virksomheter eller gjennom interkommunale samarbeid. Dette skaper en ekstra utfordring når det gjelder å sikre samhandling og informasjonsdeling. I tillegg har kommunen et ansvar for å sikre at innbyggernes behov for tjenester ivaretas på helhetlig vis på tvers av fagsektorer. Barnehage, skole og barnevern er eksempler på store tjenesteområder hvor kommunen skal bidra til et helhetlig og koordinert tilbud til innbyggerne.

«Det er viktig å være oppmerksomme på informasjonsdeling av psykisk helse vs fysisk helse – der er det ikke naturlig at all informasjon deles på tvers»

(FKJ aktørforum)

Utover det enkelte helsepersonellens kunnskap og kompetanse, er journalen det viktigste verktøyet. Journalen er også hovedkilden til livsviktig informasjon. For å dekke de ulike tjenesteområdene, benytter de fleste kommuner flere ulike journalløsninger. Det er ofte 5-6 ulike journalløsninger i bruk i samme kommune, og de kommuniserer stort sett dårlig eller ikke i det hele tatt. Dermed er det liten eller ingen samhandling mellom løsningene. Selv internt i samme kommune får man ikke delt samme informasjon i samhandlingen om innbyggeren. Der man skulle delt informasjon direkte i løsningene, må man i stedet kommunisere muntlig, per telefon, i møter, via e-

meldinger eller på papir. Effektiv samhandling betyr at man kan finne relevant informasjon *der og når behovet oppstår*, uten å måtte involvere tredjepart med mindre det er nødvendig for en dypere forståelse. Informasjonsmessig blir kommunen ikke én samlet enhet, men et fragmentert landskap.

4.2.2. Kommunene har behov for å ivareta oppgaver og lovkrav, og levere god kvalitet på tjenester til innbyggerne

Kommunenes plikter innebærer at det er et betydelig kommunikasjons- og samhandlingsbehov internt i kommunen i forbindelse med kartlegging, saksbehandling, planlegging, gjennomføring og dokumentasjon.

Kommunene har utfordringer med å etterleve alle lovkrav, på flere områder i dag. En rapport fra Menon Economics¹¹ på oppdrag fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet, publisert i mai i 2022, konkluderte med at det på overordnet nivå ikke er noen av kommunene i utvalget som tilfredsstillende alle lovkrav fullt ut. Det er samtidig stor variasjon mellom kommunene. Kommunene leverer tjenester til sine innbyggere, og kommunene har behov for kapabiliteter for å kunne levere tjenester av god kvalitet.

«Graden av lovoppgjør i norske kommuner varierer mellom 50 og 99 prosent. Gjennomsnitt og median utgjør litt over 80%.»

(Menon economics (2022) Rapport «Ståa i norske kommuner» 46/2022)

4.2.3. Kommunene har behov for effektiv ressursbruk

Kommunene vil i årene fremover oppleve en sterk økning i etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester som følge av både eldrebølgen, økt spesialistbehandling i hjemmet og en forventet økning i andre grupper av omsorgstrengende. Økt alder betyr også økt behov for pleie. Statistisk sentralbyrå (SSB) beskriver i en fremskrivningsrapport¹² fra 2019 at vi allerede i 2035 risikerer en underdekning på 28 000 sykepleiere. Andre grupper av helsepersonell vil i varierende grad følge

¹⁰ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Kommunehelseloven) § 3.1 «Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester»

¹¹ Menon economics (2022) «RAPPORT – STÅA I NORSKE KOMMUNER», 46/2022

¹² «Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035» Geir Hjelmås, Jia Zhiyang, Tom Kornstad og Nils Martin Stølen – mars, 2019

samme utvikling. Det er en dramatisk økning på 14 år, i det som er kommunenes største tjenestoområde, sammen med oppvekst- og skolesektoren. Det som gjør situasjonen spesielt vanskelig, er at det ikke er et problem vi uten videre kan utdanne eller betale oss ut av. Vi må derfor jobbe på en måte som gjør at vi får levert flere tjenester enn i dag med god kvalitet, uten tilsvarende bemanningsøkning. Vi må legge til rette for å kunne jobbe smartere.

Journalsystemene i kommunale helse- og omsorgstjenester har manglende funksjonalitet for innhenting og sammenstilling av informasjon fra andre behandlere og tjenester. Informasjonen i dagens systemer ligger i formater som er ulike og lite strukturerte. Systemene krever mange manuelle operasjoner, og dobbeltføring er vanlig.

Selv om de fleste systemene tilbyr mobile arbeidsflater er det fortsatt mange prosesser eller registreringer man kun har tilgang til fra stasjonær pc, eksempelvis bruk av e-meldinger. Ansatte i hjemmesykepleien må kjøre tilbake til kontoret for å kunne sjekke og behandle e-meldinger, samt registrere ulike målinger, lete frem informasjon eller omprioritere personell. Dette resulterer i merarbeid gjennom dobbeltføring, samt risiko for feil informasjon eller at informasjon ikke registreres i det hele tatt. Det er en uholdbar situasjon når utvikling og behov for tjenester fremover forutsetter at stadig mer må utrettes på samme tid og med de samme ressursene. Vi må få løsninger som gjør det mulig å gjøre enkle oppdrag som dette underveis ute hos tjenestemottaker.

Mangel på informasjon kan også gi manglende vurderingsgrunnlag. For eksempel har ikke legevakten oversikt over hvilke andre kommunale tjenester en pasient mottar. Dette kan gi utslag i unødige innleggelse, unødige undersøkelser eller prøver og i verste fall feil og skadende behandling. Det kan også føre til oppstart av nye tjenester eller innleggelse som kunne vært unngått dersom man hadde hatt et godt helhetsbilde.

4.2.4. Kommunene har behov for informasjon til styring og kvalitetsforbedring

Kommunene har et betydelig og økende behov for gode styringsdata. Vi går en utfordrende tid i møte, der behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke drastisk. Kommunene må kunne utnytte og styre ressursene effektivt, der og når behovet oppstår, men dagens journalløsninger tilbyr lite strukturerte styringsdata, og det som eventuelt finnes er vanskelig å få hentet ut. Gode styringsdata vil i tillegg være essensielt for å måle og optimalisere kvalitet på tjenestene som gis og analysere kvalitetsavvik internt på en bedre måte. I dag får man heller ikke anvendt informasjon og trender for å planlegge opplæring og kompetansebehov for å møte fremtidens behov.

4.2.5. Kommunene har behov for effektive prosesser knyttet til anskaffelser

I kommunene brukes også mye ressurser og kapasitet på prosesser som kunne vært utført i større grad av fellesskap, eksempelvis leverandøroppfølging eller anskaffelsesprosesser. Tilsvarende brukes mye kapasitet på nye piloteringer (ofte av samme løsning og samme behov) i ulike kommuner. Evne til skalering og utbredelse kan være utfordrende, og kommunene har et stort behov for å kunne samhandle og erfare/lære av hverandre, samt få forenklede prosesser for nyanskaffelser.

4.3. Innbyggers behov

I dette avsnittet gis en overordnet beskrivelse av følgende behov for innbyggerne:

Behov innbygger	
B8	Behov for riktig behandling til riktig tid
B9	Behov for samlet informasjon for å kunne ivareta en aktiv rolle i egen behandling og oppfølging
B10	Behov for enkle og gode tjenester for innsyn og oversikt i egen informasjon og bruken av denne

Tabell 4: Innbyggers behov

4.3.1. Innbygger har behov for riktig behandling til riktig tid

Innbygger har gjennom ulike lovverk en rekke rettigheter. Innbyggerne skal settes i sentrum gjennom utvikling av mer sammenhengende tjenester¹³ og pasientsikkerheten skal stå sterkt. Innbyggers rett til innsyn i, og kontroll over egne opplysninger er helt sentralt. I årene som kommer er det også grunn til at denne rettigheten vil styrkes, spesielt gjennom EU's bebudede forordning om European Health Data Space (EHDS) som forutsetter at alle innbyggere i EØS-området skal – uavhengig av hvor de befinner seg i området – ha tilgang til sin samlede helseinformasjon, både for eget bruk og slik at det kan gjøres tilgjengelig for behandlere. Planen er at forordningen skal behandles i 2025. (EHDS er mer utførlig omtalt i vedlegg 3.2 og 5.1).

I helse- og omsorgssektoren er det pasientforløpene som er «produksjonskjeden», og det er kunnskapen – informasjonen – om den enkelte innbyggeren som driver forløpet. Sektoren er med andre ord helt informasjonsdrevet. Tilgangen til en mest mulig helhetlig, oppdatert og korrekt informasjon er av grunnleggende betydning, både i behandlingen av den enkelte, men også knyttet til å kunne utvikle tjenestene ved å utnytte nye løsninger innen informasjonsteknologi slik at vi kan frigjøre tid til pasientbehandling.

Hvert år er det mange innbyggere som opplever å få feil behandling. Deling av informasjon vil ikke alene kunne sikre at det ikke gjøres feil, men oppdatert informasjon og medikamentliste vil i stor grad redusere denne risikoen. Sagt på en annen måte, det burde være nødvendig at vi fortsatt i 2022 opplever feilbehandling på grunn av manglende, ufullstendig eller feil informasjon om den gjeldende pasient. Ulike aktører har ulike kilder der det produseres informasjon, dette kan resultere i flere «sannheter». Felles relevant informasjon bør bidra til å gi helsepersonell én felles «sannhet», ikke mange. Dette gir også et bedre utgangspunkt for å endre fra et behandelende perspektiv til større grad av forebyggende perspektiv.

En optimal pasientsikkerhet er målet for all aktivitet i helsesektoren, fra det tidlige forebyggende til det diagnostiske og terapeutiske. Hele denne kjeden hviler på at alle aktører, innbygger selv og ulike behandlergrupper har tilgang til best mulig, mest mulig helhetlig, korrekt og oppdatert informasjon.

Innbyggerne har behov for en trygghet i at riktig behandling gis til riktig tid. En viktig forutsetning for dette er tilgang til oppdatert og relevant informasjon. Mangel på relevant informasjon kan gi et mangelfullt grunnlag for å vurdere riktig nivå på helsehjelp og hva som bør iverksettes av nye tjenester eller tiltak.

Innbygger opplever i dag at behandlerne ikke har tilstrekkelig eller oppdatert informasjon fordi informasjonen er spredt rundt i ulike systemer hos de ulike behandlerne. Det er derfor et sentralt behov at innbygger ikke lenger skal måtte være bærer av denne informasjonen mellom ulike behandlere.

«Omfanget av pasientskader i kommunehelsetjenestene er lite kjent.»

Fra 1. juli 2019 har Helsetilsynet og Ukom mottatt varsler om alvorlige hendelser også fra kommunene og private som yter helse- og omsorgstjenester.

Blant de alvorlige hendelsene var det en overvekt av saker som dreide seg om sykehjem, omsorgssentre og helsehus og også om kommunale tjenester innen psykisk helse og rus.

Pasient- og brukerombudene har også mottatt en rekke saker knyttet til tjenestesteder i den kommunal helse- og omsorgstjenesten. I 2017 utgjorde det 32 prosent av alle sakene.

Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24–7» viser til en britisk undersøkelse (The Health Foundation 2011) som gjør det sannsynlig å regne med at det skjer skader i 1–2 prosent av konsultasjonene i den britiske primærhelsetjenesten. I denne undersøkelsen er hendelsene knyttet til kommunikasjon eller feilmedisinering.

Fakta: Så mange pasientskader og alvorlige hendelser skjer (sykepleien.no)

¹³ Kommunal- og moderniseringsdepartementet, «En digital offentlig sektor - Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025»

4.3.2. Innbygger har behov for samlet informasjon for å kunne ta en aktiv rolle i egen behandling og oppfølging

Det er en nasjonal målsetning¹⁴ at innbyggerne skal få delta mer aktivt i egen behandling og oppfølging. Dagens systemer underbygger ikke dette i nevneverdig grad siden informasjon ligger spredt i ulike systemer avhengig av hvilke behandlere man har vært hos. Informasjonen kan i svært liten grad anvendes eller brukes aktivt i oppfølging eller behandlingsformål. Pasientene skal være informert og involvert i egen behandling, det er nedfelt som en absolutt rettighet. Da må de som selv ønsker det sikres kunnskap og innsikt. Vi vet at mange opplever at de blir friskere når de er bedre informert om egen situasjon og prognose og involvert i egen behandling. Innbygger har både behov for å kunne lese og ha oversikt over informasjon om egen helse, samt kunne bruke og nyttiggjøre seg informasjonen. Tilsvarende vil dette gjelde for pårørende som følger opp sine nærmeste, så lenge innbygger har samtykket til dette.

«Fokus på å forenkle arbeidshverdagen til de som skal bruke systemene er essensielt, men også at man må skape løsninger som er gode fra pårørende-perspektivet.»
(FKJ aktørforum)

4.3.3. Innbygger har behov for enkle og gode tjenester for oversikt over egen informasjon

De skandinaviske landene generelt og Norge spesielt er tillitsbaserte samfunn. Det innebærer at tilliten til det offentlige også er gjennomgående høy. GDPR gir innbygger rett til innsyn i egne personopplysninger, og i tillegg har den registrerte rett til at uriktige opplysninger blir korrigert. Innbyggeren har også «rett til å bli glemt» under visse forhold. Innbygger har behov for å kunne skjerme informasjon som ikke ønskes delt eller få oversikt over hvem som har anvendt og sett deres informasjon. Det er også behov for å kunne velge deling med eksempelvis pårørende. Innbygger, og pårørende, har derfor behov for tillit til at informasjon håndteres riktig.

«Personvern er veldig viktig å ta med: Hva er relevant informasjon? Innenfor psykisk helse er dette vanskelig.»

(FKJ aktørforum)

4.4. Næringslivets behov

I dette avsnittet gis en beskrivelse av følgende overordnede behov for næringslivet:

Behov næringsliv	
B11	Næringslivet har behov for å bruke ressurser mer effektivt.
B12	Næringsliv har behov for tilgang til informasjon for utviklingsmuligheter.
B13	Næringslivet har behov for gode behovsbeskrivelser.

Tabell 5: Næringslivets behov

4.4.1. Næringslivet har behov for å bruke ressurser mer effektivt

For leverandørene kan anskaffelsesprosessene være ressurskrevende. Oppfølging og 1-1 dialog med enkeltkommuner i anbudskonkurranser kan være vanskelig å prioritere, samtidig som høy endringstakt, utvikling, gjennomføring og idriftsetting av nye løsninger også kreves av kundene.

¹⁴ Blant annet gjennom Stortingsmelding 9, En innbygger – en journal

4.4.2. Næringslivet har behov for tilgang til informasjon for utviklingsmuligheter

Markedet er i dag preget av allerede etablerte journalleverandører. Tilbakemeldinger som er kommet i

«Det er sentralt at plattformen ivaretar alle leverandører – fra de små til de store»

(FKJ aktørforum)

ulike arenaer underbygger at særlig mindre eller nye leverandører kan oppleve det utfordrende å komme inn på markedet eller utbre eller skalere produkter. De nye, mindre eller innovative leverandørene uttrykker et behov for tilgang til informasjon for å videreutvikle eksisterende løsninger, utvikle nye løsninger eller tjenester samt for å bli en reell konkurrent i markedet.

«Løsningen kan sees på som en plattform for næringsutvikling som bygger norsk helseindustri»

(FKJ aktørforum)

Det foreligger derfor et behov for å sikre at informasjon er tilgjengelig for et bredt utvalg av leverandører.

4.4.3. Næringslivet har behov for gode behovsbeskrivelser

Kommunene har tradisjonelt sett i mindre grad samarbeidet om å definere felles behov som underlag

«Ønsker at FKJ kan bidra til å øke innovasjonsgraden i helsetjenesten»

(FKJ aktørforum)

for utvikling av felles løsninger, selv om det finnes gode eksempler på det motsatte. Innovasjon skjer i stor grad lokalt og nært tjenesten, og dette er både viktig og helt sentralt for å møte brukernes behov. Det kan imidlertid også føre til at resultatene ikke alltid oppfattes eller gjenbrukes i andre tjenesteområder i kommunen. Tilsvarende gjelder mellom kommuner. Kommunene opptre også i stor grad i én til én dialoger med de ulike leverandørene, og alt dette har bidratt til at sluttbrukerløsningene framstår i en rekke lokale særutgaver som dekker ulike (lokale) behov. Dette fører

til høye kostnader knyttet til vedlikehold og videreutvikling både for leverandører og kommuner. Leverandørene har også behov for tilgang til ressurspersoner hos kommunene som kan bidra til effektiv utvikling gjennom å sikre god behovsforståelse, testing, tilbakemelding og justering.

5. OVERORDNEDE KRAV OG PRINSIPPER TIL LØSNING

Prosjektets føringer er gitt gjennom St. Prop. 1S (2020-2021), samt St. Prop. 1S (2021-2022). Føringene inneholder overordnede krav til løsning, gjennomføring, styring, organisering og finansiering.

På bakgrunn av overordnede rammer og føringer, samt de behovene vi har beskrevet ovenfor, har vi etablert krav eller egenskaper som løsningen må oppfylle. De presenteres nedenfor.

5.1. Krav til løsning

Vi har et tydelig oppdrag knyttet til å:

- *Understøtte kommunenes behov for bedre, mer effektive og moderne journalløsninger.*

Vi skal ikke utvikle nye journalløsninger. Vi skal beskrive mulige løsninger og hvordan de kan gjennomføres på en realistisk måte. Dette må gjøres i et bredt samarbeid med representanter for kommunene, næringslivet og ulike bruker- og pasientforeninger, fag- og profesjonsorganisasjoner samt andre relevante offentlige aktører. Tilgang til relevant pasientinformasjon er et helt sentralt og grunnleggende krav til en fremtidig løsning. «Innelåst» informasjon har ført til liten utvikling på journalområdet. En plattform, med informasjon tilgjengelig for innbygger, helsepersonell, kommunene og som grunnlag for utvikling fra flere leverandører, er derfor en absolutt og grunnleggende forutsetning for at kommunene skal lykkes og for å få fart på utviklingen av nye journalløsninger.

- *Løsningene skal utvikles og tilrettelegges for digital samhandling*

Det forutsetter å sikre informasjonsdeling og samhandling på tvers av:

- tjenestegrupper
- tjenesteområder

- kommuner
- forvaltningsnivå
- samfunnssektorer

Det må skje i en stegvis utvikling og gradvis over tid.

- *Helsepersonellet må også oppleve sømløse arbeidsflater.*

Det må legges til rette for at helsepersonellet i større grad enn i dag får helhetlige arbeidsflater som ivaretar felles innlogging, engangs registrering av informasjon, prosess-støtte og automatisering.

Dette må være uavhengig av at den samlede arbeidsflaten kan bestå av forskjellige applikasjoner fra ulike leverandører.

- *Løsningen skal understøtte utvikling av helhetlige og gjennomgående arbeidsprosesser.*

IT-løsninger er verktøy og har liten verdi i seg selv. Det er bruken av verktøyene som skaper nytte. Et kjennetegn på gode verktøy er at de legger til rette for nye måter å utføre og organisere arbeidet på slik at kvalitet og/eller effektivitet øker. Det er også bakgrunnen for uttrykket «digital transformasjon». De gode IT-løsningene legger til rette for en omforming og endring av måten vi jobber, dvs. tjenesteinnovasjon. Det er spesielt i overganger mellom ulike behandlere at verdien av og behovet for å dele informasjon er størst. Arbeidet med å kartlegge hvordan vi kan forbedre forløp, hvilken informasjon som bør utveksles og mellom hvilke aktører osv. vil kunne bidra til en stegvis og gradvis utvikling av helhetlige, gjennomgående arbeidsprosesser. Dette kan også føre til større grad av samarbeid og samordning. Samtidig er det først når verktøyene møter brukerne og deres behov at «magien» oppstår. Derfor er det så viktig at vi i fremtiden utvikler løsninger som er modulære og skalerbare, slik at de raskt kan tilpasses nye og endrede behov i møte med brukerne.

- *Det skal etableres en reell valgfrihet for kommunene.*

Det er et absolutt krav at kommunene som behandlings- og dataansvarlig har fullt eierskap og kontroll over pasientinformasjonen. I dagens marked opplever mange kommuner at de ikke har en reell mulighet til å bytte løsning eller leverandør. Det oppleves som for dyrt, risikofyllt og krevende. Det bidrar til monopoler, dvs. at man som kunde er bundet til den valgte leverandør, selv om det formelt sett er et fritt marked. I fremtiden må vi sikre at informasjonen er fristilt fra løsningene og at grunnleggende felles krav er ivare tatt slik at bytte av leverandør og løsning kan gjennomføres enklere.

Kommunene har stor frihet til å organisere helse- og omsorgstjenestene ut fra lokale forhold og behov. Hver kommune skal kunne velge fritt hva, når og hvordan man ønsker å ta i bruk nye løsninger. Dette vil påvirke evnen til å realisere nytte og gevinster i den enkelte kommunen. For å understøtte likeverdige løsninger, må det stilles grunnleggende krav til alle aktørene i det kommunale økosystemet. På denne måten kan applikasjoner (for eksempel journalløsningene den enkelte kommune tar i bruk) være ulike og tilpasset ulike kommunale behov, samtidig som grunnleggende funksjonalitet og krav (for eksempel minimumskrav til informasjonsdeling) ivaretas av alle.

- *Personvern og informasjonssikkerhet skal ivaretas i løsningsdesign*

Kravene til personvern og konfidensialitet er fundamentale og må sikres i det grunnleggende løsningsdesignet. Alle innbyggere skal:

- sikres tilgang og kontroll med egne helseopplysninger
- være trygge på at informasjon er oppdatert og korrekt
- være trygge på at informasjon ikke kommer på avveie
- ha fullstendig innsyn i hvem som har produsert, endret eller sett på egne opplysninger
- kunne reservere seg mot at bestemte helsepersonell får tilgang
- være trygg på at informasjonen følger innbyggeren og er lett tilgjengelig for alle ulike deler av helse- og omsorgssektoren

- *Innbygger skal gis en aktiv rolle i egen oppfølging og behandling.*

Det er godt dokumentert at informerte og involverte pasienter har bedre forutsetninger for tilfriskning. Det er et overordnet mål at fremtidens løsninger gir innbyggerne en reell og aktiv rolle i egen oppfølging og behandling, om ønskelig. For å få det til, må vi utvikle løsninger som samler helhetlig, oppdatert og korrekt informasjon enten i fysiske¹⁵ eller logiske¹⁶ lagre. I tillegg må vi sørge for at informasjonen er tilgjengelig via kanaler som fremstår som enkle og logiske å finne frem til og bruke. Vi vil bygge på strategien om at innbyggerne skal ha én samlet plattform for helseinformasjon, for tiden helsenorge.no. I tillegg må det åpnes for at innbygger også kan nå den samme informasjonen gjennom kommunens egne portaler og tjenester. Det er viktig å sikre at innbygger opplever sømløs overgang mellom de ulike digitale innbyggertjenestene. Dette forutsetter at den nasjonale informasjonsarkitekturen bidrar til å realisere dette, og ikke minst at de ulike innbyggertjenestene sees i sammenheng – herunder FIKS-plattformen for felles rammeverk for en rekke innbyggertjenester i kommunal sektor. Det bør tas som utgangspunkt at utvikling og innovasjon for helsepersonell også utvides til å inkludere innbyggerne og brukerflatene de benytter.

- *Leverandørene skal sikres gode konkurransevilkår i et levende e-helsemarked.*

Det er en absolutt forutsetning at konkurrerende applikasjonsleverandører i et levende leverandørmarked skal gi god dekning av funksjonelle behov innen kommunale helse- og omsorgstjenester gjennom utvikling, salg og drift/vedlikehold av ulike IT-løsninger. Det er ikke en offentlig oppgave å utvikle funksjonelle applikasjoner. Det bør derimot legges til rette for gode forretnings- og finansieringsmodeller og at et «felleskjøp» kan spare kommuner og leverandører for ressurskrevende anskaffelsesprosesser.

- *Det skal legges til rette for innovasjon, forskning og utvikling*

Data, anonymiserte eller åpne, skal kunne gjøres tilgjengelig for innovasjon, forskning og utvikling lokalt, i samarbeid med andre, og i nasjonale sammenhenger.

6. VIRKNING OG EFFEKT FOR AKTØRENE I MÅLBILDET

I dette kapitlet beskrives antatt effekt tiltakene kan gi aktørene på lang sikt i et målbilde.

Videre beskrives tiltakets antatte virkning for helsepersonell, kommuner, innbygger og næringsliv i et målbilde.

6.1. Hva er tiltakets virkning for helsepersonell?

I dette avsnittet beskrives målbildets antatte virkning for helsepersonell. Det beskrives også hvilke forutsetninger som må være på plass, identifisert på det nåværende tidspunkt i arbeidet. Dette må også være en del av oppdatering og videreutvikling som gjøres på bakgrunn av første utprøvningsperiode, og relevant læring og erfaring herfra.

Effekt målet for helsepersonell er:

Sikker og enkel tilgang til relevant pasientinformasjon som legger grunnlag for samhandling, kontinuerlig tjenesteutvikling og helhetlige arbeidsprosesser.

Med utgangspunkt i dette effekt målet har vi ledet ut følgende virkninger for helsepersonell:

¹⁵ Med fysisk lager menes her en felles datakilde/database/register som er samlet i én og samme kilde, slik det for eksempel er tilfelle med folkeregisteret

¹⁶ Med logisk lager menes her en løsning som sammenstiller informasjon fra flere ulike fysiske kilder i sanntid, slik at det fremstår for brukeren som om det dreide seg om et fysisk lager.

Effekt/virkning, helsepersonell	
E1	Tilgang til relevant informasjon som er oppdatert, helhetlig og korrekt
E.1.1	Bedre grunnlag for vurdering av riktig nivå på helsehjelp, ivareta og sikre kontinuitet i allerede planlagte eller pågående behandlinger og for å iverksette riktig tiltak
E.1.2	Tidsbesparelser i innhenting av informasjon- relevant informasjon er tilgjengelig i sanntid
E2	Utvikling av helhetlige arbeidsprosesser og tjenester
E.2.1	Innflytelse på utvikling av store og mindre løsninger som støtter faktiske behov
E.2.2	Tilgang til arenaer for felles innsats knyttet til innovasjon
E.2.3	Mer effektive arbeidsprosesser som et resultat av inkluderende produktutvikling
E.2.4	Unngått tidsbruk
E.2.5	Reduserte kostnader

Tabell 6: Effekt/virkning, helsepersonell

6.1.1. E1 Helsepersonell har tilgang til relevant helseinformasjon som er oppdatert, helhetlig og korrekt

Helsepersonell i en kommune skal sikres tilgang til relevant pasientinformasjon som er oppdatert, helhetlig og korrekt basert på behov de har, når og hvor behovet oppstår og hvilken behandlergruppe personellet tilhører. Gjennom tilgjengeliggjøring av riktig informasjon får helsepersonell bedre forutsetninger for å vurdere nivå, planlegging og utføring av helsehjelp. Dette vil også gi helsepersonellet trygghet om at kontinuitet ivaretas og sikres i allerede planlagte eller pågående behandlinger. Det skal både styrke pasientsikkerheten og gi tjenester av høyere kvalitet, samt sikre mer effektiv ressursbruk i helse og omsorgstjenesten understøttet av det enkelte helsepersonell.

Gjennom tilgang til oppdatert informasjon, kan helsepersonell arbeide mer helhetlig og koordinert rundt pasienten og dens problemstillinger. I tillegg er helsepersonell i større grad sikret muligheter for en likere forståelse, som igjen vil gi gevinster i form av kontinuitet i behandling og oppfølging av pasienten.

Eksempel

Kommunene velger systemer fra markedsplassen ut ifra behovene de skal dekke. Det kan både være komplette journalsystemer som vi kjenner dem i dag, men det kan like gjerne være mindre applikasjoner som benytter journalverdig informasjon og som er svært avgrenset i funksjonalitet. Det er leverandørene i markedet som skal levere disse løsningene, akkurat som i dag. Prosjektet vil stille krav for felles informasjonsdeling som de ulike journalsystemene og applikasjonene må følge. Hvilke arbeidsverktøy helsepersonellet forholder seg til, vil være avhengig av hvilke journalsystemer eller applikasjoner kommunen, fastlegen eller andre har valgt på markedsplassen. Dette vil variere fra kommune til kommune ut ifra behov.

Siri er helsefagarbeider på et sykehjem. Hun opplever nå å få tilgjengelig relevant informasjon gjennom sitt arbeidsverktøy. Hun anvender både et journalsystem fra en leverandør, men også flere mindre applikasjoner. Felles er at informasjon kan legges inn én gang fordi alle løsningene kommuniserer mot plattformen. Siri starter sin arbeidsdag ved å identifisere seg og logge seg inn i sitt arbeidsverktøy. Det er tilstrekkelig å logge inn én gang, så kan hun bevege seg mellom journalsystemet og de ulike applikasjonene. Arbeidsflaten understøtter og er tilpasset hennes arbeidsprosesser.

6.1.2. E2 Bedre forutsetninger for kontinuerlig tjenesteutvikling og helhetlige arbeidsprosesser

Tilgang til relevant informasjon vil gi nye muligheter for å kunne utvikle og levere nye sluttbrukerapplikasjoner, tjenester på nye måter (tjenesteutvikling) og for å gi bedre tilrettelagte arbeidsprosesser.

Gjennom at helsepersonell får reell innflytelse på utvikling av større og mindre løsninger, kan det bidra til at applikasjonene som tilgjengeliggjøres treffer helsepersonellens behov i større grad. Fra dagens praksis der vi i større grad tilpasser våre arbeidsprosesser til hva som er mulig i løsningene, kan endringen medføre at nye løsninger utvikles på bakgrunn om ønske i endring av arbeidsprosesser. Det vi vet, er at man i kommunene er avhengig av å endre allerede eksisterende arbeidsprosesser for å møte utfordringene som kommer. Gjennom en arena for felles innsats knyttet til innovasjon, vil man kunne legge til rette for medvirkning og involvering for å finne de beste løsningene for fremtiden.

Felles krav til løsninger og bruk av informasjon skal sikre at det fungerer mer sømløst å ha flere løsninger enn i dag. Dette kan også resultere i mindre applikasjoner mer spisset mot enkelte behov. Dette skal gi helsepersonellet større grad av løsninger som støtter deres behov i daglig arbeid og en forenklet og mindre tidkrevende prosess for innlogging og bevegelse fra ett system til et annet.

Et mål er at det legges til rette for at helsepersonell får støtte i sine arbeidsoppgaver. Løsningene som tilbys fra leverandørmarkedet må være enkle, intuitive og i stor grad la seg tilpasse den enkeltes hverdag og utviklingen i arbeidsprosesser. Løsningene må ha støtte i ulike arbeidsprosesser som utføres, og prosessene er automatisert der det er hensiktsmessig. Ved arbeidsprosesser som involverer flere løsninger, må prosessstøtten følge gjennom de ulike systemene. Gjennom involvering og medvirkning i egne arenaer vil det være mulig å nå disse målene.

Erfaring fra Helseplattformen er at gjennomgang av arbeidsprosesser bidrar til opprydding og effektivisering internt i kommuner. Nå er det lettere å se hvilke områder eller deler av prosesser som kan utgå eller justeres.

Når vi skal dele informasjon, må vi tenke gjennom hva som skal deles, med hvem og når det skal deles og hvorfor det skal deles. I realisering av informasjonsbehovene, vil forbedring basert på hvordan helsepersonell ønsker å arbeide og hvordan de ønsker å samhandle med hverandre være svært viktig. Dette vil bidra til utvikling av eksisterende eller nye arbeidsprosesser, og bidra til mer helhetlige prosesser. Dette kan gi mer effektive arbeidsprosesser, og dermed bidra til unngått tidsbruk og reduserte kostnader.

Eksempel

Helge arbeider som fastlege på et legekantor. I forbindelse med innovasjon og behovsarbeid for realisering av nye løsninger, er han deltager i gjentakende prosesser som del av kommunenes helsefaglige miljø på innovasjonsarenaen. Her bidrar deltagerne til å definere hva som må oppnås i et bruker- og tjenesteperspektiv, i tett samarbeid med leverandørene. Helge har en viktig rolle med å definere hvilken informasjon som er relevant, hvem det er behov for å utveksle den med, når den må utveksles og hvordan dette leder til en helhetlig arbeidsprosess. Han bidrar også i arbeidet med å kartlegge nåværende arbeidsprosesser for å komme med innspill til optimaliseringer. Arbeidet resulterer i en felles behovsbeskrivelse som deles på innovasjonsarenaen og som alle leverandører har tilgang til og kan utvikle på bakgrunn av. På denne måten skal også markedsplassen kunne tilby flere løsninger som dekker samme behov og som gjør at helsepersonellet velger de sluttbrukerløsningene som fungerer funksjonelt best for dem

6.1.3. Hva er forutsetningene for å nå virkningene for helsepersonell i et målbylde?

En forutsetning for tilgang til relevant informasjon som er oppdatert, helhetlig og korrekt, er at informasjon fra ulike løsninger og kilder tilgjengeliggjøres i sanntid. Det er også en forutsetning at informasjonen er av god kvalitet. I forkant bør det gjennomføres en øvelse for prioritering av hvilke informasjonskvaliteter som er viktigst (se mer informasjon i vedlegg 3.2). Det er særlig viktig i de tilfellene der det kan være motstridende egenskaper mellom kvalitetene.

Det blir viktig å definere og vurdere hva som er relevant pasientinformasjon ved stegvis realisering av nye informasjonsbehov. Dette må også vurderes for å overholde dataminimeringsprinsippet (se mer i bilag 3.3.1) i størst mulig grad.

For å få til nye og effektive løsninger som støtter helsepersonellens behov, er det en forutsetning med prosesser som gir god klinikerinvolvering. Innovasjonsarenaen er ment å understøtte et slikt arbeid og er beskrevet i vedlegg 3.4. På innovasjonsarenaen kan fagkompetanse fra sentrale aktører samhandle om et felles behovsgrunnlag som leverandørene kan bruke i utvikling av applikasjoner. Dette arbeidet skal sette behovene i sentrum, og vil innebære helt sentrale aktiviteter som å definere en ny ønsket beste praksis av arbeidsprosessene. En felles struktur blir sentral når man gjennomgår hvilken informasjon som er relevant og bør deles, hvem informasjonen skal deles med og når. Tilsvarende må dagens arbeidsprosesser kartlegges godt, slik at man har god oversikt over hva som endres, hvem som påvirkes og hvordan man ønsker å optimalisere og endre. Helsepersonellet vil også være tett på utvikling og testing med leverandører.

Dersom helsepersonellet skal få bedre mulighet til å velge løsninger som passer deres behov, også mindre sluttbrukerløsninger som dekker mer spesifikke behov, er det en forutsetning at applikasjonene fungerer sammen og at det skjer sømløst¹⁷. Felles bruk av informasjon, slik at informasjon kan legges inn én gang og i én løsning, er derfor helt nødvendig. Tilsvarende må pasientinformasjonen være tilgjengelig uten ny pålogging, og pasient- eller brukerkonteksten bør beholdes i den nye brukerflaten.

En forutsetning for å sikre at riktig helsepersonell får tilgang til riktig informasjon, er tydelige krav og føringer for autentisering og autorisering. Det må også foreligge en tydelig oversikt og forståelse av roller og ansvar.

¹⁷ Med sømløst menes at bruker kan bevege seg fra ett system til et annet, og det «oppleves» som de arbeider i samme journalsystem når de kommer inn i ny brukerflate.

I dag er deling av informasjon et unntak, og ikke en selvfølge. En fremtid med utstrakt grad av deling av informasjon og mer felles arbeidsprosesser vil innebære en betydelig endring. Realisering av virkningene i et mål bilde forutsetter aktiv og bevisst endringsledelse, og dette må starte tidlig. Den største endringen vil være at informasjon skal være tilgjengelig for alle profesjoner og tjenester, også uten at den blir etterspurt. Det vil stille høyere krav til hva som dokumenteres, hvordan det dokumenteres, tilstrekkelig kontekst osv. Dette vil skje stegvis og på avgrensede områder, ettersom de ulike informasjonsbehovene realiseres fortløpende.

Felles samarbeid, tjenesteutvikling og helhetlige arbeidsprosesser kan også bety en større grad av kompromiss mellom profesjoner og tjenester for å finne best mulig nytteverdi for alle involverte aktører. Det er også viktig med et tankesett hvor vi ikke tror at vi skal løse alt med én gang, men hele tiden vurdere det neste skrittet som kan gi mest mulig verdi. Helsepersonell må utfordres til å gi tilbakemeldinger på hva som fungerer godt og det som ikke fungerer, samt hele tiden være bevisst på nye behov som oppstår i arbeidshverdagen. Disse behovene blir det viktig å presentere, ivareta og videreføre gjennom innovasjonsarenaen. Dermed kan man sikre utvikling av nye tjenester eller løsninger som kan bidra til ønsket utvikling. Helsepersonell generelt, men spesielt ledelsen, må derfor bli godt involvert og informert i hvordan vi bør håndtere og promotere nye behov fremover for å nå målbildet.

God opplæring og informasjon ved realisering av ny funksjonalitet og informasjon i helsepersonellens løsninger er viktig for å sikre at det anvendes riktig og best mulig.

6.2. Hva er tiltakets virkning for kommunene?

I dette avsnittet beskrives målbildets antatte virkning for kommunene. Det beskrives også hvilke forutsetninger som må være på plass, samt eventuelle hindringer. Effektmålet for kommunene er **Økt kvalitet i tjenestene, bedre grunnlag for styring og mer effektiv ressursbruk.**

Med utgangspunkt i dette effektmålet har vi ledet ut følgende virkninger for kommuner:

Effekt/virkning, kommune	
E3	Kvalitetsforbedring på bakgrunn av bedre analysegrunnlag
E.3.1	Bedre grunnlag for å kunne gjennomføre analyser
E.3.2	Lettere å avdekke konkrete risikoer og tiltak for kvalitetsforbedring basert på bedre styringsdata
E.3.3	Kan bidra til økt forsvarlighet og effekter i form av unngåtte kostnader og besparelser
E4	Mindre feil og avvik i tjenestene i vurdering, tiltak og behandling av innbyggere
E.4.1	Mindre feil og avvik gir større tillit til kommunen
E.4.2	Reduserte kostnader knyttet til arbeidstid for personell, utstyr til behandling eller unngåtte langvarige behandlinger
E.4.3	Bedre personvern og informasjonssikkerhet, som realiseres gjennom en mer enhetlig tilnærming til krav og arkitektur og risiko- og personvern vurderinger (ROS og DPIA)
E5	Frigjort tid fra administrative oppgaver til pasientrettet kontakt
E.5.1	Redusert tidsbruk til informasjonsinnhenting og dokumentering

E.5.2	Økt pasient- og brukerkontakt
E,5,3	Understøtte kapasitetsutfordringene i tjenestene
E6	Unngåtte kostnader til anskaffelser og administrative oppgaver (reduere ressurskrevende anskaffelser m.m.)
E.6.1	Redusert mengde oppgaver for den enkelte kommunen gjennom større grad av felles behovssamarbeid
E.6.2	Mer enhetlige og helhetlige arbeidsprosesser
E.6.3	Felles anskaffelser avlaster lange og ressurskrevende anskaffelsesprosesser i hver kommune
E.6.4	Gjøre nye løsninger lettere tilgjengelig for avrop og bestilling gjennom en felles «butikk ¹⁸ »
E.6.5	Større grad av læring og erfaring kan også bidra til å unngå gjentakelse av feil, eller unødig bruk av ressurser
E.6.6	Reduserte lokale IT-driftskostnader på grunn av mindre behov for å drifte lokale installasjoner

Tabell 7: Effekt/virkning, kommune

6.2.1. Kvalitetsforbedring på bakgrunn av bedre analysegrunnlag

Det å sikre helhetlige, korrekte og oppdaterte metadata for styringsformål er også en viktig oppgave i fortsettelsen. For kommuner kan dette gi et bedre grunnlag for å gjennomføre analyser.

Kvalitetsforbedring må bygges på analyse av effektivitet i organisering og arbeidsprosesser eller på kvalitetsavvik. Kommuner kan på denne måten lettere avdekke hvilke konkrete tiltak for kvalitetsforbedring som bør settes inn. Det kan f.eks. være tiltak som mer opplæring/etterutdanning, bedre oppfølging eller endret organisering av arbeidet. Det er enklere både å velge riktig tiltak og faktisk gjennomføre dem med tilgang på reell og korrekt informasjon fra dem som produserer tjenestene, samtidig som man kan sammenligne seg med andre tilsvarende kommuner.

Å gjennomføre analyser av styringsdata kan derfor bidra til økt forsvarlighet i tjenester gjennom tiltak som kompetanseheving, og dette kan igjen gi effekter i form av unngåtte kostnader.

Brukerne skal få god oversikt gjennom gode styredata over eksempelvis avvik som kan gi gode holdepunkter for hvilke endringer som bør gjøres

Kari jobber som kvalitetsansvarlig for pleie og omsorg i en kommune. Bedre kvalitet på informasjonen, samt informasjon tilgjengelig samlet, har gjort hennes arbeidshverdag mye enklere. Før brukte hun lang tid på å sammenstille skriftlige rapporter fra ulike fagsystem for å få opp en helhet. I dag leveres oppdaterte og helhetlige data til et dashboard som gjør at hun kan sammenstille oversikten over avvik med andre sentrale data, som ressursmengde på tjenestestedene, tyngre og ressurskrevende bruker, overtid, økt arbeidspress i perioder eller fagkompetanse. Dette kan bidra til å sette inn bedre tiltak og oppdage risiko tidligere.

¹⁸ Katalog/oversikt over aktuelle leverandører og løsninger med registrerte egenskaper.

6.2.2. Mindre feil og avvik i tjenestene for vurdering, tiltak og behandling av innbyggere

Gode tjenester av forsvarlig kvalitet er åpenbart viktige i seg selv. I tillegg har kvaliteten betydning for innbyggernes totale oppfatning av og tillit til kommunen. Det gjelder de valgene kommunen har tatt for hvordan helse- og omsorgstjenestene produseres og av hvem.

For kommuner er det viktig å unngå feil (både under vurdering, tiltak og behandling). Bedre tilgang på informasjon kan derfor redusere forekomsten av feil, svikt og pasientskader. For kommunene kan dette bidra til å redusere kostnader, til arbeidstid for personell og utstyr til behandling. Et mulig avvik som feilbehandling har store kostnader for både samfunnet og ikke minst kommunen. Feilbehandling vil i de fleste tilfellene gi et stort etterarbeid i form av økt sykkelighet hos pasienten som igjen vil kreve økte innsats og kostnader. Effektene av færre unngåtte hendelser er forventet å være størst for fastleger og hjemmesykepleien.

Kommunene opplever at man gjennom å få tilgang til oppdatert og relevant informasjon fra andre behandlere oppnår å måtte gjøre mindre unødvendige eller feil vurderinger, tiltak og behandlinger av innbyggere.

Anne jobber som saksbehandler på tildelingskontoret. Gjennom styringsdata kan hun følge med på hvordan det har vært en reduksjon i antall innleggelses fra andre behandlere. Tidligere opplevde hun at nye tjenester ble igangsatt, særlig i helgene, fordi man gjennom akutte situasjoner, eksempelvis på legevakten, ikke hadde oversikt over pasientens aktive tjenestetilbud i kommunen. Dette førte til økt grad av innleggelses og tjenester, eksempelvis på kommunal akutt døgnenhet (KAD) eller andre akuttilbud. Nå når behandlere har tilgang til hvilke aktive tjenester pasient har i kommunen, ser hun at antall innleggelses er redusert, og pasienten ivaretas i større grad i trygge omgivelser i eget hjem og av det personalet som kjenner ham godt.

6.2.3. Frigjort tid til mer pasientrettet kontakt

Å bruke ressurser mer effektivt betyr at kommunene får økt kapasitet ut av de samme ressursene ved å frigjøre tid på ulike områder. Det kan innebære at helsepersonell kan frigjøre tid som i dag går til administrativt arbeid, og konsentrere seg om helsefremmende oppgaver og økt pasientkontakt. På denne måten er effektivisering positivt både for helsepersonell og for kommunene som et hele.

Redusert tidsbruk kan oppnås gjennom redusert informasjonsinnhenting og dokumentasjon. Dette er en helt sentral nytteeffekt og en av de første som forventes realisert. Analyser fra arbeidet med Akson viser at tilgang til relevant informasjon kan bidra til daglige tidsbesparelser på 13-26 minutter per ansatt. I dag bruker helsepersonell nær 15 % av arbeidshverdagen til innhenting av informasjon om pasienten, deres tjenester og medikamentbruk¹⁹. Frigjort kapasitet fra dette kan brukes til økt brukerkontakt, enten mot eksisterende brukere eller økt evne og mulighet til å ivareta flere brukere.

Dersom et slikt tidstap kunne vært redusert fra for eksempel 15 % til 10 %, ville store deler av dagens og fremtidens utfordringer knyttet til mangel på helsepersonell i kommuner være løst. Med andre ord er det forventet at en plattform vil være et viktig virkemiddel for kommunene i arbeidet med kapasitetsutfordringene i helse- og omsorgstjenestene.

Samtidig vet man at mange av dagens kommuner forventer et økt press på tjenestene og ressursene i årene som kommer, på bakgrunn av økt alder, flere kroniske syke osv. Det vil derfor være viktig å innovere måten og jobbe på for å imøtekomme disse utfordringene. Gjennom mer frigjort tid vil kommunene være i bedre stand til å fordele ressursene på flere tjenestemottakere.

¹⁹ [Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene, side 109. | KS](#)

6.2.4. Unngåtte kostnader til anskaffelser og administrative oppgaver

De ulike effektene av tiltak knyttet til effektiv ressursbruk vil også kunne bidra til virkninger av mer administrativ art for kommunene. Større grad av felles behovssamarbeid vil kunne bidra til mindre arbeid for den enkelte kommunen og mer en- og helhetlige arbeidsprosesser.

Tilsvarende vil et «felleskjøp»²⁰ kunne avlaste lange og ressurskrevende anskaffelsesprosesser i hver kommune, og gjøre nye løsninger lettere tilgjengelig for avrop og bestilling gjennom en felles rammer for og eventuelt gjennomføring av anskaffelser. Det brukes i dag mye ressurser for anskaffelser i kommunene. Man har også flere eksempler på feil i anskaffelsesprosessene som resulterer i ytterligere utgifter og kostnader for kommunene. Dette kan skyldes både svært innviklede og kompliserte regler og lovverk, men også manglende ressurser og kompetanse innad i kommunene. Gjennom et felleskjøp vil både kommuner og leverandører være sikret ryddige og riktige prosesser rundt anskaffelser, og alle kommunene vil bedre kunne etterleve regler for dette. Dette vil også kunne gi store besparelser for både samfunnet og kommunene, ettersom hver enkelt kommune ikke må bruke like store ressurser enkeltvis. Markedsplassen vil kunne sikre oversikt i et stort marked som i dag er vanskelig å få oversikt over, og dermed vil man enklere kunne sikre at man får de løsningene man faktisk har behov for.

Større grad av læring og erfaring kan også bidra til å unngå samme feil flere ganger, eller unødig bruk av ressurser.

Kommunene kan gjennom felles arenaer i større grad samordne og koordinere administrative oppgaver

Kari er kommunalsjef for helse- og sosiale tjenester i Fiktiv kommune. Etter at kommunen ble en del av markedsplassen, ser hun at denne har bidratt til å redusere overflødige oppgaver, og rette innsatsen knyttet til mer administrative oppgaver i kommunen. Kari opplever at de har stor nytte av markedsplassen. Der finner de en kategorisert og strukturert oversikt over applikasjoner som er verifisert for bruk mot den felles plattformen. Dette gjør arbeidet med innsikt og kartlegging av hva som allerede finnes mye mindre ressurskrevende, arbeid de tidligere måtte gjøre på egenhånd i innledende faser. Samarbeidet kommunen har hatt med andre kommuner på innovasjonsarenaen har også bidratt til en effektiv prosess, fordi rammeverk har ligget klart. Kommunen kan gjennom markedsplassen finne løsninger og gjenbruke disse. I tillegg har Kari og kollegene en opplevelse av at felles aktiviteter med andre kommuner har bidratt til at de har kjent på en større forpliktelse til et høyere tempo i arbeidet med felles behovsgrunnlag. Hun opplever at forankring i egen kommune har blitt lettere siden det foreligger et enhetlig utgangspunkt fra prosessene på innovasjonsarenaen som det er enkelt å omsette til kommunens eget malverk og som etter hvert er gjenkjennbart for andre beslutningstagere i kommunen.

6.2.5. Hva er forutsetningene for å nå virkningene for kommunene i et målbilde?

Hvis kommunene skal anvende informasjon til styring og kvalitetsforbedring, er det en forutsetning at de har «orden i eget hus», samt en klar oppfatning av hva informasjonen skal anvendes til og hvordan det skal skje. En grundig kartlegging av nåsituasjon kan derfor være viktig i alle kommuner som ikke har gjort dette allerede.

En nødvendig forutsetning for å oppnå kvalitetsforbedring på bakgrunn av bedre analysegrunnlag, er å ha tilgjengelige ressurser og ansvar- og oppgavefordeling på området. Det bør være ressurser tilgjengelig med ansvar for å følge opp styringsdata og som kartlegger og vurderer nødvendige endringer på bakgrunn av disse. Dette kan være innenfor områder som kompetanse, opplæring, organisering og ressursfordeling. Mange kommuner har allerede ressurser med tydelig oppgaver og ansvar innenfor disse områdene.

²⁰ Gjennom dynamisk innkjøpsordning, rammeavtaler eller andre tilsvarende ordninger skal markedsplassen forhåndsanskaffe løsninger. Dermed kan kommunene gjennomføre enkle avropsprosesser for å bestille det produktet som til enhver tid møter deres behov best. Dette avviker fra tradisjonelle fellesanskaffelser der deltagerne må bruke den foretrukne leverandøren/løsningen.

En forutsetning for å oppnå ønskede virkninger knyttet til mer felles samarbeid og koordinering, kan være å tenke mer fellesskap i oppgaver som gjøres. Med dette menes at noen valg eller beslutninger kanskje ikke er det man selv ønsket seg, men kan likevel være det beste for fellesskapet. Tilsvarende er et fellesskap og et samarbeid avhengig av at kommuner og aktører tar en aktiv rolle på vegne av fellesskapet slik at alle er med på å drive utviklingen fremover. En felles arena for innovasjons- og erfaringsarbeid, samt større grad av felles anskaffelser, er viktige forutsetninger for å anvende ressursene i kommunene mer effektivt.

Kommunene må drive endringsledelse over tid. Løsningen vil kunne bidra til mindre endringer fortløpende fremfor store omveltninger på kort tid. Dette krever engasjerte og motiverte medarbeidere, og det krever en bevissthet hos ledere for å synliggjøre nytte og gevinst på alle nivåer for å drive politisk og administrativ forankring i egen organisasjon.

6.3. Hva er tiltakets virkning for innbyggere?

Her beskrives målbildets antatte virkning for innbyggerne. Det beskrives også hvilke forutsetninger som må være på plass, samt eventuelle hindringer. Effektmålet for innbyggere er pasientsikkerheten og at innbyggers opplevelse av trygghet øker. Innbygger får tilgang til egen informasjon og oversikt over bruken av den, og tar del i egen helse og behandling og sykdom. Med utgangspunkt i dette effektmålet har beskrevet ut følgende virkninger for innbygger:

Effekt/virkning, innbygger	
E7	Aktiv rolle i behandling, oppfølging og beslutninger om helse
E.7.1	Tilgjengelig relevant informasjon fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene
E.7.2	Mindre ansvar og utrygghet for pårørende. Tilgjengelighet gir redusert stress og tidsbruk for pårørende
E.7.3	Brukervennlige løsninger for tilgang, sperring, innsyn m.m. for å sikre god oversikt og kontroll
E8	Opplevelse av riktig kvalitet i tjenestene som gis
E.8.1	Helseopplysningene følger innbyggerne i større grad og de slipper å bære med seg informasjon på egenhånd
E.8.2	Opplive økt trygghet for forsvarlige tjenester
E9	Bedre pasientsikkerhet
E.9.1	Færre uønskede hendelser
E.9.2	Forebyggende perspektiv, lettere og mer alvorlige skader kan unngås i fremtiden
E.9.3	Riktig behandling til riktig tid

Tabell 8: Effekt/virkning, innbygger

6.3.1. Aktiv rolle i behandling, oppfølging og beslutninger om egen helse

Det har gjennom mange tiår vært en uttalt ambisjon at innbyggere skal få være mer aktive i prosesser og beslutninger om egen helse og behandling. Dels er det en åpenbar rettighet og dels vet vi at bedre informerte og involverte pasienter har bedre forutsetninger for tilfriskning.

Realisering av målbildet kan bidra til at innbyggere får tilgang til relevant informasjon fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene mer samlet og ikke hos hver enkelt behandler som i dag. Det kan eksempelvis skje som nye innbyggertjenester, men dette vil ligge utenfor tiltakets handlingsområde. Vi legger til grunn at dette primært skjer via den nasjonale helseportalen helsenorge.no. På den måten gis innbygger én vei inn mot egen informasjon og egne tjenestevalg via kjente brukerflater for innbyggertjenester. Samtidig må det være mulig at de kommunale tjenestene, inklusive innbyggers informasjon fra de kommunale tjenestene, også er tilgjengelig via kommunens egne søkemotorer. Det er da en forutsetning at informasjonen er den samme, uavhengig av hvilken innfallsvinkel innbygger måtte velge.

Tilgjengeliggjøring av informasjon på ulike områder vil ha verdi, både for innbygger og pasient. Innbyggere og pårørende bruker også mye tid på informasjons-innhenting og -oppfølging i dag. Tilgjengelig informasjon kan derfor gi redusert stress og tidsbruk. Det kan også bidra til å lette ansvar og utrygghet hos pårørende, og understøtte muligheter for å spille en mer aktiv rolle.

Det må være et mål at informasjonen er egnet til å gi den alminnelige innbygger forståelse av hvordan «kommunen virker» og dermed hvilken informasjon som er lagt til grunn for tildeling/vedtak, planlegging, gjennomføring og dokumentasjon av helse- og omsorgstjenestene.

Innbyggere skal få tilgang til egen informasjon og spille en aktiv rolle gjennom helsenorge.no eller den portalen de velger å benytte

Randi har diabetes og bor fortsatt hjemme. Hun har jevnlig kontakt med fastlegen sin. Hun har en liten bok der hun noterer ned viktig informasjon fra fastlegen og limer inn utskrifter som han har gitt henne. Randi er digital og alle resultater knyttet til blodsukkerverdier har hun i digitale løsninger. Randi blir derfor svært glad når hun får tilgang til relevante journalnotater fra fastlegen på helsenorge.no. Nå slipper hun å notere ned viktige beskjeder for hånd eller spare på utskrifter.

En annen viktig virkning tiltaket kan ha for innbygger, er tillit til at informasjon håndteres trygt og sikkert. Der kommunene og kommunens løsninger i dag ikke klarer å oppfylle kravene til informasjonssikkerhet og personvern, har vi lagt til grunn at dette er innebygget i løsningsdesignet. Dette vil innvirke på leverandørene og krav til løsninger som leveres mot plattformen. Innbygger skal derfor kunne stole på at informasjonen håndteres trygt og sikkert.

Innbyggere skal få en opplevelse av riktig kvalitet i tjenestene som gis. Dette kan også innebære at innbygger skal oppleve at tjenester man tilbys oppfyller lovkrav, rettigheter og forventninger. Dette innebærer at helsepersonell og saksbehandlere som vurderer dette har et helhetlig og godt bilde av innbyggers situasjon. For innbygger handler det også om å oppnå større grad av trygghet når man behandles av flere ulike behandlere og tjenesteområder. Tilgang til informasjon skal bidra til å sikre at helseinformasjonen følger innbyggerne i større grad, slik at de slipper å bære med seg informasjon på egenhånd. Dette skal bidra til økt trygghet for innbygger og opplevelse av forsvarlige tjenester.

Innbyggere må få gode og enkle tjenester for informasjon om hvem som har sett informasjon, sporing av oppslag etc.

Anne har arbeidet lenge i hjemmesykepleien, men er nå selv blitt syk og en bruker av tjenestene hun selv er ansatt i. Anne er derfor svært glad for at hun gjennom personvernstjenester kan ha oversikt over hvem som har brukt og sett hennes informasjon, samt sikre at enkelte kollegaer ikke får tilgang til hennes informasjon.

6.3.2. Hva er forutsetningene for å nå virkningene for innbyggere?

Det er et mål at alle innbyggere skal oppleve å få riktig behandling til riktig tid. Det forutsetter tilgang til oppdatert og relevant informasjon om hva som er planlagt behandling eller tildelt tjeneste. På den måten kan man etablere realistiske og riktige forventninger til det som skal komme. Tilsvarende skal behandlende helsepersonell ha oversikt over relevant bakgrunnsinformasjon, sosiale forhold pågående behandling eller planer, for å sikre at innbygger mottar riktig behandling som er tilpasset deres situasjon. Dette skal øke opplevelsen av kvalitet i tjenestene man mottar og øke pasientsikkerheten. Ikke minst skal innbygger kjenne seg trygg på at feil unngås.

For å sikre at innbyggere skal få en aktiv rolle i behandling, oppfølging og beslutninger om helse må det foreligge et tett samarbeid med Helsenorge.no, som den nasjonale strategi for innbyggerens vei inn i helsetjenesten. Dersom det er andre innbyggerportaler som er aktuelle må det være et minimumskrav at aktørene tilgjengeliggjør helseinformasjon og støtter kommunikasjon med Helsenorge.no. I dette arbeidet må informasjon gjøres tilgjengelig, og utvikling og realisering av behov må samordnes nasjonalt på tvers av nasjonale regionale og kommunale initiativ. Forutsigbarhet og tett dialog blir viktig for å styre avhengigheter, og realisere synergier, for nye tjenester der informasjon fra flere ulike aktører er relevant.

Det må være mulig at de kommunale tjenestene, inklusive innbyggers informasjon fra de kommunale tjenestene også er tilgjengelig via kommunens egne søkemotorer.

Det må også være en forutsetning at informasjonen gjøres tilgjengelig på et språk som forstås, og med en trygghet i at informasjonsflyten ivaretar eventuelle spesielle forhold som krever at vanskelige beskjeder overbringes via fastlege eller annet helsepersonell. Vi vet at utvikling av digital kompetanse er viktig for å motvirke digitalt utenforskap. Gjenkjennelighet og brukbarhet er viktige forutsetninger for å sikre at flest mulig kan ta tjenestene i bruk.

Det må også være en forutsetning at det etableres eller bygges videre på gode løsninger for innbyggerne for å gi innsyn i og sporbarhet knyttet til hvem som har sett eller brukt informasjonen. Det er en forutsetning med god informasjon til innbygger om hvordan personvern er ivaretatt. I tillegg må det gis informasjon om hvordan roller og ansvar er fordelt mellom en virksomhet, som ivaretar plattformen, de enkelte sluttbrukerløsningene og behandlingsansvarlig virksomhet.

Saksbehandlere eller andre ansatte som skal vurdere hvilke tjenester som skal tilbys til innbyggere må ha tilgjengelig riktig og oppdatert informasjon om bakgrunn, sosiale forhold etc. når tjenester skal tildeles. Tilsvarende må innbyggere få god informasjon om hva som kan forventes i tjenester som tildeles.

6.4. Hva er tiltakets virkning for næringslivet?

I dette avsnittet beskrives målbildets antatte virkning for næringslivet. Det beskrives også hvilke forutsetninger som må være på plass, samt eventuelle hindringer. Effektmålet for næringslivet er *like og forutsigbare rammer for innovasjon, tjenesteutvikling og -leveranse i et reelt konkurransemarked*. Med utgangspunkt i dette effektmålet har vi utledet følgende virkninger for næringslivet:

Effekt/virkning, næringsliv	
E10	Bedre forutsetninger for innovasjon og næringsutvikling
E.10.1	Samme informasjon gjøres tilgjengelig for alle leverandører som ønsker å utvikle applikasjoner for å støtte eller utvikle eksisterende arbeidsprosesser eller legge grunnlaget for å utvikle nye

E.10.2	Det etableres et test- og utviklingsmiljø («sandkasse ²¹ ») med tilgang på relevante testdata, API-er, verktøy m.m. For utvikling og utprøving av løsninger
E.10.3	Mindre ressurskrevende prosesser ved at sentrale deler av anskaffelser og avtaleforvaltning gjøres i fellesskap
E.10.4	Prioritere å gjennomføre og innføre løsninger og ny utvikling på en effektiv måte
E.10.5	Felles anskaffelser kan gi leverandørene stordrifts- og storskalafordeler
E11	Bedre grunnlag for utvikling gjennom enhetlige behovsbeskrivelser
E.11.1	Enhetlige behovsbeskrivelser som svarer opp leverandørenes behov for grunnlag for en god utviklingsprosess
E.11.2	Tilgang til relevante fagressurser gjennom felles arbeid på innovasjonsarenaen
E12	Likere konkurransevilkår og kortere vei til markedet – for alle
E.12.1	Lik tilgang til informasjon for alle skal gi likere muligheter ved at funksjonalitet blir det viktigste konkurransekriteriet (ikke markedsandel og ønske om unngåtte byttekostnader)
E.12.2	Tilgang til oversikt over felles behov (behovsbeskrivelser) gjennom innovasjonsarenaen og tilgang til oversikt over pågående eller etterspurte samarbeid
E.12.3	Tilgang til erfaringsarena for nyttige innspill knyttet til applikasjoner, behovssamarbeid og implementering
E.12.4	Flere store anskaffelser fremfor færre enkeltstående og ressurskrevende anskaffelser

Tabell 9: Effekt/virkning, næringsliv

6.4.1. Bedre forutsetninger for innovasjon og næringsutvikling

Tilgang til relevant informasjon er viktig for å utvikle applikasjoner som støtter innovasjon og tjenesteutvikling. Det innebærer at samme informasjon gjøres tilgjengelig for alle leverandører som ønsker å utvikle applikasjoner for å støtte eller utvikle eksisterende arbeidsprosesser eller legge grunnlaget for å utvikle nye.

For å støtte opp om innovasjon og utvikling, skal det etableres et test- og utviklingsmiljø («sandkasse²¹») med tilgang til relevante testdata, API-er, verktøy m.m. for utvikling og utprøving av løsninger. Sandkassen er nærmere beskrevet i vedlegg 3.4.

Gjennom tiltaket ønsker vi å tilrettelegge for at leverandører får mindre ressurskrevende prosesser ved at sentrale deler av anskaffelser og avtaleforvaltning gjøres i fellesskap. Det antas at leverandører kan ønske å redusere bruk av ressurser på denne oppfølgingen og heller sette

²¹ Et kontrollert testmiljø for nye produkter, teknologier og tjenester for blant annet å øke forståelse for løsningene, identifisere risiko eller andre problemstillinger

søkelyset på hva som kan bidra til å gjennomføre og innføre løsninger og ny utvikling på en effektiv måte.

Gjennom en større grad av felles anskaffelser fra kommunene, kan leverandørene i tillegg oppnå stordrifts- og storskalafordeler som kan gi bedre ressursallokering og posisjon i markedet.

Leverandører må få tilgang til informasjon for nye utviklingsformål

Arne er ansvarlig for produktutvikling i et mindre selskap som lager applikasjoner knyttet til logistikk for hjelpemidler. Han er veldig fornøyd med at relevant informasjon for applikasjon og funksjonalitet som han tilbyr nå kan gjøres tilgjengelig gjennom en felles plattform. Det har vært utfordrende og kostbart å få tilgang til denne informasjonen til nå og man har vært avhengig av flere av de store journalleverandørene til kommunene. I test- og utprøvningsarenaen kan han også anvende syntetisk informasjon til utvikling og testformål.

6.4.2. Bedre grunnlag for utvikling gjennom enhetlige behovsbeskrivelser

Utvikling av sluttbrukerløsninger skal gjøres av leverandørmarkedet. Tiltakets oppgave er å etablere en felles informasjonskilde, samt å understøtte og legge til rette for at kommunene og leverandørmarkedet finner sammen i felles utviklingsarbeid.

Tiltaket ønsker å legge til rette for at leverandørene får gode behovsbeskrivelser å forholde seg til i utviklingsarbeid. Behovsbeskrivelsene må treffe behovene leverandørene har for informasjon og forståelse, samt være enhetlige og gjenkjennbare. Et slikt arbeid bør også foregå i arenaer der leverandørene kan delta eller ha enkel tilgang til å stille spørsmål. Leverandørene kan derfor gjennom innovasjonsarenaen (mer utfyllende beskrevet i vedlegg 3.4), ha tilgang til fagressurser som har arbeidet frem behovsgrunnlaget og kjenner dagens situasjon godt. Fagressursene kan også være tilgjengelige i en utviklingsfase.

6.4.3. Like konkurransevilkår og kortere vei til markedet – for alle

Tilgang til, og forventning om felles informasjon vil kunne endre dynamikken med «leverandørrinnlåsing». Flere leverandører vil da kunne levere og konkurrere på like premisser med utgangspunkt i funksjonalitet. Dette vil være en verdi for et bredt leverandørmarked, da det ikke lenger er markedsandeler som i stor grad avgjør hvilke leverandører eller løsninger som anvendes.

En annen viktig verdi med innovasjonsarenaen handler om å gjøre kommunenes og virksomhetenes behov tilgjengelige for et bredt leverandørmarked. Det er ønskelig å dele behovene på innovasjonsarenaen, slik at alle leverandører som ønsker det kan få tilgang til å se dem. Dette vil skape en større åpenhet og gi flere leverandører anledning til å levere løsninger for behovene. Tilsvarende kan arenaen gi leverandørene oversikt over pågående eller etterspurte samarbeid – enten med eller uten leverandørene. Dette gir også leverandørene en oversikt over hvilke samarbeid det eventuelt kan være interessant å være en del av, eller følge tett, frem mot endelig behovsbeskrivelse.

Leverandører (og kommuner) får en mer effektiv tilbuds-/anbudsprosess

Trine er salgsdirektør i en virksomhet som tilbyr journalsystemer for kommunale helse- og omsorgstjenester. Hun er nå godt fornøyd med at virksomhetene kan redusere tid og ressurser på tilbud som er nesten like, men preget av en rekke mindre forskjeller i detaljerte kravspesifikasjoner. Dette har tatt mye tid og krever stor grad av nøyaktighet for å utarbeide et tilbud som står seg i evalueringen. Slike detaljkrav har også drevet utviklings- og tilpassingskostnadene unødig opp. Nå er det i større grad rasjonelle behov/krav, som en rekke kommuner står bak. Applikasjonen utvikles dermed i tråd med disse, og tilbudsprosessen er mer effektiv – det er enkelt å møte krav/behov. De fleste aktivitetene i tilbudsprosessen gjennomføres bare én gang.

6.4.4. Hva er forutsetningene for å nå virkningene for næringslivet?

En forutsetning for å skape bedre rammer for innovasjon og tjenesteutvikling er tilgang til informasjon. Tilsvarende vil tilgang til et test- og utprøvningsmiljø, med relevant anonymisert eller syntetisk pasientinformasjon som kan brukes i utviklingen spille en sentral rolle.

Arenaer for samordning og koordinering av kundene kan være en viktig forutsetning for å realisere effekter. Eksempelvis kan innovasjonsarenaen sikre en møteplass for dedikert fagkompetanse fra kommunene, og tilby en aktiv rolle som medspiller i innovasjonsarbeidet på lik linje med øvrige aktører. Det gir innsikt i kommunesektorens behov og hvor det er pågående arbeid. På samme måte kan deltagelse gi leverandørene mulighet til å evaluere og justere tiltak fortløpende i pågående utviklingsarbeid og gjennomføring. Maler for behovsbeskrivelser som er godt tilrettelagt for hva leverandørene ønsker seg kan være et viktig utgangspunkt for å realisere virkningene.

Felles anskaffelser vil kunne avlaste leverandørene for mange ressurskrevende anskaffelsesprosesser. I den modellen som skisseres blir det få, men større anskaffelser, og eventuelt mini-konkurranser ved den enkelte kommunens uttak. Dette gjør at leverandørene kan svare på færre og heller større anbud, og at kundene i større grad kan bestille sluttbrukerløsninger i en forenklet prosess.

Vi legger til grunn bruk av internasjonale standarder der det er mulig og hensiktsmessig. Rammebetingelsene må også sikre at leverandørene gis muligheter til å tilby løsningene sine til kunder utenfor det kommunale økosystemet. Det vil bli tatt hensyn til EHDS-krav og logikk så snart dette blir klart for å understøtte mulighetene for internasjonal utbredelse av norske applikasjoner eller import av utenlandske.

Det kan være krevende å få leverandørene til å delta i overgangen og endringen som kreves, fordi det utfordrer dagens strategier og forretningsmodeller. Sentrale spørsmål er eksempelvis vurdering av markedsmuligheter, potensial utenfor Norge og risiko. En sentral forutsetning er at det derfor legges en strategi i samarbeid med leverandørmarkedet for å stimulere eksisterende leverandører til å satse på utvikling inn i en ny situasjon og samtidig levere gode tjenester i overgangsperioden. I tillegg må strategien ivareta mindre leverandører. Det blir viktig grunnleggende rammebetingelser som oppleves motiverende og rettferdig for alle leverandører, store og små, nye og eksisterende, samtidig som vi må ut av dagens situasjon. Det må utarbeides en forretningsmodell som leverandørene tror på, basert på gode eksempler på realistisk forretningspotensial. Tilsvarende bør det være en forutsetning og et krav at det så langt det er mulig og hensiktsmessig følges internasjonale standarder, slik at det også kan tilrettelegges for at løsninger kan tilbys utenfor dette økosystemet.

Tett samarbeid og dialog med leverandørindustrien blir avgjørende i det videre arbeidet, både for å identifisere og synliggjøre forretningspotensial, samt for å sikre best mulig rammebetingelser for alle aktører.

7. VIRKNING OG EFFEKT FOR AKTØRENE I PERIODEN 2023-2024

I forrige kapittel ble virkning og effekt for aktørene i realisering av et *målbilde* beskrevet. I dette kapitlet vil virkning og effekt for aktørene i perioden 2023-2024 beskrives på et overordnet nivå. Vi viser for øvrig til vedlegg 6.1 for mer detaljert beskrivelse av de enkelte utprøvingene, deriblant også identifisert effekt og nytte.

Videre beskrives mulige og forventede virkninger tiltakene kan gi aktørene i perioden 2023-2024.. Endelig valg av utprøvnings tiltak må inkludere en grundig beskrivelse av tiltak, kostnader og effekter på kort og lang sikt, samt hvordan tiltaket tar oss i retning av det endelige målbildet. Her legges derfor eksemplene til grunn for en beskrivelse.

7.1. Samlet vurdering av effekter for utprøvingene

Tabellen under viser en oppstilling av vurdering av nytte og effekt knyttet til de foreslåtte utprøvingene.

Effekt		1	2
E1	Tilgang til relevant informasjon som er oppdatert, helhetlig og korrekt	x	x
E2	Utvikling av helhetlige arbeidsprosesser og tjenester	x	x
E3	Kvalitetsforbedring på bakgrunn av bedre analysegrunnlag	x	x
E4	Mindre feil og avvik i tjenestene i vurdering, tiltak og behandling av innbyggere	x	x
E5	Frigjort tid fra administrative oppgaver til pasientrettet kontakt	x	x
E6	Unngåtte kostnader til anskaffelser (reduere ressurskrevende anskaffelser mm.)		
E7	Aktiv rolle i behandling, oppfølging og beslutninger om helse		
E8	Opplevelse av riktig kvalitet i tjenestene som gis	x	x
E9	Bedre pasientsikkerhet	x	x
E10	Bedre forutsetninger for innovasjon og næringsutvikling	x	x
E11	Bedre grunnlag for utvikling gjennom enhetlige behovsbeskrivelser		
E12	Likere konkurransevilkår og kortere vei til markedet – for alle	x	x

Tabell 10: Nytteeffekt for utprøvinger i 2023-2024

I det videre beskrives innholdet i tabellen.

7.1.1. Effekter for helsepersonell

For helsepersonell vil utprøvingene gi tilgang til informasjon på en ny måte. Effekt av hvordan tjenesteforløp påvirkes og eventuelt endres, kan måles ved en vurdering av nåsituasjon ved oppstart og tilsvarende vurderinger av endring underveis i og etter utprøvingen.

Samlet sett kan mulige effekter av utprøvingene være:

- Innhentning av informasjon går raskere. Helsepersonell sparer tid på arbeidsoppgaven. Effekten kan måles med undersøkelser i forkant og underveis.
- Tilgjengelig informasjon gir et bedre grunnlag for å vurdere muligheter og begrensninger for behandling og tiltak. Effekten kan vurderes gjennom intervjuer med deltagerne underveis i utprøvsperioden.
- Helsepersonell vil kunne få en bedre oversikt over andre kollegaer og enheter som eventuelt er involvert, og kan søke mer målrettet etter mer informasjon. Effekten kan vurderes gjennom intervjuer.
- Bedre tilgang til informasjonen kan være en faktor som bidrar til å redusere negative opplevelser (som eksempelvis stress og frustrasjon). Effekten kan vurderes med intervjuer eller spørreundersøkelser av deltagerne.

En av målsetningene for utprøvingene, er at tiltak som gjør at informasjon som i dag kun er tilgjengelig i en én til én-relasjon (alternativt fra én til få) skal gjøres tilgjengelig for alle som har tjenstlige behov. Utprøvingene kan bidra til små kontinuerlige endringer i stedet for store endringer gjennom systembytte. Det kan føre til mindre behov for opplæring i forbindelse med gjennomføringen. Mindre, målrettede utprøvinger med konkret effekt på egen hverdag kan være enklere å forholde seg til enn endringer for et helt tjenesteområde. Helsepersonell må involveres i det fortløpende

arbeidet på en helt annen måte enn det som har vært vanlig og mulig tidligere. Deltagernes tilbakemeldinger skal vektlegges for justeringer og videre utprøvinger.

I forhold til oversikt over kommunale tjenester vil helsepersonell spare tid på å innhente relevant informasjon for å vurdere videre behandling og tiltak. Dette er ikke bare besparelse for utførende helsepersonell, men også for tjenestestedene som forespørres. Dette vil også gi innsikt i pasientens hjelpebehov og bidra til en bedre planlegging og vurdering av tilstand og forståelse av pasientens helhetlige hjelpebehov, som igjen vil øke pasientsikkerheten.

Oversikt over NEWS2 målinger vil spare helsepersonell tid på å innhente nødvendig relevant bakgrunnsinformasjon, samt i forhold til dobbeltregistrering av utførte målinger. Det vil gi mulighet for å se endringer knyttet til vitale målinger som kan gi oversikt på helsesituasjonen og endringer i denne. Det vil øke pasientsikkerhet, samt øke kvalitet på registreringer, for eksempel ved å redusere eventuelle feilregistreringer ved manuell overføring av informasjon.

7.1.2. For kommunen

For kommunen vil gjennomføring av utprøving knyttet til «oversikt over kommunale tjenester» kunne gi følgende effekter ved utprøving:

- De ulike kommunale aktørene får bedre oversikt over hvilke andre aktører som er involvert og dermed bedre oversikt over samhandling og samspill i kommunen
- Oversikt kan gi grunnlag for å justere og reorganisere organisasjon, aktiviteter og tjenester
- Tilgangen til oversikten er tidsbesparende
- Oversikten gjør det mulig å kvalitetssikre at innbyggerne ivaretas
- Redusere unødige innleggelses eksemplis på KAD eller spesialisthelsetjeneste
- Stimulere til økt samarbeid mellom kommunale aktører
- Kan gi positiv effekt på kommunens omdømme dersom innbyggere opplever trygge og effektive tjenester og forløp

Mulige effekter av utprøving knyttet til «NEWS2 målinger» kan være:

- Færre avvik knyttet til feilregistrering og -behandling
- Bedre ressursutnyttelse ved å redusere tid for dobbeltføring med mer
- Redusere unødige tiltak eller innleggelses basert på manglende oversikt og historikk
- Kan gi positiv effekt på kommunens omdømme dersom innbyggerne opplever å bli møtt med helhetlig behandling og oppfølging

Utprøvingene vil gi praktisk erfaring og læring med en «ny plattform» i mindre steg. Bruk av eksisterende løsninger til å løse konkrete og avgrensede tiltak gir lav risiko og relativt liten kostnad. For de kommunene som deltar i konkrete prosjekt vil det kunne gi én eller flere av følgende effekter:

- Rom for stor påvirkning på løsning og utforming
- Større rom for å tilpasse egen organisasjon og tjenester stegvis for å realisere nytte
- Kan bidra til å avdekke behov for justeringer i egen organisasjon og egne løsninger
- Gitt at utprøvingene blir vellykket vil nytteeffekten oppnås raskere
- Kommuner som ikke deltar i utprøvingen og som får løsningen i bruk etterpå, vil få tid til forberedelser, gitt effektiv og bred informasjonsdeling

Tilgang til informasjon og mulighet til å tilgjengeliggjøre nye informasjonstjenester for leverandører gir kommunene et større mulighetsrom for å ta i bruk nye og innovative verktøy.

Ved vellykkede utprøvinger vil det åpne muligheter for å utvikle informasjonstjenester for nye behov, samt skalere og utbrede resultatet til flere kommuner.

7.1.3. For innbyggere

For innbyggere vil anbefalte utprøvinger ikke direkte påvirke, men indirekte kunne ha en stor påvirkning. Gjennom å sikre at kommunen har en samlet oversikt over tiltak, samt informasjon og oversikt over historikk og trender knyttet til vitale målinger er målet at innbygger opplever mer helhetlige og sammenhengende tjenester, og helsegevinster ved økt pasientsikkerhet.

Mulige effekter av utprøvingene kan være:

- Innbyggere trenger i mindre grad å forklare selv hvilke tjenester, tiltak og aktører som er aktuelle, eller hva et normalnivå er knyttet til målinger
- Redusere unødige tiltak eller innleggelse på grunn av manglende informasjon og oversikt som igjen kan redusere risiko for unødig belastning og skade

7.1.4. For næringslivet

For næringslivet vil utprøvingene føre til at det konkretiseres en modell for informasjonsflyt og håndtering av informasjon. Dette gjør næringslivet bedre i stand til å forberede og utvikle løsninger som møter behovene som konkretiseres gjennom utprøvingen.

Mulige effekter av utprøvingen kan være:

- Ved vellykkede utprøvinger gir det leverandørene mulighet til å industrialisere og globalisere resultatet i sine løsninger til sine kunder
- Økt forutsigbarhet i hva som skal prioriteres av utvikling i årene som kommer
- Mer samordnet kundesegment og relasjoner
- Unik innsikt og forsprang i videreutvikling av kommunale løsninger
- Bedre behovsforståelse
- Bedre forutsetninger for å kunne levere forslag til nye tjenester

Felles kommunal journal interim AS

Vedlegg 3.2:

Plattform – konsept og målbilde

Styringsdokument

Felles journalløft for kommuner

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
2. MÅLBILDET – TILGANG TIL RELEVANT PASIENTINFORMASJON	1
3. HVORFOR KOMMUNAL INFORMASJONSPLATTFORM?	3
3.1. Hvilke oppgaver skal en plattform løse?.....	5
3.2. Hvilke juridiske forutsetninger må være til stede for at plattformen skal fungere etter sin hensikt?	6
3.3. Hvilke egenskaper skal en plattform ha?.....	7
4. PLATTFORM – EN SENTRAL KOMPONENT I ØKOSYSTEMET	9
5. LAGRING OG/ELLER SAMMENSTILLING	11
6. PRINSIPPER FOR EN PLATTFORM	12
7. OMFANG OG MÅLBILDE FOR INFORMASJON I PLATTFORM	13
7.1. Informasjonsmodell som utgangspunkt for videre arbeid.....	13
7.2. Informasjonsdomener	14
7.3. Informasjonskategorier	15
7.4. Informasjonselementer/arketyper	15
7.5. Løsningsomfang	16
8. INFORMASJONSFORVALTNING	18
8.1. Føringer og prinsipper for informasjonsforvaltning	19
9. FELLES SPRÅK	21

1. INNLEDNING

Dette vedlegget gir en beskrivelse av konsept og målbilde for plattform.

I dette vedlegget finner du:

- beskrivelse av målbilde og tilgang til relevant pasientinformasjon
- beskrivelse av lagring og sammenstilling
- beskrivelse av hvorfor det er nødvendig med en kommunal plattform
- prinsipper for plattform
- beskrivelse av omfang og målbildet for informasjon i plattform

Dette vedlegget gir en beskrivelse av konsept og målbilde for plattform. Det er viktig å presisere at prosjektet med begrepet *plattform* mener en logisk informasjonskilde¹. Det behøver altså ikke å være én felles plattform, men den fremstår som samlet for brukerne i form av tilgang til relevant informasjon der og når brukerne behøver det. En logisk informasjonskilde kan bestå av flere lette komponenter som utvikles uavhengig av hverandre over tid, i stedet for en samlet database som må innføres samlet. Vi legger opp til å gjennomføre flere utprøvinger som skal bidra til relevant erfaring og læring. Det er for tidlig å ta endelige teknologivalg nå. Vedlegget og beskrivelsene ser derfor på hvilke egenskaper og funksjoner en logisk informasjonskilde, en plattform, må ha *i et målbilde*.

Vi har delt gjennomføring i flere (i første omgang to) faser. Det er dels for å sikre en håndterlig og overskuelig første periode, samt for å oppnå tydeligere skille/stoppunkt for å kunne konkretisere og differensiere aktiviteter, kostnader, nytte og risiko på kort og mellomlang sikt. Det gir også mulighet til å vurdere den *reelle nytten* av de tiltak som er prøvd ut underveis, og dermed skape et grunnlag for å justere, oppdatere og videreføre arbeidet med å realisere målbildet – innenfor håndterbare tidsperioder. Det er viktig å understreke at gjennomføringsstrategien og målbildet som beskrives er en utviklingsretning som ikke vil ha et definert sluttunkt.

Målbildet for plattform defineres som et punkt i utviklingen hvor vi har etablert en felles logisk informasjonskilde som sikrer tilgang til relevant informasjon mellom alle aktører innenfor prosjektets omfang, altså kommuner utenom helseregion Midt Norge. I tillegg ønsker vi å inkludere et bredest mulig mangfold av leverandører, nasjonale aktører mm.

Målbildet for plattform bør også sees i sammenheng med gjennomføring og realisering som beskrives i styringsdokumentets kapittel 6, samt i vedlegg 6.1.

2. MÅLBILDET – TILGANG TIL RELEVANT PASIENTINFORMASJON

Sentralt i vårt forslag er «tilgang til relevant pasientinformasjon» og et tydelig skille mellom *informasjon* og *funksjonalitet*. I dagens løsninger er informasjon og funksjonalitet integrerte deler av samme løsning. Ettersom det historisk sett har vært lite standardisering, har leverandørene utviklet egne informasjonsmodeller og tilhørende løsninger. Kundene, hovedsakelig kommuner, har etterspurt særtilpassede løsninger. Dette er sterkt medvirkende til at det i beste fall er krevende å få løsningene til å samvirke. En annen utfordring med å ha forretningslogikk og informasjon i samme løsning, er at det gjør videre løsningsutvikling svært krevende. Vi ønsker å skille funksjonaliteten fra informasjonen, både for å sikre at alle løsninger kan benytte den samme informasjonen og for å gjøre det enklere å utvikle ny funksjonalitet. Journalløsningene bør være gode på prosessering og presentasjon, samt støtte prosesser for dokumentasjon av helsedata. Samtidig må de sørge for at relevant pasientinformasjon lagres hensiktsmessig, slik at de kan utveksles uavhengig av journalsystem.

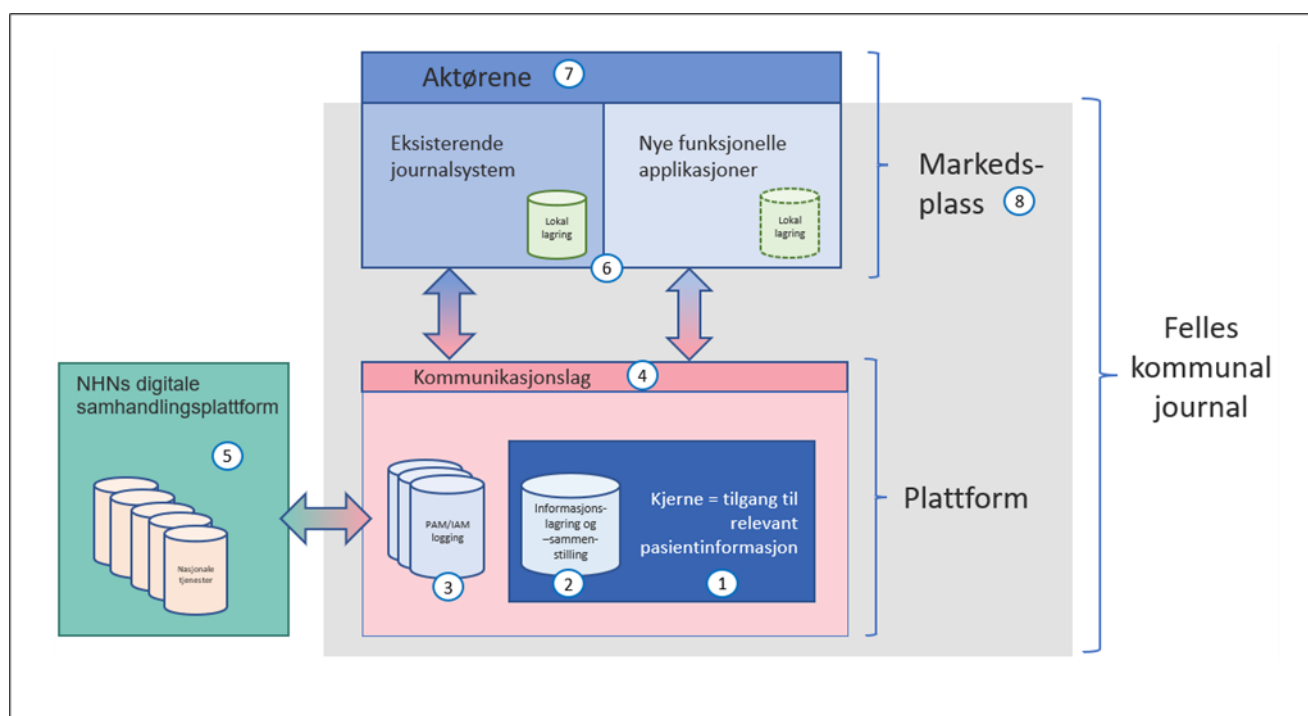
¹ En logisk informasjonskilde er en løsning som samler og/eller lagrer informasjon fra flere kilder og presenterer dem samlet slik at det for sluttbruker fremstår som om informasjonen kom fra én og samme kilde. Dette i motsetning til *fysisk informasjonskilde* hvor all informasjon er lagret i samme løsning.

Et slikt skille forutsetter at det finnes en løsning internt i den enkelte kommunen som sammenstiller og presenter informasjonen uavhengig av ulike kilder. Løsningen vi omtaler som *plattformen* er en slik løsning (se figur 1 under).

Informasjon som er nyttig for flere, bør deles. Plattformen skal sikre og sammenstille relevant informasjon om mottagere² av kommunale helse- og omsorgstjenester. Det skal ikke gjøre noen forskjell om informasjonen befinner seg lokalt i kommunen eller om den hentes inn via de nasjonale samhandlingsløsningene. På denne måten skal helsepersonell være trygge på at informasjonen de mottar er oppdatert, helhetlig og korrekt, uavhengig av hvilket behov de har, når og hvor behovet oppstår og av hvilken behandlergruppe de tilhører. Det er dette vi mener med en felles kommunal journal.

Sluttbrukerløsningene – journalsystemene og applikasjonene – skal via plattformen benytte den samme informasjonen. På denne måten skal det utvikles et mest mulig åpent og levende marked, der vi kan frigjøre den skaperkraften, risikoviljen og investeringsevnen som det private markedet besitter. Helsepersonellens arbeidsflate skal i økende grad tilpasses de enkelte grupper og medarbeideres behov og muligheter.

Plattformen skal samhandle med nasjonale tjenester via den digitale samhandlingsplattformen til Norsk helsenett SF (NHN). I en gjennomføringsfase legges det til grunn at en felles plattform tilbys som en nasjonal tjeneste fra NHN (eksempel på andre nasjonale tjenester er helsenettet, e-resept, kjernejournal og helsenorge.no i tillegg til Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP))



Figur 1: Enkel konseptuell skisse av løsning

Når vi kan sikre at alt helsepersonell i en kommune har tilgang til den samme relevante informasjonen om pasienter og brukere, vil det representere et kvantesprang i mulighetene for samhandling. Det gjelder både internt i kommunen, med andre aktører i helse- og omsorgstjenesten og overfor de andre tjenestene man samhandler med (som sosialtjeneste, skole og oppvekst). Det vil legge

² «Mottager» er i denne sammenheng innbyggere eller besøkende i kommunen som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester

grunnlaget for helt nye måter å organisere og effektivisere tjenestene på. En slik utvikling er helt nødvendig for å møte morgendagens utfordringer.

Plattformen vil sikre innbyggerne innsyn i, tilgang til og kontroll med bruken av egen helseinformasjon. Tilsvarende vil en slik plattformløsning kunne sammenstille informasjon for styring, forskning og utvikling.

Prosjektet har prioritert relevant pasientinformasjon innledningsvis. Det betyr at en plattform ikke vil ivareta informasjonsutveksling mot administrative kommunale data/systemer, men dette vil håndteres av eksisterende journalsystemer. Eksempler på administrative systemer er systemer for økonomi, betaling, personal-, turnus, lønn og logistikk. Når plattformen er utviklet for pasientinformasjon, vil det være behov for videreutvikling med koblinger og informasjonsutveksling for pasient data og andre administrative data.

Felles informasjonsmodeller vil over tid bidra til innovasjons- og næringsutvikling. Når alle leverandører gradvis forholder seg til den nasjonale samhandlingsplattformen (NHN) og den samme informasjonsmodellen, vil det fjerne den avhengigheten mange kommuner opplever til sin gjeldende leverandør i dag. Lavere grad av «innlåsing» vil i seg selv stimulere til konkurranse ved at byttekostnader reduseres. Skaleringseffekten vil også øke, fordi felles plattform og informasjonsmodell vil gjøre det enklere for leverandørene å levere samme løsning og unngå lokal tilpasning i hver kommune.

Innbyggere i Norge har allerede i prinsippet en lovfestet rett til innsyn i alle opplysningene i sin personlige journal, med noen få unntak. Denne retten er blitt enklere å etterleve etter at pasientjournalene ble digitale. Personvernforordningen pålegger databehandlingsansvarlige å gjøre tilgangen enkel – jfr. pasientjournalloven § 2e og helseregisterloven § 2e (se evt. også § 3-2 første ledd og § 4-1, om at pasienten skal ha informasjon som er tilpasset og nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og i innholdet av helsehjelpen – jfr. også krav i journalforskriften §11)

«Høringsdokumentet for Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren viderefører ambisjonen og målsetningen om at innbygger skal få bedre og mer helhetlige helse- og omsorgstjenester, samt i større grad skal kunne medvirke i egen og næres helse. Strategien gjelder fra 2023 og målbildet strekker seg frem mot 2030.»

(Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren, Høringsdokument, oktober 2022)

Europakommisjonen har utarbeidet et forslag til forordning for et felles europeisk helsedataområde, *European Health Data Space (EHDS)*³, som nå er på høring i EU. Gjennom EØS-avtalen vil den også bli relevant i Norge. Forslaget legger til grunn et krav om at helseopplysninger skal være tilgjengelige for den enkelte innbyggeren, for helsehjelp, for helseforskning, for utvikling av digitale verktøy og for utvikling av helsetjenestene. Videre skal innbyggere ha full kontroll over egne helsedata, og kunne legge til informasjon, korrigere, begrense tilgang for andre. Det legges opp til at man skal få informasjon om hvordan og til hva dataene brukes. Opplysningene skal være tilgjengelige uavhengig av tid, informasjonskilde og hvor i EØS-området man befinner seg. Det skal tilrettelegges for å utveksle helsedata mellom landene, og det vil bli harmonisering av bruk av internasjonale standarder og løsninger for elektroniske pasientjournalsystemer og livsstilapplikasjoner. I denne sammenhengen blir plattformen vi beskriver et sentralt og viktig bidrag til å forenkle etterlevelse av kravene som følger av EHDS.

3. HVORFOR KOMMUNAL INFORMASJONSPLATTFORM?

Et naturlig og sentralt spørsmål er hvorfor ikke kommunene bare kan anskaffe bedre journalløsninger og sikre øvrig samhandlingsbehov via de nasjonale samhandlingsløsningene? Årsaken er at de nasjonale samhandlingsløsningene, både eksisterende og planlagte, har begrensede virkeområder,

³ [Forordning om europeisk helsedataområde | Europa-lov.](#)

og dermed ikke vil dekke behovet for å sikre tilgang til det som er relevant informasjon om innbyggere som mottar helse- og omsorgstjenester både brukere og pasienter internt i en kommune. I tillegg er det sentralt for kommunene å få tilgang til informasjonen i de ulike løsningene. Dagens innlåsing hindrer deling og gjenbruk på tvers av tjenestoområder i kommunen, mellom kommuner og mellom primær- og spesialisthelsetjenestene. Delingen i dag skjer på leverandørens premisser eller ved hjelp av etablerte meldingstjenester. En plattform kan bidra til å løse dette.

Plattformen skal gjenbruke informasjon som kan hentes fra de nasjonale samhandlingsløsningene. Plattformen er med andre ord både et lager for de delene av informasjonen som ikke kan hentes via nasjonale løsninger, og en løsning som setter sammen informasjonselementer fra ulike kilder til det som fremstår som en samlet helhet for brukeren. Norske kommuner er forpliktet⁴ til å oppbevare innbyggers helseopplysninger så lenge det antas å bli bruk for dem, og minimum ti år etter en pasients død. De nasjonale samhandlingsløsningene har oftest tillatelse til en vesentlig kortere lagringstid. Plattformen skal dermed sikre informasjon.

NHN leverer i dag en rekke sentrale nasjonale tjenester. I tillegg planlegges det for utvikling og realisering av nye tjenester i årene frem til 2026. Dette er tjenester som eksempelvis:

- Helsenettet med meldingstjenesten
- Grunndata, inklusive ulike administrative og medisinske registre
- Helsenorge.no
- Kjernejournal
- Pasientens legemiddelliste (p.t. E-resept/sentral forskrivningsmodul)
- Pasientens prøvesvar (tidl. NILAR)
- Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)
- Helseanalyseplattformen
- Program digital samhandling

Det legges til grunn at kommunene benytter alle pålagte og relevante nasjonale tjenester – inklusivt helsenettet⁵. Samlet inneholder disse tjenestene mange sentrale og viktige elementer for kommunenes behov for tilgang til relevant pasientinformasjon. Én av prosjektets rammer er at det skal realiseres i et samspill med eksisterende og planlagte nasjonale løsninger. En sentral oppgave har derfor vært å se på hvordan de nasjonale eksisterende og fremtidige løsningene og produktene kan inngå som en del av en helhetlig informasjonsplattform for å dekke kommunenes totale behov for tilgang til relevant pasientinformasjon. Vi vurderer at det eksisterer enkelte gap, eksempelvis:

- Nasjonale plattform- og samhandlingsløsninger inneholder ikke tilstrekkelig relevant informasjon for å dekke kommunenes behov.
- Informasjon ligger spredt på flere ulike kilder og må sammenstilles – dette gjøres ikke nasjonalt i dag.
- Integrasjoner med andre kommunale komponenter som eksempelvis FIKS plattformen dekkes ikke.
- Innbyggers tilgang til og kontroll med sin samlede journalinformasjon dekkes ikke.

For å bidra til å lukke disse gapene, er det nødvendig å etablere den plattformen som er beskrevet i løsningsskissen til prosjektet. Som en del av plattformen må det etableres et eget lager for den informasjonen som ikke dekkes av nåværende og fremtidige nasjonale tjenester, løsninger og produkter. I tillegg må plattformen inneholde en løsning som sammenstiller informasjon fra de ulike kildene i henhold til gitt informasjonsbehov. Ettersom kommunene også må oppbevare

⁴ Dette følger av pasientjournallovens §25 og helsearkivforskriftens §17. Dette er også beskrevet i Bilag 5.1.

⁵ Helsenettet er sentralt for å føre dialog og utveksle person- og helseopplysninger på tvers av helsesektoren, og til å dele teknologi på en sikker, lovlig og kostnadseffektiv måte. NHN administrerer helsenettet, og alle foretak og virksomheter, personer, systemer og løsninger i helsenettet er identifisert og verifisert.

pasientinformasjon i minimum ti år etter siste journalføring, skal plattformen sikre informasjonen både i rom og i tid⁶. Dette vil også bidra til at kommunene kan ivareta kravene til journalplikten.

3.1. Hvilke oppgaver skal en plattform løse?

På bakgrunn av blant annet dagens juridiske rammer, vil realiseringen av et målbilde være utfordrende. Derfor ser man innledningsvis på å dele informasjon internt i en kommune. Målbildet beskriver derimot at informasjon kan deles på tvers av virksomheter, kommuner og helseforetak. Dette vil fordre egnet utvikling av regulatoriske rammer.

I arbeidet er det identifisert flere ulike oppgaver som en plattform vil bidra til å løse i et målbilde. Sentralt står det å lagre og/eller sammenstille informasjon som et grunnlag for informasjonsdeling og effektiv samhandling internt i kommunen og mellom ulike kommuner, forvaltningsnivå og andre kommunale tjenesteområder. Målet er at relevant og korrekt informasjon alltid er tilgjengelig for behandlere og innbyggere der og når behovet oppstår.

Plattformen må sammenstille relevant pasientinformasjon (også fra flere ulike kilder) slik at den kan gjøres tilgjengelig i relevante kontekster og arbeidsflater.

I dag er informasjon om den enkelte innbygger spredt i en rekke ulike system og løsninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Hvordan dette forholder seg rent faktisk er høyst individuelt, og avhenger av type sykehistorier, mobilitet, antall ulike behandlere og behandlingssteder. Konsekvensen er uansett at oversikt over, og innsikt i egen informasjon er utfordrende og for de fleste praktiske formål umulig. En plattform – som i realiteten fungerer som en felles og helhetlig informasjonskilde – kan bidra til å løse dette problemet og sikre innbygger tilgang til og oversikt over egen kommunal pasientinformasjon.

For å sikre en komplett og sporbar informasjonskilde iht. gjeldende lov, også der man sammenstiller informasjon fra ulike kilder, er det derfor viktig at plattformen kan lagre informasjon i tråd med løpende bruk. Det samme gjelder en del velferdsteknologiske løsninger. Juridiske forutsetninger for at plattformen skal fungere i henhold til hensikten, er overordnet beskrevet senere i dokumentet.

En utfordring i dagens marked er at det er svært krevende å bytte journalleverandør. Det gir kommunene en opplevelse av innlåsing, samtidig som det underbygger et marked hvor det er liten reell konkurranse, men en situasjon preget av monopoler. En felles plattform for informasjon vil gradvis gjøre det enklere for kommunene å bytte leverandør eller å ta i bruk løsninger fra flere leverandører. Det vil også understøtte et marked preget av reell og levende konkurranse, hvor det er enklere også for nye leverandører å kunne levere løsninger. Tilgang til samme informasjon vil også gi et bredt leverandørmarked mulighet til å utvikle nye løsninger, også direkte mot plattformen, eller som grunnlag for nye innbyggertjenester.

En plattform der alle samhandler og deler informasjon, vil være en viktig komponent for å kunne oppnå effektene av et økosystem. Plattformen vil også ha en sentral oppgave i å samle kommunale datakilder, og sikre en infrastruktur som i større grad skaper mulighetsrom for effektiv spredning av nye løsninger og initiativ. Dette vil bidra til å normere, utvikle og forbedre, kommunalt bruk.

Det er også flere oppgaver en plattform *kan* bidra til å løse. Eksempelvis kan den bidra til å skape nye innbyggertjenester gjennom å tilgjengeliggjøre relevant informasjon fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene til utvikling av nye tjenester. Dette kan gjøres av leverandører eller andre aktører. Innbygger vil dermed også få tilgang til og nyttiggjort seg informasjon fra kommunale helse og omsorgstjenester i ulike tjenester.

⁶ Dette følger av pasientjournallovens §25 og helsearkivforskriftens §17

En informasjonsplattform kan også bidra til å forenkle rapportering for kommunene (for eksempel Kommunal pasient og brukerregister⁷ (KPR), samt Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS⁸).

3.2. Hvilke juridiske forutsetninger må være til stede for at plattformen skal fungere etter sin hensikt?

For at plattformen skal fungere som beskrevet i målbildet og i henhold til hensikt, må det foreligge noen grunnleggende juridiske forutsetninger. De er her overordnet beskrevet, og må inngå som en del av det videre arbeidet med gjennomføringsstrategi og stegvis utvikling. Det vises også til vedlegg 3.3 og bilag 3.3.1.

Plattformen må kunne ivareta sentrale oppgaver som å lagre, dele og sammenstille informasjon. Dette er juridisk problemfritt innenfor samme juridiske subjekt (dvs. virksomhet). Den enkelte kommunen, som en virksomhet som yter helsehjelp, har for øvrig ikke bare rett, men også plikt til å ha en pasientjournal for gjennomføring av helsepersonellens dokumentasjonsplikt (jfr. Helsepersonelloven §39).

Pasientjournalloven §2 definerer et behandlingsrettet helseregister som et:

«Pasientjournal- og informasjonssystem eller annet register, fortegnelse eller lignende, der helseopplysninger er lagret systematisk, slik at opplysninger om den enkelte kan finnes igjen, og som skal gi grunnlag for helsehjelp eller administrasjon av helsehjelp til enkeltpersoner».

Lagring, deling og sammenstilling av informasjon kan derfor realiseres internt mellom tjenesteområder i en virksomhet (eksempelvis en kommune). Fastleger med avtaler med kommunen kan inngå i deling innenfor samme virksomhet. Denne tilnærmingen vil derimot ikke kunne realisere deling på tvers av kommuner og virksomheter fordi hjemmelen forholder seg til én virksomhet.

Pasientjournalloven §9 åpner også for at:

«To eller flere virksomheter kan samarbeide om behandlingsrettede helseregistre, jf. § 8. Virksomhetene skal da inngå skriftlig avtale om:

- a) hva samarbeidet omfatter*
- b) hvordan pasientens eller brukerens rettigheter skal ivaretas*
- c) hvordan helseopplysningene skal behandles og sikres, også ved endringer i eller opphør av samarbeidet*
- d) dataansvar»*

Tilsvarende fastslår §19 at:

«Innenfor rammen av taushetsplikten skal den dataansvarlige sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige for helsepersonell og annet samarbeidende personell når dette er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til den enkelte»

Den sier videre at:

«Den dataansvarlige bestemmer på hvilken måte opplysningene skal gjøres tilgjengelige. Opplysningene skal gjøres tilgjengelige på en måte som ivaretar informasjonssikkerheten.»

⁷ KPR inneholder opplysninger om de som har søkt om, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Innhold i KPR | [Helsedirektoratet](#)

⁸ IPLOS er et sentralt helseregister som skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. IPLOS | [Store medisinske leksikon](#)

I forslaget til realisering av målbildet, er det fortsatt hver virksomhet som vil være behandlingsansvarlig (jfr. personvernforordningen artikkel 4 nr.7).

En slik tilnærming kan sikre deling på tvers av tjenesteområder i to eller flere kommuner. Det kan bety at informasjonsdeling kan skje mellom tjenesteområder *i ulike kommuner*. Dette kan eksempelvis være dersom innbygger flytter til en annen kommune eller når en kommune skal ivareta ansvaret for personer som oppholder seg i kommunen på ferie.

Dette blir likevel krevende fordi det fordrer at hvert juridiske subjekt (eks kommunene, fastlege mm) har en etablert avtale seg imellom. Det er naturlig å tenke at slike avtaler vil følge regionene og samarbeid rundt samme helseforetak. Dersom mange kommuner inngår i slike samarbeid, blir det svært krevende å forvalte avtaleverk da det kreves egne databehandleravtaler mellom *alle* aktører. Det kan likevel bidra til å realisere deling av informasjon i en region med et håndterbart antall aktører.

Så langt vi har bragt på det rene vurderte Helseplattformen å etablere en løsning basert på samarbeid etter §§ 9 og 19, men fant at det ble for komplisert. For å sikre en felles løsning, valgte departementet i stedet å skrive et enkeltvedtak iht. Pasientjournallovens § 9 andre ledd som ble godkjent av Stortinget og som hjemler informasjonsdelingen.

Hvis man skal oppnå et mål bilde der informasjon kan deles internt i en kommune, på tvers av kommuner utenfor helseregion Midt-Norge og på sikt også med tilhørende helseforetak og andre leverandører av helsetjenester, vil det kreves endring i dagens lovverk eller tilsvarende enkeltvedtak som Helseplattformen. Pasientjournallovens §10 åpner for at:

«Kongen i statsråd kan gi forskrift om etablering av nasjonale behandlingsrettede helseregistre som på bestemte områder kommer i stedet for registre etter §§ 8 og 9.»

Dersom §10 kom til anvendelse ville relevant pasientinformasjon kunne deles mellom alle kommuner og med spesialisthelsetjenesten.

3.3. Hvilke egenskaper skal en plattform ha?

For å kunne bidra til å løse oppgavene som beskrevet over, må plattformen inneha flere sentrale egenskaper – inkludert:

- **Lagringsevne**
Med lagring menes oppbevaring av informasjon over tid.
- **Sammenstillingsevne**
Sammenstilling innebærer å innhente, organisere og presentere informasjon tematisk fra én eller flere kilder, på en slik måte at det fremstår samlet og helhetlig for en bruker. Informasjon kan over tid berikes og sammenstilles for å oppnå høyere kvalitet og mer kontekst rundt både pasienten og pasientens situasjon, forløp og historikk, behandlende roller, tjenester og prosesser – og dermed i økende grad sikre at relevant informasjon kan formidles til den enkelte, og at den enkelte kan formidle riktig informasjon tilbake. Dette må naturligvis skje innenfor gjeldende personvernbestemmelser, jfr. bilag 3.3.1.
- **Samhandlingsevne**
Plattformen kan være en kritisk suksessfaktor for økosystemets samhandlingsevne (*interoperabilitet*) etter hvert som det skaleres opp – både med hensyn til økosystemets *semantiske* samhandlingsevne, og innen styring og forvaltning av sammenhengende offentlige tjenester (ref. nasjonalt rammeverk for digital samhandling⁹).

⁹ [Se også nasjonalt rammeverk for digital samhandling | Digdir](#)

- **Sikkerhet**

Informasjonssikkerhet har tre hovedaspekt:

- *Konfidensialitet*
At informasjon ikke kommer på avveie eller kan ses eller benyttes av uvedkommende
- *Integritet*
At informasjonen er helhetlig, oppdatert og korrekt
- *Tilgjengelighet*
At informasjonen er tilgjengelig der og når behovet oppstår

For å ivareta disse kravene må det være innebygget løsninger som ivaretar kravene til:

- *Autentisering*
At vi med sikkerhet kan fastslå identitet til den som ønsker å benytte løsningen. Det vil si hvem du er.
- *Autorisering*
At vi med sikkerhet kan fastslå rettighetene den som ønsker å benytte løsningen. Det vil si hvilke roller du har.
- *Logging, sporing, etc.*
At vi kan dokumentere og spore hvem som har benyttet hvilken informasjon til hvilket tidspunkt og til hvilket formål.

Disse sikkerhetsløsningene skal ivaretas i det grunnleggende designet av løsningen, ikke som en tjeneste på toppen eller ved siden av selve løsningen.

- **Relevansstyring**

Pasientinformasjonen må være relevant for ulike sluttbrukeres oppgaver og behov. Den må ikke oppleves som distraherende eller unyttig. Opplevelsen av relevans defineres i høy grad av sluttbrukerens egen kontekst, hvem vedkommende er, men også rolle, oppgave, kompetanse, beslutningen som skal tas, tid, sted og situasjon. Plattformen må legge til rette for at gjeldende applikasjon mest mulig presist, komplett – og i økende grad automatisk – kan etablere riktig delmengde av informasjon (hva) i skjæringspunktet mellom gjeldende sluttbruker (hvem) og optimalt forstått sammenheng (når, hvor og hvorfor).

- **Beslutningsstøtte**

Riktig informasjon til riktige beslutningstakere, i riktig situasjon, og til riktig tid vil være et langsiktig mål for informasjonsplattformen. I helse- og omsorgssektoren kan en feilbeslutning koste liv, medføre tap av livskvalitet eller tid og ressurser. I et større perspektiv kan gode individuelle valg hos innbyggerne virke helsemessig forebyggende. Målet forutsetter og bygger videre på de andre egenskapene ved plattformen, men krever også evnen til å presentere informasjon i riktig format i riktig applikasjon eller tjeneste på en forståelig måte.

Plattformen må ha egenskaper og kvaliteter som vil være kritiske suksessfaktorer for deling og tilgjengeliggjøring av relevant pasientinformasjon i det samlede økosystemet:

- **Teknisk samhandlingsevne** handler om protokoller, formater, grensesnitt, infrastruktur og andre tekniske forhold som sikrer at digital informasjon flyttes rundt og er tilgjengelig for videre behandling i økosystemet, eksempelvis ved løpende synkronisering mellom kommunale journalsystemer og plattformen.
- **Semantisk samhandlingsevne** handler tradisjonelt om kodeverk, terminologi, grunndata og informasjonsmodeller som sikrer mest mulig korrekt maskinell tolkning og behandling av

«I dag er systemene bygd for en spesifikk aktør. Problemet blir derfor når man skal kommunisere på tvers av disse»

(FKJ aktørforum)

informasjonen som flyttes rundt¹⁰. I mer moderne «semantiske» systemer kan det også handle om dyp løpende fletting og sammenstilling, og konvertering mellom ulike informasjonsmodeller som gjør et mer desentralisert og dynamisk økosystem¹¹ mulig.

- **Kontekstuell samhandlingsevne** er evnen til å sammenstille og dele informasjon om sluttbrukernes identitet, roller, relasjoner, situasjon og omgivelse for relevans- og tilgangsstyring på tvers av økosystemet.
- **Foreløpsbasert samhandlingsevne** er evnen til å sammenstille og dele informasjon om sluttbrukeres planer, forløp, prosesser og historikk på tvers av økosystemet. Det er da ikke bare for maskinell koordinering av riktig informasjon til riktig tid, men også for å sikre sluttbrukere en opplevelse av sammenheng på tvers av ulike applikasjoner og tjenester¹².
- **Støtte til gode felles beslutninger (samvalg)** handler om å tilrettelegge og tilgjengeliggjøre riktig informasjon til riktige beslutningstakere i riktig situasjon til riktig tid for gode felles beslutninger. Dette er aktuelt både for helsepersonell og for innbyggere og pårørende, som enkelt skal kunne involvere seg i forebygging, behandling og oppfølging av egen og næres helse og mestring¹³. På sikt vil en grad av støtte til gode beslutninger også være sentralt for innbyggere som reelt skal gis full kontroll over egne helsedata, kunne legge til informasjon, korrigere, begrense tilgang for andre og få informasjon om hvordan og til hva dataene brukes, i tråd med føringene i forslaget til felles europeisk helsedataområde (EHDS).

Ambisjonsnivået på disse områdene er ikke statisk, men må etableres og videreutvikles gjennom kontinuerlig læring, innenfor trygge personvern- og sikkerhetshensyn og juridiske rammer.

4. PLATTFORM – EN SENTRAL KOMPONENT I ØKOSYSTEMET

Plattformen er helt sentral i et kommunalt økosystem¹⁴. Som del av dette økosystemet vil den også være en del av det nasjonale økosystemet for e-helse. I dette bildet blir det viktig at de ulike tiltakene spiller godt sammen og passer inn i et arkitekturlandskap i kontinuerlig utvikling. Målet er at sameksistens med løsninger som Helsedata i Oslo, Helseplattformen i Midt-Norge og Program digital samhandling i regi av Direktoratet for e-helse/NHN skal sikre et mest mulig helhetlig og sømløst tilbud for innbygger, uavhengig av geografisk plassering eller forvaltningsnivå. De regionale helseforetakene spiller også en viktig rolle.

Plattformen og nye samarbeidsmodeller gjør det mulig å tilby nye, innovative produkter og tjenester raskere enn før og mer tilpasset unike behov. Målet er å oppfylle helsepersonellens og innbyggerens behov, samt skape økt markedsvekst for næringslivet.

Det samlede økosystemet kan omfatte mange ulike samarbeidsformer og koblinger. Deltagelse kan gi gjensidig nytte eller gevinster som det ikke er mulig å oppnå for en aktør som handler alene. Ved å skape ny og langvarig verdi gjennom samarbeid og økt innovasjonsgrad, legger økosystemet til rette for økte muligheter, også utover dagens marked. Det blir viktig å understøtte at økosystemet både

¹⁰ Både teknisk og semantisk samhandlingsevne er sentrale i Digitaliseringsdirektoratets Rammeverk for digital samhandling | Digdir

¹¹ Se eksempelvis [Sharing Ontologies Globally To Speed Science And Healthcare Solutions](#) og evt. [RDF and SPARQL: Using Semantic Web Technology to Integrate the World's Data](#)

¹² [En digital offentlig sektor | Regjeringen](#)

¹³ Svært sentralt i høringsutkast til Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren som skal gjelde fra 2023 | Direktoratet for e-helse

¹⁴ En gruppe aktører, og de løsningene de benytter som via en eller flere standardiserte digitale plattformer knyttes sammen i et verdidøkende nettverk. Med aktører mener vi brukere av informasjon i økosystemet (i denne sammenhengen innbyggere, helsepersonell, forskere, utviklere og offentlig administrasjon), samt leverandører av tjenester og løsninger til brukerne.

kan gi flere nye og innovative muligheter og tjenester enn det som tradisjonelt kan tilbys i dag, samt at aktørene kan gjenbruke mye utenfor økosystemet, også i annen næringsvirksomhet. Test og utviklingsmiljø, samt tilgang til relevant informasjon, vil være viktige tiltak for å understøtte retning mot et slikt målbilde.

Et økosystem vil bestå av mange ulike relasjoner mellom deltakere og partnere, men fellesnevneren er at de gjør det mulig å levere nye innovative helsetjenester raskere. Plattformen er kjernen i digitale økosystemer. Eksempler på noen av aktørene kan være:

- **Forvalter** av plattformen vil ha en særlig viktig rolle som premissgiver for alle deltagerne i økosystemet rundt plattformen. Vår anbefaling er at forvalter av økosystemet også har rollen som tillitsanker. Forvalter bør oppleves som en uavhengig og nøytral part overfor øvrige aktører. Det innebærer bl.a. at man ikke inntar noen konkurrerende rolle mot øvrige aktører. Forvalter av økosystem og plattform vil ha en bred og omfattende kontaktflate mot leverandører av sluttbrukerløsninger og berørte kommuner.
- **Leverandører** som tradisjonelt er konkurrenter, kan inngå samarbeid i økosystemet og bygge en felles merkevare, nye tjenester eller nye løsninger mot kommunal helsetjeneste. Relasjoner i økosystemet, samt felles arenaer som innovasjonsarenaen gjør at løsningene og teknologi som leveres blir støttet gjennom tilgang til fagpersonell, opplæring og omgivelser med informasjon og teknologi.
- **Helsepersonell** innad i en kommune eller på tvers av kommuner kan etablere nye samarbeidsformer som følge av nye muligheter i et økosystem og med nye, fleksible løsninger.
- **Innbyggere** kan ta i bruk innbyggertjenester (gjennom eksempelvis Helsenorge, DigiHelse, DigiHelsestasjon) som kan bygge på plattformen. Tilsvarende åpnes nye muligheter for leverandørmarkedet, også direkte mot innbyggere.
- **Akademia** kan, via økosystemet, eksempelvis gjennomføre ulike forskningsprosjekt i samarbeid med helsepersonell eller leverandører. Økosystemet gir tilgang til arenaer der hypoteser og ideer kan testes ut, eller tilgang til relevant informasjon og metadata for forskning og analyse.

Det antas at økosystemet som ønskes realisert, bør defineres av et sett av felles regler som alle medlemmer må akseptere å etterleve. Skal et økosystem være levedyktig over tid, krever det en god og balansert styringsmodell tilpasset formålet. Her er det også mange ulike aktørgrupper involvert. Formålet med økosystemet rundt plattformen må beskrives og avgrenses. Det må videre defineres rammer for aktørenes adferd og samhandling. Aktørenes deltagelse i utviklingen av ulike deler av økosystemet, i hvor stor grad det skal være mulig å ta beslutninger på egen hånd, samt hvilke beslutninger som må tas i fellesskap, må avklares og tydeliggjøres.

Potensialet ved å realisere et plattformbasert økosystem er stort. Økosystemet åpner både for enkeltaktører og grupper av aktører i en verdikjede. Økosystemet må utformes slik at kostnaden med å ta inn nye aktører er liten, men nytteverdien for aktørene blir stor. Vi kan betrakte økosystemet som et verdinettverk¹⁵. Et effektivt verdinettverk legger best mulige rammebetingelser i møtet mellom brukernes behov på den ene siden og leverandørenes/markedets muligheter på den andre. Dermed kan nettverket bidra til utvikling av nye løsninger og mer effektiv informasjonsdeling. Samtidig vil det legge til rette for mer effektive, helhetlige og gjennomgående arbeidsprosesser der det er mulig og hensiktsmessig.

¹⁵ [Networked health care: Rethinking value creation in learning health care systems | Fieldstad et al. \(2020\)](#)

5. LAGRING OG/ELLER SAMMENSTILLING

Lagring og utveksling av pasientinformasjon baseres på bruk av åpne internasjonale standarder (eksempelvis openEHR¹⁶, HL7 FHIR¹⁷ og SNOMED CT¹⁸) der det er mulig og hensiktsmessig. Dagens sluttbrukerløsninger (med integrert lokal lagring) må kunne sende og motta pasientinformasjon til og fra plattformen. En første forutsetning for dette, er en detaljert beskrivelse og avklaring av hvilken informasjon som er relevant og delingsverdig, samt hvilke kontekstuelle opplysninger som må inkluderes med de ulike informasjonselementene.

«For at overføring av personopplysninger ut av EØS enten til tredje land eller internasjonal organisasjon skal være lovlig må det finnes et overføringsgrunnlag. Tilleggskravet i forhold til Schrems II- dommen er at man alltid må undersøke om beskyttelsesnivået i praksis vil bli undergravd av forhold i tredjelandet, for eksempel overvåkningslover som går lenger enn det som er nødvendig og proporsjonalt. Dette vil blant annet være aktuelt for amerikanske virksomheter.

Dette er grunnleggende krav som må ivaretas og må jobbes med i forhold til valg av skytjenester og databehandlere i løsningene som velges.»

[Overføring av personopplysninger ut av EØS | Datatilsynet](#)

Tilgang til relevant pasientinformasjon er et helt sentralt mål med plattformen. Relevant informasjon vil kreve kontekst både knyttet til brukere og roller osv., men innledningsvis er det gjort en avgrensning av at informasjonsbehov som skal realiseres, ikke inkluderer saksbehandling, helsepersonellrelatert og virksomhetsrelatert informasjon. Dette er i tråd med definisjonen av journalverdig informasjon som legges til grunn i helsepersonelloven og pasientjournalloven. Dette beskrives ytterligere under kapittel 7 i dette vedlegget.

Informasjon som vil være aktuell for lagring på plattformen er eksempelvis undersøkelser, målinger, funn, klinisk oppsummering, kliniske og sosiale bakgrunnsopplysninger, problem, diagnose, behov, prosedyrer, behandlinger, tjenester, ytelser, hjelpemidler og informasjon relatert til administrering av legemidler.

Vi ser for oss at plattformen er skybasert og at kravet til journalleverandører bør være at de skal levere skybaserte løsninger. Prosjektet anbefaler skybaserte løsninger i tråd med Nasjonal strategi for bruk av skytjenester¹⁹. Dette vil kreve at prosjektet også tar ansvar for den helhetlige sikkerheten i økosystemet, og undersøker sikkerheten hos alle skytjenesteleverandørene (som beskrevet i NSMs grunnprinsipper for IKT-sikkerhet og i Normen). Det vises også

til vedlegg 3.3, samt bilag 3.3.1.

Relevant pasientinformasjon om innbygger vil likevel finnes spredt i de ulike løsningene i kommunen og i de nasjonale samhandlingsløsningene. En sentral oppgave for plattformen blir derfor å sammenstille denne informasjonen slik at det for sluttbrukeren fremstår som at informasjonen er enhetlig og helhetlig. Uavhengig av kilde, blir informasjonen beriket og satt i kontekst for å sikre sporbarhet, relevans og forståelighet.

For eksisterende EPJ-leverandører som ønsker å opprettholde lokal lagring som primær kilde, kan det være hensiktsmessig å beholde brukerflate og lagring sammen lokalt, men gjøre det mulig å løpende «speile» (eller *synkronisere*) informasjon fra den lokale lagringen over i plattformen. Overføringen kan med fordel skje på et standardisert format som er felles for leverandørene.

¹⁶ openEHR er en e-helseteknologi bestående av åpne spesifikasjoner, kliniske modeller og programvare, som kan brukes til å lage åpne informasjonsplattformer for helsevesenet.

¹⁷ HL7 FHIR er en fritt tilgjengelig standard som ble utarbeidet for å møte krav til integrasjon mellom virksomheter og mot moderne teknologi som mobil- og skytjenester. Vil bli brukt i nasjonale e-helseløsninger, og har god støtte for interoperabilitet mellom virksomheter.

¹⁸ SNOMED CT er en omfattende terminologi som brukes til å beskrive kliniske konsepter. Den er valgt som standard i Norge, og brukes i Helseplattformen.

¹⁹ [Nasjonal strategi for bruk av skytjenester | Regjeringen](#)

Informasjonen fortsetter da å være lagret lokalt, men ligger i tillegg lagret i plattformen. Løpende «speilede» sett av samme informasjon kan vise seg nødvendig for å etterleve føringene i forslaget til felles europeisk helsedataområde (EHDS). Gjennom EHDS-forslaget stilles det krav om at innbyggere skal ha full kontroll over egne helsedata, kunne legge til informasjon, korrigere, begrense tilgang for andre og få informasjon om hvordan og til hva dataene brukes. Dette gjelder uansett om informasjonen lagres spredt.

På sikt vil det også tilrettelegges for applikasjoner som ikke tilbyr egen lagring, men lagrer all egen informasjon på plattformen eller i andre nasjonale plattformer.

Applikasjonsleverandører bør kunne lagre applikasjonsspesifikke data som det er relevant å dele på tvers av kommuner og kommunale tjenester. Vi forutsetter at de nasjonale løsningene også støtter tilstrekkelig grunndata for plattformen.

Plattformen forutsettes skybasert fra start. Uansett hvor den fysiske befinner seg, eller hvem som drifter og forvalter den, vil kommunen likevel fortsatt være behandlingsansvarlig i kraft av «sørge for»-ansvaret. Den organisasjonen som forvalter løsningen, vil være databehandlingsansvarlig. Grensesnittet må reguleres i databehandlingsavtale og driftsavtale på ordinært vis. Behandlingsansvaret endres ikke med bruk, og det forutsettes derfor at pasientinformasjon som deles, kun kan leses og gjenbrukes, ikke endres.

6. PRINSIPPER FOR EN PLATTFORM

Det finnes mange ytre rammer en plattform og videre arbeid må tilpasse seg. Det vises til vedlegg 5.1 for en mer utfyllende beskrivelse av dette.

Digitaliseringsdirektoratets *Overordnede arkitekturprinsipper for digitalisering av offentlig sektor*²⁰ ble utgitt i versjon 3.0 14. januar 2020. Prinsippene skal bidra til at offentlig sektor og deres arkitekturavgjørelser gir et best mulig resultat for innbygger, næringsliv og samfunnet ellers og skjer i samsvar med overordnede mål for digitaliseringsarbeidet i offentlig sektor. Gjennom digitaliseringsrundskrivet er prinsippene obligatoriske for statlig sektor og anbefalte for kommunesektoren²¹.

Direktoratet for e-helse har vurdert det som hensiktsmessig at helse- og omsorgssektoren benytter Digitaliseringsdirektoratets arkitekturprinsipper slik de er²².

De syv prinsippene er:

1. Ta utgangspunkt i brukernes behov.
2. Ta arkitekturbeslutninger på rett nivå.
3. Bidra til digitaliseringsvennlige regelverk.
4. Del og gjenbruk data.
5. Del og gjenbruk løsninger.
6. Lag digitale løsninger som støtter samhandling.
7. Sørg for tillit til oppgaveløsningen.

Vi har lagt disse prinsippene til grunn i arbeidet. Et av de tydeligst definerte brukerbehovene er tilgang til helhetlig og oppdatert (relevant) pasientinformasjon. Plattformen vil være en sentral komponent for å imøtekomme på dette *brukerbehovet*, som forutsetter at plattformen har høy endringsevne.

²⁰ [Overordnede arkitekturprinsipper | Digdir](#)

²¹ [Føringar for bruk av arkitekturprinsippa | Digdir](#)

²² Veileder for helse- og omsorgssektoren: Bruk av Digitaliseringsdirektoratets "Overordnede arkitekturprinsipper for digitalisering av offentlig sektor" | Direktoratet for e-helse (2020)

Plattformen skal gjennom en stegvis tilnærming kunne tilpasse seg de ulike brukerbehovene som skal løses fortløpende. Det er også forutsatt at brukerne kan fortsette å benytte løsninger de kjenner og er fornøyd med, inntil de selv ser muligheten og nytten av å bytte til helt nye løsninger.

Når brukerne får tilgang til relevant pasientinformasjon via plattformen, vil det gi leverandørene nye muligheter for å utvikle løsninger så nær brukerne og deres behov som mulig. Tett samarbeid med nasjonale aktører om bruk av deres løsninger, sikrer at vi samhandler med andre tiltak og initiativ rundt oss, samt at vi hensyntar felles mål for digitalisering. Dette er viktig for å understøtte *arkitekturbeslutninger på rett nivå*.

Konseptet og målbildet bygger på behov og utfordringer som vil kreve regelverksendringer for å oppnå deling på tvers av kommuner. Da er det viktig å etterspørre nødvendige regelverksendringer og *digitaliseringsvennlige regelverk*, eksempelvis ved at deling av data blir det vanlige heller enn et unntak.

Plattformen kan gjøre det mulig å *dele og gjenbruke data* – og *gjenbruke løsninger* fordi de i større grad kan basere seg på samme informasjon og informasjonstjenester. Det legges også til grunn gjenbruk av løsninger, eksempelvis eksisterende og planlagte nasjonale løsninger, der dette er hensiktsmessig, og i første utprøvningsperiode anbefales det å gjenbruke allerede eksisterende løsninger.

I Helseplattformen er det laget veiledende planer (40 for kommunale tjenester og 40 for spesialisthelsetjeneste) – basert på ICNP. En faglig innretning på dette bør sørges for og forvaltes nasjonalt, særlig dersom dette skal gjenbrukes utenom Helseplattformen. Noen må ivareta dette på vegne av kommunal sektor. For prosjektet vil også erfaringer fra Helseplattformen være viktige knyttet til bruk av ICNP.

Plattformen skal utvikles slik at den i stor grad *samhandler med andre løsninger* i offentlig og privat sektor. Et viktig mål blir å bidra til samhandlingsevne i økosystemet og plattformen kan spille en særlig viktig rolle i å styrke økosystemets semantiske samhandlingsevne. Det blir viktig å sikre et tett samarbeid med leverandørmarkedet, nasjonale myndigheter og NHN, knyttet til utvikling av sluttbrukerløsninger for helsepersonellet.

Tillit i oppgaveløsningen er en sentral forutsetning, og økosystemet rundt plattformen vil ha behov for vilkår som aktørene skal følge, tjenester for kvalifisering av at aktørene følger vilkårene, samt tjenester for verifisering av selve løsningene som skal samhandle mot plattformen og i økosystemet.

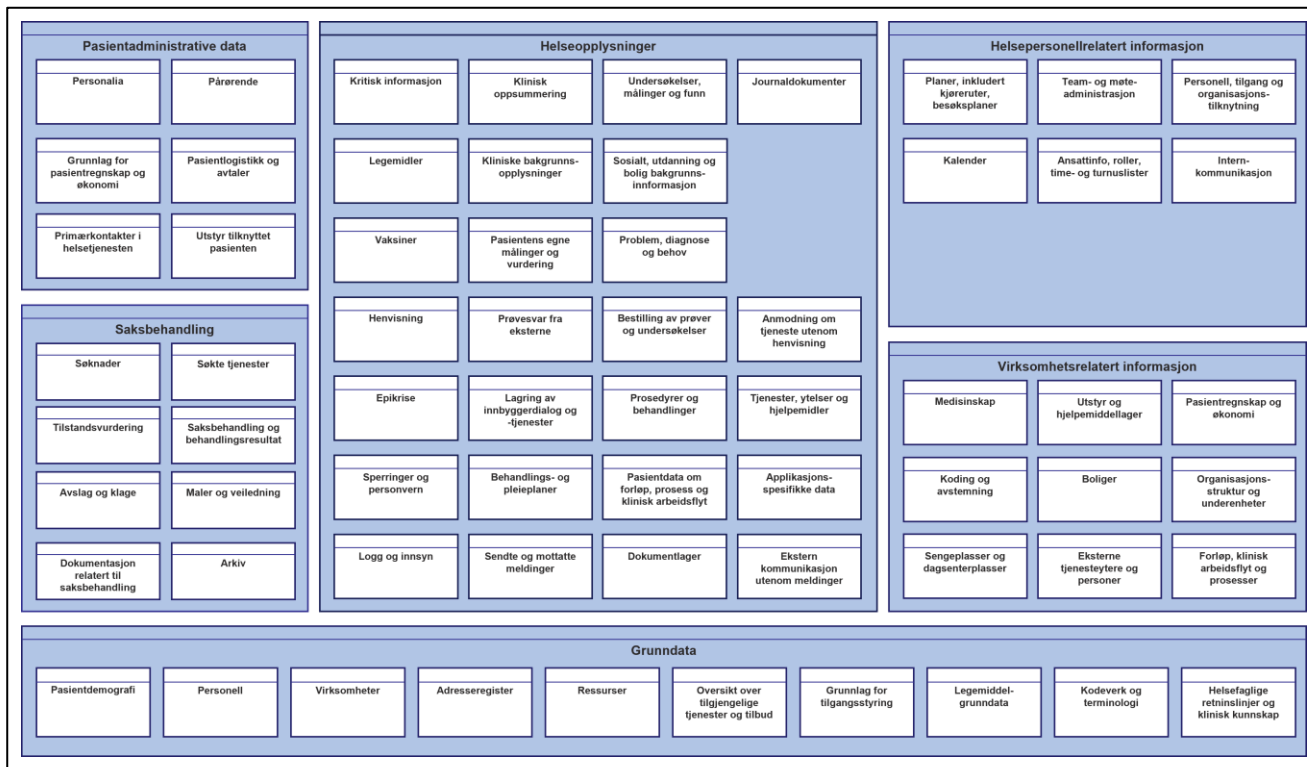
7. OMFANG OG MÅLBILDE FOR INFORMASJON I PLATTFORM

7.1. Informasjonsmodell som utgangspunkt for videre arbeid

I arbeidet er det tatt utgangspunkt i den informasjonsmodellen som ble utarbeidet i Akson-prosjektet for å definere omfang og målbilde for informasjonen i plattformen. Dette er gjort for å ha et felles utgangspunkt for dialog, innspill og diskusjon. Behovet og betydningen av å ha en felles modell og en felles oversikt over hva den inneholder, har vært svært viktig i arbeidet. Det betyr ikke at modellen legges til grunn i plattformen slik den står.

Basert på tilbakemeldinger, er det gjort noen mindre endringer i modellen. Blant annet er det lagt til noen informasjonsgrupper i domeneområdene *pasientadministrative data (PAS)*, *virksomhetsrelatert informasjon* og *saksbehandling*. Vi har også valgt å splitte noen informasjonsgrupperinger innenfor *helseopplysninger*. Legemidler er for eksempel splittet i to: vaksiner og legemidler. Det er viktig å

presisere at med kategorien “legemidler”, mener man her administrering av legemidler²³, og ikke legemiddeloversikt eller liste som pasientens legemiddelliste (PLL) vil løse som en nasjonal løsning. Dette for å tydeliggjøre hva som løses nasjonalt gjennom Program digital samhandling og hva som må løses gjennom plattformen.



Figur 2: Informasjonsmodell er inndelt i seks ulike informasjonsdomener

I løsningen vil det behandles og lagres mange forskjellige informasjonselementer og datasett. Som tidligere beskrevet, vil dette være informasjon som lagres og behandles forskjellige steder, både innenfor og utenfor plattformen. Derfor er det nødvendig med en overordnet domenemodell. Figur 2 viser et foreløpig forslag på en slik modell, basert på arbeidet med Akson. Modellen vil utvikle seg.

Videre beskrives de ulike nivåene i informasjonsmodellen som er brukt. Sammenhengen mellom nivåene er:

- Informasjonsdomener – overordnet nivå som beskriver domene for informasjon
- Informasjonskategori – mer detaljert nivå på hvilken kategori informasjon
- Informasjonselementer – detaljert nivå på de enkelte elementene informasjon som en informasjonskategori inneholder

7.2. Informasjonsdomener

Informasjonsmodellen i figur 2 over viser seks ulike domener (områder) for informasjon.

Informasjonsdomenene er:

²³ KS gjennomfører prosjektet Digitale løsninger som bidrar til tryggere legemiddelhåndtering for både pasient og helsepersonell i kommunal sektor i 2023. KS, sammen med kommunene skal kartlegge behov og utfordringer knyttet til legemiddelhåndteringen, som grunnlag for å gjøre vurderinger og prioriteringer blant digitale løsninger på området.

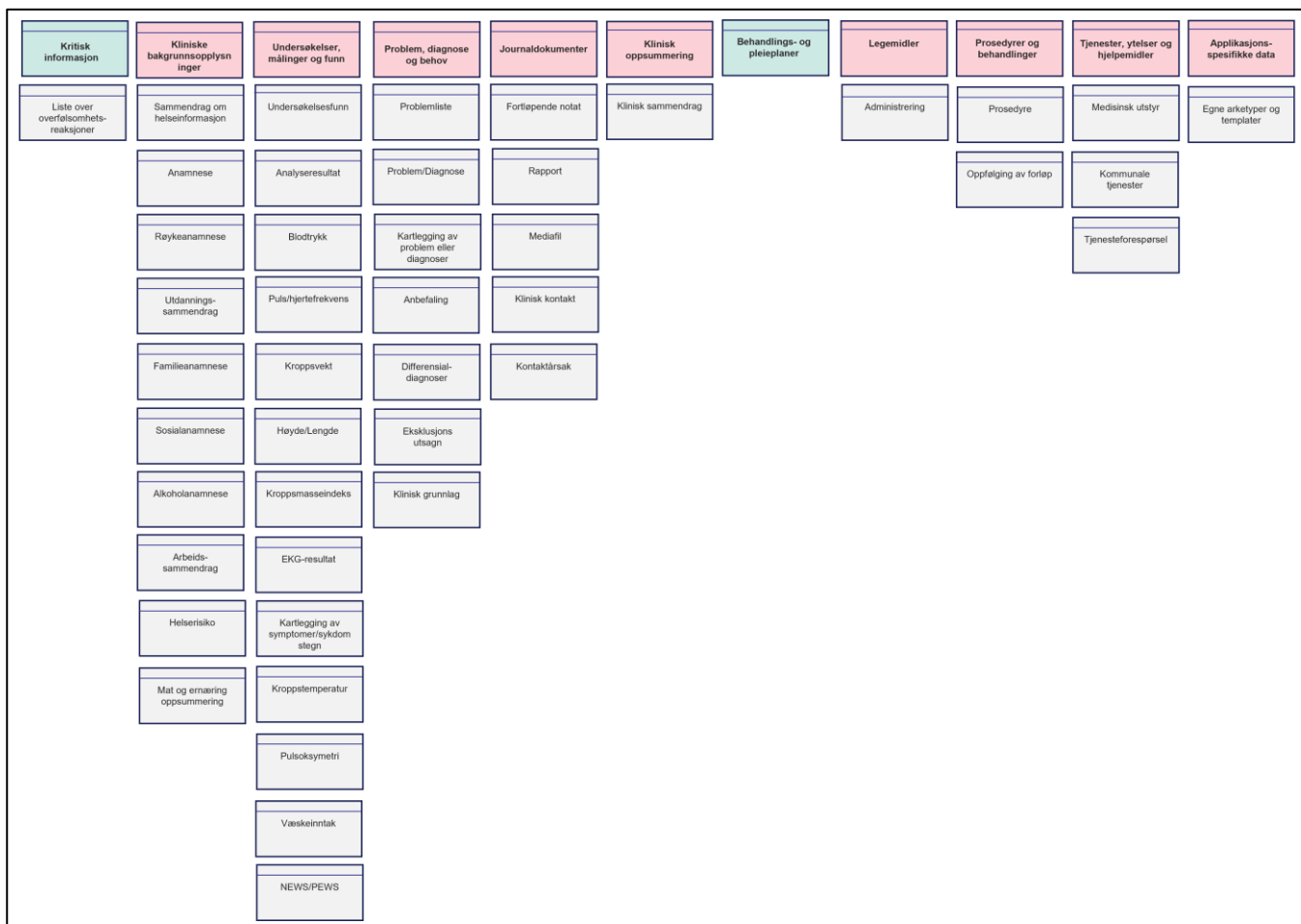
- **Helseopplysninger**
Opplysninger om pasientens helse, sykehistorie, diagnoser, legemidler, tjenester som gis pasienten, samt planlegging og dokumentasjon av behandlingen av pasienten. Noe av informasjonen i denne kategorien er tett knyttet til nasjonale samhandlingstjenester og vil (i perioder) være lagret nasjonalt. Plattformen vil legge vekt på behov som ikke dekkes av nasjonale løsninger. Helseopplysninger gir også grunnlag for rapportering fra kommune til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).
- **Pasientadministrative data**
Administrativ informasjon om pasienten, som for eksempel personalia, pårørendeinformasjon, kontaktdetaljer, informasjon om hvem som er behandlere og hvilket utstyr som er tilknyttet pasienten. Noe av denne informasjonen går igjen i grunndata gjennom modernisert folkeregister for helse og videre i kjernejournal. Det er en målsetting å unngå dobbeltlagring av slike data.
- **Saksbehandlingsdata**
Eksempel på slike data er søknader, tilstandsvurderinger og informasjon om saksbehandlingen og behandlingsresultat. Dette er viktig informasjon for tildeling av kommunale tjenester og gir også grunnlag for noe av rapporteringen fra kommune til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).
- **Helsepersonellrelatert informasjon**
Data tilknyttet planlegging og ressursstyring av helsetjenesten, roller, turnuslister og diverse planer som kjøreruter og besøksplaner. Slik informasjon kan for eksempel være viktig for å forbedre interne prosesser og optimalisere ressursbruk internt i kommunen.
- **Virksomhetsrelatert informasjon**
Informasjon tilknyttet virksomhetens ytelse av helsetjenesten, som for eksempel medisinskap, utstyr og hjelpemidler, organisasjonsstruktur, sengeplasser og dagsenterplasser, eksterne tjenesteytere, boliger, sykehjem og basisinformasjon om hvilke forløp, arbeidsflyt og prosesser som støttes av kommunen.
- **Grunndata**
Gjenbrukbare data om personer, personell, virksomheter, legemidler, kodeverk og terminologi, helsefaglige retningslinjer og klinisk kunnskap. Dette er informasjon som er lagret i ulike løsninger, dels i nasjonale løsninger og dels andre steder (for eksempel hos kommunene).

7.3. Informasjonskategorier

Informasjonsdomenene inneholder ulike informasjonskategorier som rommer ulik informasjon, men innenfor et avgrenset område. Et eksempel på en informasjonskategori er «Undersøkelser, målinger og funn», et annet eksempel er «Problem, diagnose og behov». Innenfor hver informasjonskategori finnes det ulike informasjonselementer/arketyper.

7.4. Informasjonselementer/arketyper

En sentral forutsetning for prosjektet er bruk av internasjonale standarder der det er mulig og hensiktsmessig. FHIR og openEHR er to av standardene som ansees som mest relevant. OpenEHR vurderes som den standarden som i de fleste tilfeller egner seg best til dokumentasjon av pasientjournalinnhold pga. dens arketyper. FHIR vurderes på sin side brukt til utveksling av strukturert og standardisert innhold mellom aktører. Modellen under er brukt for å illustrere hva arketyper er, samt for å gi aktørene et tydeligere bilde av hva som finnes i de ulike informasjonskategoriene. Modellen er derfor ikke komplett. I videre arbeidet må informasjonsmodeller etableres for hver utprøving og gjennomføring. En felles modell kan også spille en viktig rolle i å identifisere eventuelle arketyper m.m. som ikke eksisterer.



Figur 3: Eksempler på Informasjonstyper eller arketyper under kategori av informasjon

7.5. Løsningsomfang

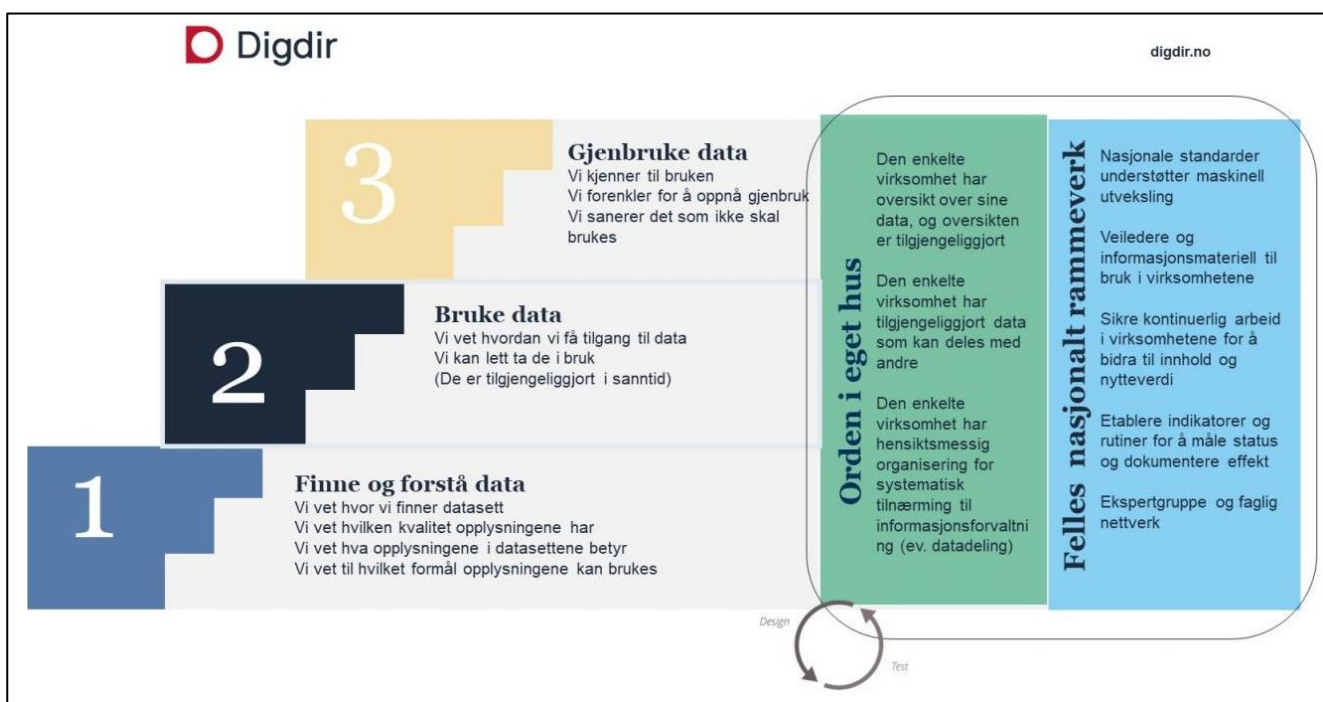
Det er gjort to avgrensninger for å definere omfanget for beskrevet løsning:

1. Innledningsvis vil vi prioritere domeneområdet helseopplysninger. Dette innebærer at plattformen innledningsvis i liten grad vil inkludere informasjon som grunndata, opplysninger om saksbehandling, helsepersonellrelatert og virksomhetsrelatert informasjon.
2. Den andre avgrensningen handler om gapet mellom det helhetlige behovet for informasjon og det som dekkes av nasjonale løsninger. I samarbeid med Direktoratet for e-helse og NHN har vi gjort en vurdering av dette, og det er tatt utgangspunkt i samme informasjonsmodell i samtalen. Figuren under illustrerer valget:

innspill, og brukt modellen som et verktøy for innspillene. Som presentert i bilag 3.1.2, er prosjektets forståelse av innspillene som er kommet, at behov og ønske om å tilgjengeliggjøre pasientinformasjon i plattformen er viktige for aktørene. Det vises også til bilag 3.1.3 for utfyllende informasjon om bruk og beskrivelse av de ulike informasjonselementene.

8. INFORMASJONSFORVALTNING

Hensiktsmessig og målrettet forvaltning av relevant pasientinformasjon vil være en kritisk suksessfaktor i realiseringen av målbildet. Tillit og gjensidige positive nettverkseffekter vil være en forutsetning for suksess i økosystemet rundt plattformen. Hvis sluttbrukerne opplever informasjonsgrunnlaget som tillitsvekkende, nyttig og relevant i sin samhandling, vil dette kunne drive en positiv utviklingspiral mellom kommunene, leverandørene og alle aktørene i økosystemet.



Figur 5: Digitaliseringsdirektoratets (DigDir) rammeverk og målbilde for informasjonsforvaltning

Digitaliseringsdirektoratet har utviklet et *overordnet felles rammeverk*²⁴ og *målbilde* for informasjonsforvaltning (se figur 5 over) som skal gi føringer, støtte og verktøy i arbeidet med «orden i eget hus» og etableringen av «kun én gang» som førende prinsipp (begge prinsippene utdypes nedenfor). Rammeverket er ment å gi tilstrekkelige føringer og støtte, slik at offentlige virksomheter kan utveksle og dele data og beskrivelser av data, også maskinelt.

Direktoratet for e-helse har i en egen veileder²⁵ for helse- og omsorgssektoren pekt på Digitaliseringsdirektoratets arkitekturprinsipper, og har vurdert det som hensiktsmessig at sektoren benytter prinsippene slik de er (se «Prinsipper for plattform»), med noen tilleggsforklaringer og anbefalinger. I punkt 4.6 i veilederen heter det at Digitaliseringsdirektoratets rammeverk for informasjonsforvaltning *skal benyttes* for å oppnå god forvaltning av egne data og enhetlig beskrivelse

²⁴ [Rammeverk for informasjonsforvaltning | Digdir](#)

²⁵ [Veileder for helse- og omsorgssektoren: Bruk av Digitaliseringsdirektoratets "Overordnede arkitekturprinsipper for digitalisering av offentlig sektor" | Direktoratet for e-helse](#)

av data på tvers av offentlig sektor. Rammeverket er derfor lagt til grunn for den fremtidige informasjonsforvaltningen for prosjektet, og vil ikke gjengis i dette vedlegget.

8.1. Føringer og prinsipper for informasjonsforvaltning

Brukernes behov skal være førende for hvordan offentlige tjenester utformes²⁶. Brukere skal oppleve offentlige tjenester som *sammenhengende og helhetlige*, uavhengig av hvilke offentlige virksomheter som tilbyr dem. Gjennom å få erfaringer med brukergruppens behov til fremtidige tjenester over tid, kan tjenestene utformes slik at disse ivaretas på best mulig måte.

For at brukeren skal oppleve tjenester som sammenhengende og helhetlige, må forvaltningen gjenbruke informasjon fra brukerne. Informasjon skal kun måtte *oppgis én gang*.

Forslaget til forordning for *et europeisk helsedataområde (EHDS)*, som Europakommisjonen har lagt frem, vil også understøtte at innbygger skal kunne dele helsedata med helsepersonell i hele EU *etter eget valg*. I forslaget heter det videre at alle innbyggere skal ha *full kontroll over egne helsedata*, og kunne legge til informasjon, korrigere, begrense tilgang for andre, få informasjon om hvordan og til hva dataene brukes. Forslagets føringer legges til grunn for den fremtidige informasjonsforvaltningen i økosystemet.

For å sikre personvernet, må tjenestene utvikles slik at sammenstilling og behandling av personopplysninger ivaretar følgende:

- Mottakere av informasjon som er resultatet av en sammenstilling, skal kunne spore alle opplysningene tilbake til respektive kilder. Sporbarhet er en avgjørende forutsetning for innsyn, retting og sletting, eksempelvis hvis ny informasjon viser at en sammenstilling må reverseres.
- Beslutninger, enten de er automatiserte eller manuelle, må tas på et mest mulig oppdatert og konsistent informasjonsgrunnlag på tvers av tjenester og applikasjoner, enten leverandørene er offentlige eller private. Endringer i det delte informasjonsgrunnlaget, må gjenspeiles snarest mulig i alle systemer der informasjonen vil utgjøre et beslutningsgrunnlag. Sammenstillinger og avledet informasjon som utgjør grunnlag for beslutninger, må kunne re-evalueres manuelt eller automatisk og eventuelt oppdateres dersom ny eller endret informasjon tilsier det.
- Ethvert oppslag eller flyt av informasjon til tredjepart må logges på en sikker måte. Dermed vil det alltid være mulig å spore hvem som har sett informasjonen.

Kommunene må ha «orden i eget hus²⁷» og *oversikt* over informasjon den håndterer, og ha gode *beskrivelser* av informasjonen. Beskrivelsene inkluderer hva dataene betyr, hva de kan brukes til, hvilke prosesser de inngår i og hvem som kan bruke dem.

²⁶ [Digital agenda for Norge \(KMD, 2015-16\) Meld. St. 27 \(2015–2016\) | Regjeringen](#)

²⁷ [Veileder for orden i eget hus | Digdir](#)

Endelig skal følgende sentrale prinsipper legges til grunn:

- Data skal deles i åpne, ikke-proprietære formater.
- Data skal være selvbeskrivende og ikke avhengig av en applikasjon for tolkning og mening.
- Autentisering og autorisering skjer via sluttbrukerløsningen mot sikkerhetsløsningene i plattformen

Den framtidige informasjonsforvaltningen i økosystemet bør i høy grad handle om å måle og følge opp riktig *informasjonskvalitet* langs felles prioriterte²⁸ dimensjoner, og stille krav bakover i verdikjedene for informasjonen. Enighet om felles styringsmodell med etablerte roller og ansvar vil effektivisere forvaltningen betydelig, men mandat og organisering må avstemmes med samhandlingsformene i økosystemet.

Informasjonskvalitet - Informasjon kan inneha ulike *kvaliteter*. Enkelte kvaliteter vil være spesielt sentrale for sluttbrukernes opplevelse av tillit og nytte – og dermed også ha avgjørende betydning for at prosjektet lykkes. «Tilgang til relevant pasientinformasjon» er eksempelvis formulert som et hovedmål i prosjektet, og *relevans* vil dermed være en sentral informasjonskvalitet ved utvikling av plattform og informasjonsforvaltning.

Kontekst – det vil si den totale sammenhengen informasjon oppstår og benyttes i – består av flere lag som til sammen beskriver en situasjon, eksempelvis hvem, når, hvor, hvorfor og hvordan.

Bestanddelene i den kontekstuelle informasjonen kan fanges opp på mange ulike måter, men må som regel både sammenstilles og berikes for å oppnå tilstrekkelig kvalitet og presisjon.

Kontekstuell informasjon av høy kvalitet kan bidra til å sikre at relevant kunnskap kan formidles til den enkelte, og til at den enkelte kan formidle riktig informasjon tilbake. Tilsvarende kan informasjon som løsrives fra kontekst, dvs. den sammenhengen den må forstås i lys av, fort bli uten reell verdi.

Blodtrykk er eksempelvis en enkel og ganske signifikant indikasjon på en helsetilstand, gitt at man vet i hvilken sammenheng målingen er gjort. En blodtrykksmåling tatt rett etter målgang i et maratonløp vil som regel gi verdier som ville være alarmerende om de ble målt hos en stillesittende person. Slik er det med mye av medisinsk informasjon, vi sier at den er kontekstavhengig.

Å sikre riktig *informasjonskvalitet over tid* bør være selve driveren for informasjonsforvaltningen. Digitaliseringsdirektoratets rammeverk for informasjonsforvaltning⁹ omfatter blant annet veiledere og spesifikasjoner for beskrivelse av kvalitet på datasett, som viser videre til etablerte internasjonale

Sentrale kvalitetsdimensjoner for informasjon

Eksempler på kvalitetsdimensjoner for informasjon som kan antas å være sentrale for å oppnå målene for plattformen og økosystemet rundt:

1. Portabilitet
I hvilken grad informasjon har egenskaper som gjør at den kan lagres, erstattes eller flyttes fra et system til et annet og likevel bevare den eksisterende kvaliteten, i en spesifikk brukskontekst.
2. Troverdighet
I hvilken grad informasjon oppfattes som sann og troverdig av brukere i en spesifikk brukskontekst. Troverdighet inkluderer begrepet autentisitet (opprinnelsens sannhet, attribusjon og forpliktelser).
3. Forståelighet
I hvilken grad informasjon har egenskaper som gjør at de kan leses og tolkes av brukere, samt uttrykkes i passende språk, symboler og enheter i en spesifikk brukskontekst. Noe informasjon om forståelighet angis av metadata.
4. Konfidensialitet
I hvilken grad data har egenskaper som sikrer at de kun er tilgjengelige og tolkbare av autoriserte brukere i en spesifikk brukskontekst.

²⁸ Ulik innbyrdes prioritering av kvalitetsdimensjoner leder til ulike krav til økosystemets arkitektur og forvaltning. Et system hvor 'aktualitet' har høy prioritet, er eksempelvis fundamentalt ulikt et system som prioriterer kompletthet eller korrekthet. Innbyrdes prioritering bør derfor avklares tidlig.

standarder som ISO 25012²⁹ Disse standardene introduserer et vokabular som kan brukes til å beskrive og spesifisere *informasjonskvalitet* (se også egen faktaboks).

9. FELLES SPRÅK

Felles språk³⁰ skal gjøre det mulig for e-hesløsninger å kommunisere effektivt med hverandre og bidra til bedre semantisk samhandling i det digitale økosystemet. Felles språk vil bidra til bedre informasjonsflyt og øke kunnskaps- og forskningsgrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten³¹. Felles språk tar ikke stilling til hvilken informasjon som skal struktureres eller hvordan dette skal gjøres.

Direktoratet for e-helse anbefalte i 2018 å benytte SnoMed CT³² som felles standardisert terminologi i Norge. Nasjonalt e-helsestyre ga sin tilslutning til anbefalingen i 2019. Registrering og lesing av klinisk dokumentasjon vil i hovedsak skje gjennom helsepersonellens sluttbrukerløsning (eksempelvis EPJ) eller felles innbyggertjenester som eksempelvis Helsenorge.

Plattformen vil være en underliggende logisk informasjonskilde som man benytter indirekte via journalløsningene.

Gevinsten av Felles språk øker med antall aktører som benytter samme terminologi. Konseptet kan bidra til økt bruk ved å sette krav om at leverandører som tilknyttes plattformen benytter Felles språk i sine løsninger.

Det anbefales å bygge videre på arbeidet som er gjort i Helseplattformen. Det blir viktig å sikre forvaltning og utvikling av kodeverk og terminologi videre (oversette og mappe), og oppgaven bør forvaltes nasjonalt.

Erfaringer fra Helseplattformen viser at det er viktig å videreutvikle den felles terminologen for optimal bruk og gevinstrealisering gjennom gjenbruk av data og tilstrekkelig grad av klinisk dokumentasjon. I Helseplattformen er det tatt i bruk ca. 80 000 begreper fra SnoMed CT.

Erfaring fra Helseplattformen er at overgang til Felles språk er en modningsprosess i tjenestene. For helsepersonell og administrativt nivå er det viktig å forstå hensikt, nytte og muligheter ved å ta i bruk felles terminologi. Det er viktig å være klar over at mange kan være engstelige over at fritekst i stor grad forsvinner.

²⁹ ISO/IEC 25012 definerer en generell data kvalitetsmodell for strukturert informasjon som beholdes/lagres i et system

³⁰ Begrepet Felles språk refererer til et økosystem av helsefaglig terminologi, kodeverk og variabler i sammenheng.

³¹ [Hva er Felles språk? | Direktoratet for e-helse](#)

³² SnoMed CT er primært utviklet for klinisk dokumentasjon, det vil si detaljert og strukturert dokumentasjon av pasientrelaterte data i elektroniske pasientjournaler.

Felles kommunal journal interim AS

Vedlegg 3.3:

Informasjonssikkerhet og personvern

Styringsdokument

Felles journalløft for kommuner

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
2. FORMÅL	1
3. FORUTSETNINGER OG AVGRENSNINGER	2
4. INFORMASJONSSIKKERHET OG PERSONVERN I FORBINDELSE MED REALISERING AV MÅLBILDE	4
4.1. Sikring av informasjon i økosystemet	4
4.2. Skybaserte løsninger	5
5. INFORMASJONSSIKKERHET OG PERSONVERN I GJENNOMFØRINGSFASEN	5
6. STYRINGSSYSTEMER FOR INFORMASJONSSIKKERHET OG PERSONVERN	7
6.1. Roller og ansvar knyttet til informasjonssikkerhet og personvern i stegvis utvikling	8
7. VURDERING AV BETYDNING FOR RISIKO- OG PERSONVERNKONSEKVENSER ...	9
7.1. Metode for gjennomføring.....	9
7.2. Overordnet personvern vurdering	9
7.3. Overordnet risikovurdering	10

1. INNLEDNING

I dette vedlegget finner du:

- beskrivelse av forutsetninger og avgrensninger knyttet til informasjonssikkerhet og personvern
- vurdering av ansvars- og oppgavefordeling knyttet til informasjonssikkerhet og personvern
- vurdering av personvernkonsekvenser
- vurdering av overordnet risikobilde
- videre arbeid med informasjonssikkerhet og personvern

Til vedlegget følger bilagene 3.3.1 og 3.3.2. I bilag 3.3.1 vurderes konseptet knyttet til ulike områder for personvern som formål, grunnlag og art, samt personvernprinsipper. I bilag 3.3.2 vurderes risiko og hendelser, samt sentrale tiltak for å imøtekomme risikoer som er identifisert.

En felles plattform betyr ikke at alle skal lese alt, men at de som har tjenstlige behov for informasjon får tilgang til den raskt og effektivt. Det er viktig å utrede personvernspørsmål tidlig for å sikre at plattformen vil bidra til å opprettholde innbyggers rettigheter i henhold til regelverket.

God pasientsikkerhet er helt sentralt for alt arbeid i helse- og omsorgssektoren. Pasientsikkerhet hviler på diagnostisk¹ og terapeutisk² sikkerhet, samt informasjonssikkerhet³. I fremtidens løsninger må personvern og informasjonssikkerhet være en del av løsningens grunnleggende design. Alle innbyggere skal være sikret tilgang til og kontroll med egne helseopplysninger, og de skal gis tilgang til logger over hvem som har produsert/endret/sett på opplysningene. De skal også kunne reservere seg mot at enkelte helsepersonell får tilgang, eller mot at definerte informasjonselementer ikke skal deles. Innbyggerne skal ha tillit til at konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet ivaretas.

Informasjonssikkerhet, digital beredskap og personvern har av den grunn høy prioritet for å bidra til god og trygg helsebehandling som oppleves tillitsskapende både av den enkelte og for samfunnet generelt⁴.

Viktigheten av en enhetlig og helhetlig tilnærming til informasjonssikkerhet og personvern i et fremtidig økosystem tilknyttet kommuner og virksomheter kan ikke uttrykkes sterkt nok. Særlig viktig blir dette når informasjon som behandles i og av plattformen er sensitive personopplysninger og funksjoner som kan påvirke evnen til å yte forsvarlig helsehjelp. Potensielt kan det påvirke liv og helse.

2. FORMÅL

Formålet med å gjennomføre vurderinger innenfor informasjonssikkerhet og personvern har vært å peke på viktige elementer som må håndteres i det videre arbeidet. Prosjektet vil bestå av en kompleks verdikjede med mange aktører som gir økt sårbarhet og risiko, og som må håndteres i prosjektet. For å oppnå akseptabel risiko må hele verdikjeden sikres; det betyr at alle aktører må håndtere og sikre sin del, i tillegg til at verdikjeden som helhet blir ivaretatt ved å bruke styringssystem for informasjonssikkerhet og personvern.

¹ Diagnostisk sikkerhet: At vi med størst mulig grad av sikkerhet kan si hva pasienten lider av og hvilke konsekvenser det kan ha.

² Terapeutisk sikkerhet: At vi behandler pasienten med relevante og effektive tiltak og at behandlingen aldri representerer en større risiko enn selve tilstanden.

³ Informasjonssikkerhet: Å sikre at informasjon er oppdatert, helhetlig og korrekt (integritet), at den ikke kommer på feil hender eller på avveie (konfidensialitet) og at den finnes der og når behovet oppstår (tilgjengelighet).

⁴ Referansearkitektur for informasjonssikkerhet, digital beredskap og personvern for kommunal sektor (RSB) v.1.0 (2020).

Det er gjennomført en vurdering av hva som behandles i og av tiltaket, samt hvilke risikoer som finnes. Vurderingene er gjort på et konseptuelt nivå og er gjennomført «på vegne av» den første kommunen som tar i bruk økosystemet.

Pasientjournalloven §19 fastslår at

«innenfor rammen av taushetsplikten skal den dataansvarlige sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige for helsepersonell og annet samarbeidende personell når dette er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til den enkelte. Den dataansvarlige bestemmer på hvilken måte opplysningene skal gjøres tilgjengelige. Opplysningene skal gjøres tilgjengelige på en måte som ivaretar informasjonssikkerheten».

Kommunene, fastleger og andre aktører utfordres på denne oppgaven i dag. Den enkelte kommunen, som en virksomhet som yter helsehjelp, har plikt til å ha en pasientjournal for gjennomføring av helsepersonellens dokumentasjonsplikt (jfr. Helsepersonelloven §39). For å dekke de ulike tjenesteområdene, benytter de fleste kommuner forskjellige journalløsninger. Det er ofte 5-6 ulike journalløsninger i bruk i samme kommune, og de kommuniserer stort sett dårlig eller ikke i det hele tatt. Dermed er det liten eller ingen samhandling mellom løsningene, så selv internt i samme kommune får man ikke delt eller samhandlet rundt samme informasjon. Der man skulle delt informasjon direkte i løsningene, må man i stedet kommunisere muntlig, per telefon, i møter, via e-meldinger eller på papir. Dette utfordrer informasjonssikkerhet og personvern, deriblant innbyggers mulighet til å utøve sine rettigheter.

Det overordnede målbildet for arbeidet er etablering av et plattformbasert økosystem hvor informasjonsdeling står sentralt. Via en felles plattform skal alle sikres tilgang til samme informasjonskilde, uavhengig av tid og sted, kun avhengig av hvem man er og hvilken rolle man innehar.

3. FORUTSETNINGER OG AVGRENSNINGER

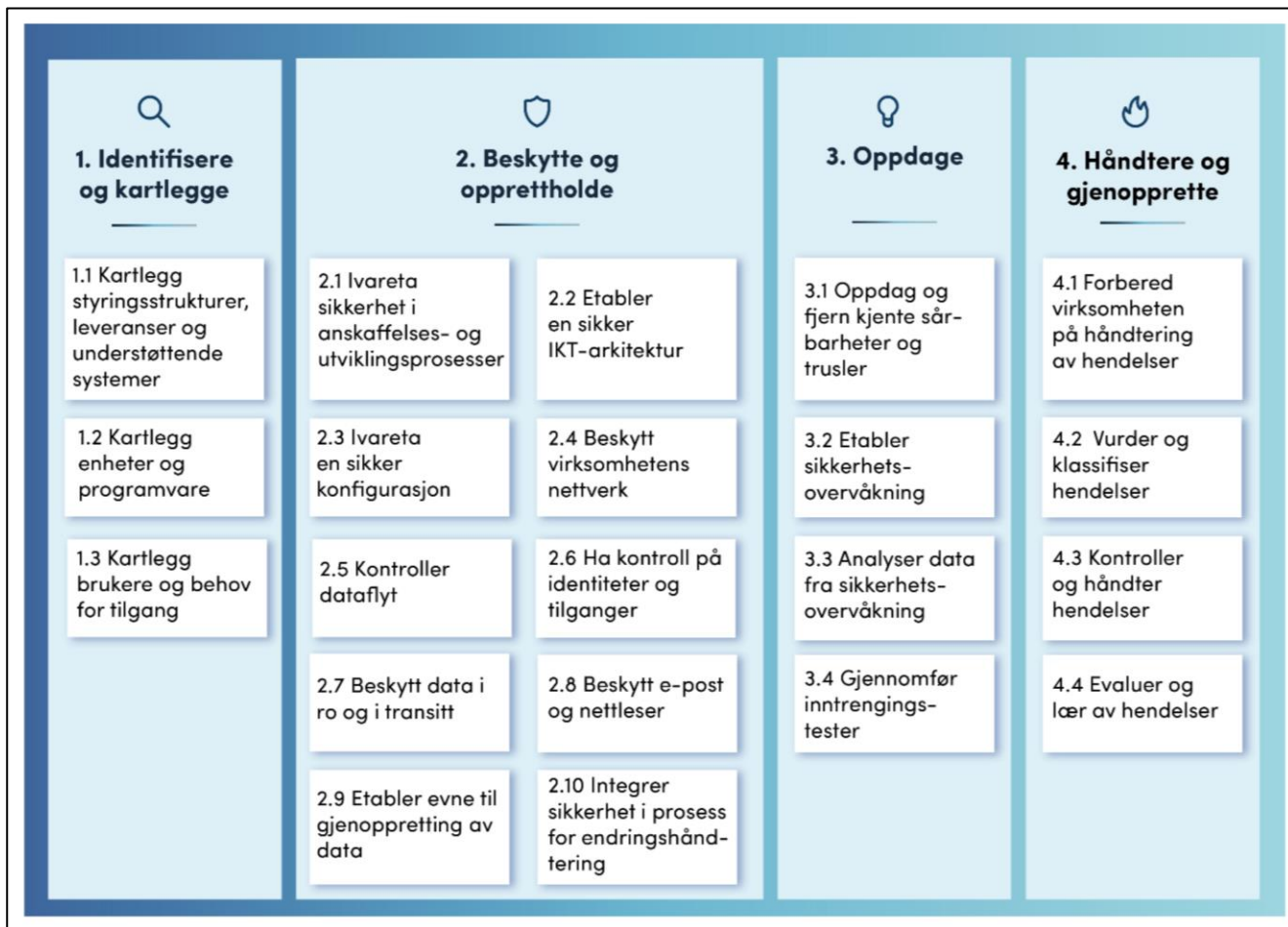
Et arbeid som dette må forholde seg til ulike føringer og rammebetingelser. Dette omfatter juridiske rammebetingelser gjennom lov og forskrift, samt organisatoriske-, økonomiske- og tekniske rammebetingelser – internasjonalt, nasjonalt, kommunalt og sektorielt (helse og omsorg). Det legges til grunn at prosjektet skal etterleve alle relevante lover, forskrifter og strategier for sektoren. For nærmere beskrivelse, se vedlegg 5.1.

Målet er å ivareta informasjonssikkerhet ved å sikre både tilgjengelighet, integritet og konfidensialitet. I tillegg skal personvernet ivaretas ved at alle løsninger i økosystemet bruker innebygget personvern som standard i sitt design. Robusthet⁵ blir i tillegg viktig å ivareta i økosystemet. Norm for informasjonssikkerhet⁶, («Normen»), legges til grunn, i likhet med Nasjonal Sikkerhetsmyndighet (NSM) sine grunnprinsipper for IKT-sikkerhet⁷.

⁵ Robusthet – fra engelsk 'Resilience' som både handler om et systems motstandsdyktighet mot påført stress og/eller skade, men først og fremst dets evne til å hente seg inn etter slike hendelser.

⁶ [Normen | Direktoratet for e-helse](#)

⁷ [Grunnprinsipper for IKT-sikkerhet | NSM](#)



Figur 1: NSM Grunnprinsipper er delt inn i fire kategorier og består for tiden av 21 prinsipper med tilhørende tiltak. Hentet fra nsm.no

Risikovurdering og personvernurdering⁸ er avgrenset slik at det ikke omfatter markedsplassen. Dette har bakgrunn i at markedsplassen kun beskrives konseptuelt på nåværende tidspunkt. Nasjonale løsninger er heller ikke en del av omfanget i vurderingen, da vi legger til grunn at informasjonssikkerhet er ivarettatt av dem som har ansvaret.

Mangel på detaljkunnskap om plattform, understøttende IKT-infrastruktur samt applikasjonene som skal kjøres mot plattformen, medfører at vi kun legger overordnede betraktninger og vurderinger til grunn i risiko- og personvernurderingen på dette tidspunktet i arbeidet. I videre arbeid med de konkrete utprøvingene må det gjennomføres nye og oppdaterte vurderinger.

Det forutsettes at det må gjennomføres risiko- og personvernurderinger av plattformen, integrasjoner og av de enkelte applikasjonene som gjøres tilgjengelige på plattformen. Det gjelder eksisterende og nye tjenester og det må skje fortløpende, også for utprøvinger.

⁸ En risikovurdering av behandling av personopplysninger. Det vil si personvernkonsekvenser (Data protection Impact Assessment DPIA). Dette er en prosess som skal beskrive behandlingen av personopplysninger, og vurdere om den er nødvendig og proporsjonal. Vurderingen skal også bidra til å håndtere de risikoene behandlingen medfører for enkeltpersoners rettigheter og friheter ved å vurdere dem og fastsette risikoreduserende tiltak. Prosessen med DPIA skal bidra til å skape og påvise etterlevelse av personvernet til de registrerte.

4. INFORMASJONSSIKKERHET OG PERSONVERN I FORBINDELSE MED REALISERING AV MÅLBILDE

Helsepersonells tilgang til informasjon i plattformen vil styres via applikasjonene i økosystemet. Tilgangsstyringen består av autentisering⁹ der det vil være kommunene som har ansvar for å definere hvem som skal ha tilgang. Autorisering¹⁰ omhandler det å styre hva helsepersonell skal kunne lagre, se, kontrollere og/eller endre av pasientinformasjon på informasjonsplattformen. Vi legger til grunn at helsepersonell skal logge på applikasjonene ved å bruke HelseID.

At opplysningene om pasienten er relevante sikter til at de er nødvendige, oppdaterte og korrekte, samtidig som helsepersonell ikke oversvømmes av overflødig informasjon. Det er applikasjonsleverandørene som skal ivareta relevansen for det enkelte helsepersonell gjennom sine applikasjoner.

For at tilgangen til helseinformasjon på informasjonsplattformen skal fungere for deling av informasjon med andre virksomheter, må prosjektet definere retningslinjer (policy) for informasjonssikkerhet og personvern, herunder tilganger i økosystemet. I tillegg må prosjektet ha oversikt over ansvarsfordelingen knyttet til sikkerhet mellom ulike aktører og løsninger i økosystemet.

Som en viktig sikkerhetsfunksjon, og for å redusere antall angrepsflater¹¹, bør identitet og tilgangsstyring ivaretas, eksempelvis gjennom en delkomponent som sentralisert IAM (Identity and Access Management). Avklaring av hvem som for eksempel er ansvarlig for identitetsstyring, tilgangsstyring og autorisasjon er en viktig del av videre arbeid. Det vises også til et eksempel på rolle og ansvar senere i vedlegget.

I det videre arbeidet med å realisere målbildet, er en felles informasjonsplattform autorativ kilde (for den informasjonen som produseres av kommunalt ansatte) for informasjonen. Tilsvarende vil felles plattform være autorativ kilde (for den informasjonen som produseres av kommunalt ansatte) for informasjon som utveksles fra kommunale tjenester og mot spesialisthelsetjenesten. I en stegvis realisering vil det være helt sentralt å fortløpende avklare hvilken informasjon som har sin autorative kilde i plattformen, og hvilken informasjon som fortsatt har autorativ kilde i sluttbrukerapplikasjonene (journalsystemer, applikasjoner etc.).

Risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) må gjennomføres både av prosjektet og leverandørene av applikasjoner og plattform. Analysene må være tilgjengelige for prosjektet til enhver tid, og ferdigutfylte maler må gjøres tilgjengelige for kommunene, slik at de kan gjøre sine ROS analyser og vurderinger av personvernkonsekvenser (DPIA). I tillegg må ferdigutfylt mal for protokoll over behandlingsaktiviteter gjøres tilgjengelig.

Drift, sikkerhetsovervåking, analyse og håndtering av sikkerhetshendelser i økosystemet bør være mest mulig sentralisert, og må sees i et helhetlig perspektiv.

4.1. Sikring av informasjon i økosystemet

Målbildet er et plattformbasert økosystem og bør etablere en styringsmodell¹² som legger premisser for deltagerne. Det vil si leverandørmarkedet, kommuner eller andre aktører som skal være en del av økosystemet. Dette er også beskrevet i vedlegg 3.2. Dersom deltagerne dokumenterer at de

⁹ Autentisering er å slå fast identitet. Det vil si å sikre at en person er den man utgir seg for.

¹⁰ Autorisering vil si å verifisere hvilke roller du kan ha og har, det vil si at du har de utdannings-, autorisasjons- og stillingsmessige rollene som kreves for at du kan gis tilgang til en bestemt informasjon.

¹¹ Med angrepsflate mener vi et område eller system som er tilgjengelig for angrep og dermed er utsatt.

¹² En styringsmodell (engelsk: governance model) omhandler rolle- og ansvarsfordeling mellom aktørene

tilfredsstillere premisene for deltagelse, slippes de inn i økosystemet. I motsatt fall må de utbedre eventuelle avvik før de får tilgang. Organisasjonen som er ansvarlig for økosystem (plattform og markeds plass) må etablere et styringssystem for å forstå sin virksomhetsrisiko som ansvarlig for hele verdikjeden¹³ på et overordnet nivå, og styre virksomheten etter dette.

Leverandørkjede-angrep som kommer via underleverandører eller samarbeidspartnere kan være krevende å oppdage, og prosjektet vil anbefale Zero Trust-arkitektur¹⁴ for å sikre verdikjeden.

Et annet tiltak for å sikre hele verdikjeden kan være å stille krav til alle deltagerne om å definere akseptabel risiko. Dette kan oppnås ved at representanter fra de ulike aktørene jobber sammen om risikovurdering og personkonsekvensvurdering.

4.2. Skybaserte løsninger

Prosjektet anbefaler skybaserte løsninger i økosystemet i tråd med nasjonal strategi for bruk av skytjenester¹⁵. Dette vil kreve at prosjektet tar ansvar for den helhetlige sikkerheten i økosystemet, samt gjør nødvendige kartlegginger og undersøkelser av sikkerhet hos aktuelle skytjenesteleverandører. Dette er også beskrevet i NSMs grunnprinsipper for IKT-sikkerhet og i Normen.

For at overføring av personopplysninger ut av EØS, enten til tredjeland eller internasjonal organisasjon, skal være lovlig, må det finnes et overføringsgrunnlag. Retningslinjer¹⁶ gitt av Personvernrådet (EDPB) forklarer at dersom en ansatt i et datterselskap i samme konsern utenfor EØS har fjerntilgang til norske virksomheters personopplysninger, vil fjerntilgangen regnes som en overføring. Tilleggskravet i henhold til Schrems II- dommen¹⁷ om at man alltid må undersøke om beskyttelsesnivået i praksis, vil kunne bli undergravd av forhold i tredjelandet, for eksempel overvåkningslover som går lenger enn det som er nødvendig og proporsjonalt. Dette vil blant annet være aktuelt for amerikanske virksomheter. Dette er grunnleggende krav som må ivaretas og jobbes med rundt valg av skytjenester og databehandlere i løsningene som velges.

Vi legger til grunn at lagring, også skybasert, skjer i løsninger som er på norsk jord og ihht. norsk lovverk.

5. INFORMASJONSSIKKERHET OG PERSONVERN I GJENNOMFØRINGSFASEN

Videre arbeid må være i tråd med føringene for informasjonssikkerhet og personvern. Dette gjelder samtlige perioder gjennom hele gjennomføringsfasen.

Det må legges vekt på nivå for akseptabel risiko og håndtering av risikoen. Å sørge for velfungerende styring og kontroll av informasjonssikkerhet og personvern i den enkelte utprøvingen er en viktig oppgave. Ansvar for dette tillegges vertskommunen, samt at det klargjøres før oppstart av faktisk utprøvningsprosjekt. Sentrale ressurser kan bistå utprøvingene og vertskommunene i forberedelsene og gjennomføringen.

¹³ Med verdikjede menes her de ulike aktivitetene som til sammen utgjør et tjenestetilbud og deres tilhørende informasjon.

¹⁴ Zero Trust-arkitektur er en måte å designe IT-arkitektur basert på «Stol aldri på, alltid verifiser» (*never trust, always verify*)

¹⁵ [Nasjonal strategi for bruk av skytjenester | Regjeringen](#)

¹⁶ [Overføring av personopplysninger ut av EØS | Datatilsynet](#)

¹⁷ [EU-domstolen avsa 16. juli 2020 en prinsipiell dom om overføring av personopplysninger til land utenfor EU/EØS. Hva er Schrems II- dommen | Digidir](#)

NSMs grunnprinsipper for IKT-sikkerhet brukes for å sette i gang nødvendige tiltak, og vi anbefaler å bruke støtteverktøy¹⁸ fra NSM i arbeidet. I forberedelses- og utprøvningsfasene vil det være spesielt viktig å identifisere og kartlegge risiko knyttet til den aktuelle brukerreisen som ligger til grunn for den spesifikke utprøvingen. De ulike aktørene (virksomhetene og aktørene som deltar) i utprøvinger må eksempelvis kartlegge hvilke enheter som er i bruk i virksomheten, som klienter¹⁹, servere og nettverksutstyr. Dette inkluderer kartlegging av programvare som benyttes i virksomheten i det aktuelle tjenesteområdet.

Der utprøvinger etablerer eller endrer IKT-arkitekturen, vil tiltak innenfor kategori to i NSMs grunnprinsipper, *beskytte og opprettholde* (ref. figur 1), være viktige for å ivareta en sikker arkitektur. Tiltak innenfor NSM sine hovedkategorier *oppdage, håndtere og gjenopprette* vil være nødvendige og relevante for alle faser i en utprøving (med unntak av forberedelse og innsikt fasen).

Risikovurdering (ROS), personvernkonsekvensutredning (DPIA) og protokoll over behandlingsaktiviteter må utføres av og for hver enkelt aktør i utprøvningsprosjektet. Utfylte maler kan tilgjengeliggjøres for aktørene. I tillegg må ferdigutfylt mal for protokoll over behandlingsaktiviteter tilgjengeliggjøres.

Vurderinger må oppdateres underveis i utprøvingene, ikke minst i videreføringsfasen der flere aktører tar i bruk løsningen.

For alle utprøvinger skal det sikres at de registrerte aktørene sine rettigheter ivaretas. Opplæring, kompetanse og holdningsskapende aktiviteter mot til brukerne i utprøvingene er også viktige tiltak.

I alt arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern må nivå for akseptabel risiko avklares. I tillegg må risiko som ligger utenfor dette nivået håndteres. For prosjektet vil dette bety å etablere velfungerende styring og kontroll av felles logisk informasjonskilde og det tilhørende økosystemet. I tillegg er det viktig å vektlegge at primærhelsetjenesten skal kunne levere trygge og sikre tjenester.

Følgende områder må det jobbes videre med:

- Roller og ansvar for informasjonssikkerhet
- Dataansvarliges ansvar
- Databehandlers ansvar
- Styringssystem
- Risikostyring
- Forholdsmessighet ved valg av tiltak
- Minimumskrav for å sikre konfidensialitet, integritet, tilgjengelighet og robusthet
- Oversikt over teknologi og behandling av helse- og personopplysninger
- Vurdering av tjenestekritikalitet (RSB)
- Risikovurderinger bla. før utprøvinger, etableringer og ved organisatoriske/tekniske endringer
- Vurdering av personvernkonsekvenser før utprøvinger og behandling av personopplysninger starter
- Ivaretagelse av rettighetene til de registrerte
- Opplæring, kompetanse og holdningsskapende arbeid til brukerne av økosystemet
- Tilgangsstyring, roller og rutiner
- Fysisk sikkerhet og håndtering av utstyr
- NSMs grunnprinsipper for IKT-sikkerhet
- Sikker IT-drift
- Kommunikasjonssikkerhet

¹⁸ Støtteprodukter | NSM

¹⁹ Bærbare og stasjonære PC-er, mobiler og nettbrett

- Leverandørforhold og avtaler
- Håndtering av informasjonssikkerhetsbrudd
- Nødrutiner

6. STYRINGSSYSTEMER FOR INFORMASJONSSIKKERHET OG PERSONVERN

For å sikre metodisk styring og bruk av risikoreduserende sikkerhetsprosjekt bør det tas i bruk styringssystemer for informasjonssikkerhet og personvern (Information Security Management Systems -ISMS).

ISMS-er som etableres for å styre, utøve, kontrollere og forbedre informasjonssikkerhet og personvern i prosjektet, herunder i hele økosystemet og av de enkelte aktørene og verdikjedene, må etableres med grunnlag i beste praksis for informasjonssikkerhet, IKT-sikkerhet og risikostyring. Prosjektet må sikre at informasjonssikkerhet og personvern ivaretas på en enhetlig og helhetlig måte og at anerkjente standarder og tiltaksrammeverk, gitt ved eksempler i vedlegg 5.1, i kapittelet *Informasjonssikkerhet, IKT-sikkerhet og personvern*, legges til grunn for ISMS-er og sikkerhetstiltak. Mer informasjon om å etablere ISMS-er finnes eksempelvis hos Datatilsynet²⁰ om personvern og hos Digitaliseringsdirektoratet²¹ om standarden ISO 27001.

Organisasjonen(e) som får ansvaret for forvaltningen av økosystemet (plattform og/eller markeds plass) må etablere et ISMS for å identifisere, vurdere, forstå og håndtere virksomhets- og helhetlig risiko knyttet til verdiene som behandles i økosystemet, samt for verdikjeder og aktører som påvirker økosystemet. Dette som grunnlag for å styre, utøve, kontrollere og forbedre både ISMS og tilpassede sikkerhetstiltak for å bidra til forsvarlig sikring av verdiene. I økosystem-sammenheng må det etableres en styrings-struktur som regulerer rettigheter og plikter for dem som vil integrere med plattformen. Dette kan gjøres med medlemsavtaler, bruksvilkår for tjenesten eller annet. Forvaltningsorganisasjonen vil ha et ansvar for å etablere styringsstrukturen, men den må utvikles i samarbeid med aktørene i økosystemet, slik at man oppnår eierskap og felles forståelse for kravene til samhandlende aktører.

For å identifisere, vurdere, håndtere og redusere risiko til et akseptabelt nivå og på en enhetlig måte, må det iverksettes helhetlige tiltak i henhold til beste praksis. Et eksempel på beste praksis for IKT-sikkerhet er at sikkerhetsfunksjoner bør sentraliseres²² i prosjektet. Dette vil redusere ulikhet i infrastruktur, samt sikkerhetstiltak som er ment å oppfylle de samme funksjonene. Dette vil kunne føre til en betydelig reduksjon i helhetlig kompleksitet. Sentralisering vil medføre redusert behov for sikkerhetstiltak med tilhørende kostnader for den enkelte kommune eller virksomhet, herunder redusert behov for å styre, utøve, kontrollere og forbedre sikkerhetsfunksjoner som ivaretas sentralt. Ved sentralisering vil de sikkerhetsfunksjonene i dagens løsninger som kunne ha påvirket prosjektet, og som i dag ivaretas av kommuner og enkeltvirksomheters ISMS²³, vil kunne reduseres for den enkelte kommunen og virksomheten til å primært omhandle organisatoriske og menneskelige tiltak. Samtidig vil sentraliserte sikkerhetsfunksjoner kunne ivaretas enhetlig og profesjonelt, og bidra til å skape tillit ved lik bruk og praksis. Det vil også kunne bli betydelig bedre forutsetninger for enhetlig og helhetlig forbedring og automatisering av teknologiske sikkerhetstiltak.

²⁰ [Iverksette styringssystem for informasjonssikkerhet | Datatilsynet](#)

²¹ [Kva seier NS-ISO/IEC 27001? | Digdir](#)

²² Økosystemet inneholder mange aktører og løsninger. Det må foreligge en virksomhet som er ansvarlig for informasjonssikkerhet i økosystemet.

²³ Sikres med både teknologiske, fysiske, organisatoriske og menneskelige tiltak

I prosjektets videre arbeid er det viktig å planlegge hvordan de enkelte aktørene som vil påvirke informasjonssikkerhet og personvern i økosystemet og i prosjektets verdikjeder skal bidra til å sikre at informasjonssikkerhet og personvern ivaretas på en enhetlig og helhetlig måte i prosjektet.

6.1. Roller og ansvar knyttet til informasjonssikkerhet og personvern i stegvis utvikling

I et økosystem er det mange aktører. En viktig oppgave vil være å avklare ansvars- og oppgavefordeling knyttet til informasjonssikkerhet og personvern. Dette blir også pekt på som et risikoområde i vurderingen.

Roller og ansvar i den enkelte virksomheten inngår virksomhetens styringssystem for informasjonssikkerhet og personvern, som omtalt i kapitlet over. Vi har her utarbeidet et eksempel på en rolle- og ansvarsmatrise (hovedansvarlig, utførende, konsulterende og informerende = HUKI matrise) som kan brukes mellom de ulike aktørene som et ledd i den stegvise utviklingen på vei mot målbildet. Hensikten er å skape en tydelighet rundt hvem som er hovedansvarlig for hver oppgave eller prosess, hvem som er utførende, hvem skal konsulteres og hvem som bør informeres²⁴. I matrisen under er det kun lagt til grunn *eksempler* på oppgaver som kan være aktuelle for arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern, samt eksempler på hovedansvarlig, utførende, informert og konsultert aktør.

Aktørene som er definert i dette eksempelet, er listet opp øverst i HUKI-matrisen. Se forklaringer til enkelte aktører under matrisen.

Oppgave	Prosjektet	Plattform-leverandør/leverandørforvalter	Applikasjons-leverandør	Ansvarlig i virksomheten*	Teknisk personell i virksomheten (IT)	Leder eller autorisasjon ansvarlig i tjeneste (kommune)**
Sikre at det foreligger og anvendes et styringssystem for informasjonssikkerhet i økosystemet	H/U	I	I	K/I		
Sørge for at det foreligger en ansvarsfordeling for sikkerhet i løsningene som er en del av økosystemet	H	U	U	K/I	U	
Sikre at plattformen ivaretar tilstrekkelig informasjonssikkerhet, samt gjennomføre, realisere og følge tiltak for dette	H	U	U	K/I	U	
Sørge for at kravene til innebygget personvern etterfølges i plattformen	H	U	U	K/I/U	U	U
Sørge for tilstrekkelig informasjonssikkerhet og	K	K	H	I	K/I	

²⁴ [Rolle- og ansvarsmatrise | KS](#)

nødvendige tiltak for å ivareta denne i applikasjoner						
Sørge for at kravene til innebygget personvern etterfølges i applikasjoner	K	K	H	K/I	K/I/U	K/I/U
Sørge for at identitetsstyring etableres og fungerer i plattformen	H	U	I	K/I	I	
Sørge for at identitetsstyring etableres og fungerer i applikasjoner	K/I	K/I	H		I	
Autorisere og de-autorisere tilgang til ressurser og informasjon i gitte ressurser				H		U
Sørge for innebygget personvern identitetsstyring	K/I	K/I	I	U		
Definere rammeverk og rutiner for tilganger (eks roller)	H/U	K/I	U/K/I	K/I	K/I	(K/I)

Tabell 1: HUKI-matrise for informasjonssikkerhet og personvern i stegvis utvikling

*Ansvarlig i virksomhet er den som har behandlingsansvar

**Med leder eller autorisasjonsansvarlig i tjeneste (kommune) menes tjenesteleder eller avdelingsleder som har oversikt over ansatte og som i dag er ansvarlig for å bestille og vedlikeholde tilganger

7. VURDERING AV BETYDNING FOR RISIKO- OG PERSONVERNKONSEKVENSER

7.1. Metode for gjennomføring

I arbeidet med risiko- og personvern vurdering er det anvendt malverk fra to ulike kommuner. Malene er i stor grad brukt som et utgangspunkt for gjennomgang og vurderinger. De er derimot ikke komplett utfylt nå, og inngår som en del av videre arbeid. Malene som er benyttet er generelle maler som ikke er spesifikt tilpasset helse eller prosjektet. Utarbeidelse av et tilpasset malverk vil måtte gjøres i senere faser av arbeidet.

Sentrale områder i mal for personvernkonsekvensvurdering (DPIA) er i bilag 3.3.1 overført som et skriftlig dokument med beskrivelser på de ulike områdene. ROS-mal er utfylt (bilag 3.3.2), men på et mindre omfattende nivå enn det ville vært ved et konkret og avgrenset område eller løsning.

Arbeidet med overordnet personvern vurdering og risikovurdering er gjennomført av kommunale ressurser i prosjektet. Dette har vært viktig for å sikre erfaring fra og forankring i en kommunal virkelighet og et kommunalt utfordringsbilde. Vurderingene er gjort med utgangspunkt i en tenkt kommune som kan brukes som grunnlag i forbindelse med utprøving.

7.2. Overordnet personvern vurdering

I prosjektets arbeid er det gjennomført en personvern vurdering av den konseptuelle løsningen på et overordnet nivå. Se bilag 3.3.1 for vurderingen som er gjort.

Plattformen er foreløpig beskrevet på et overordnet nivå, og det er derfor gjort en vurdering basert på realisering av et mål bilde. For hver nye tjeneste/løsning som tilgjengeliggjøres gjennom stegvis utvikling av plattformen, må det gjennomføres en personvernkonsekvensvurdering (DPIA) som detaljert kan vurdere den nye konkrete tjenesten/løsningen eller utviklingssteget.

Over tid vil plattformen inneholde store mengder helseopplysninger som både er regnet som «særlige kategorier av opplysninger²⁵» og som samtidig representerer systematiske og omfattende vurderinger av den enkelte innbyggers tilstand. I tillegg kan informasjonen bli gjenstand for automatisert behandling som danner grunnlag for avgjørelser som i betydelig grad vil påvirke den registrerte (som omtalt i personvernforordningen artikkel 35(3)). Til sammen gjør dette det helt nødvendig å gjennomføre en vurdering av personvernkonsekvensene.

Det er viktig å sikre bred involvering i arbeidet med DPIA. Her bør eksempelvis personvernombud, pasientombud, pasient- og brukerorganisasjoner, helsepersonell og teknisk personell aktivt med.

Et viktig element i den konseptuelle løsningen er deling av informasjon mellom helsepersonell som har tjenstlig behov, noe som vil være et aktuelt tema å diskutere som et ledd i en vurdering av konsekvenser for personvern (DPIA). I helsepersonelloven § 45 heter det «Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasient etter denne lov, gi nødvendige og relevante helseopplysninger i den grad dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten på forsvarlig måte. Det skal fremgå av journalen at annet helsepersonell er gitt helseopplysninger.»

For mange pasienter er det i dag en utfordring å måtte fortelle sin sykehistorie om igjen til helsepersonell både i samme virksomhet og i andre virksomheter. For pasientsikkerheten kan dette være en utfordring hvis pasienten ikke evner å fortelle eller glemmer ut vesentlig informasjon. Mange pasienter tror i dag at helsepersonell allerede har tilgang til relevant helseinformasjon. Ved gjennomføring av DPIA sammen med representanter for de registrerte, må det gjøres en forholdsmessig vurdering av deling av informasjon ved hjelp av plattformen.

Etter hvert som vi får mer konkret kunnskap om, og avgrensning av endelig løsning, informasjon, informasjonsflyt og berørte aktører, er det flere vurderinger og tiltak som må videreutvikles. Etter at det er gjennomført en konsekvensvurdering av virkningen for personvern må det vurderes om risikoen for de registrertes rettigheter og friheter:

- er redusert til et akseptabelt nivå, slik at behandlingen av personopplysninger kan gjennomføres når tiltaket er etablert
- ikke er redusert til et akseptabelt nivå, slik at behandlingen av personopplysninger dermed ikke kan gjennomføres
- ikke er redusert til et akseptabelt nivå, slik at forhåndsdrøfting med Datatilsynet må gjennomføres før ledelsen tar en beslutning om behandling av personopplysninger

7.3. Overordnet risikovurdering

Det er gjennomført en overordnet risikovurdering av den konseptuelle løsningen for økosystemet med plattform, mens markedsplassen er utelatt fra vurderingen. Vurderingen som er gjort, samt forslag til tiltak finnes i bilag 3.3.2. Risiko- og sårbarhetsanalysen er gjort ut fra en kommunes ståsted, med tanke på stegvis utvikling og på den første kommunen som tar plattformen i bruk. Det må gjøres nye risikovurderinger ved planlegging av utprøvinger i alle steg, og vurderingene må oppdateres i løpet av utprøvingene.

²⁵ Eksempler på sensitive personopplysninger er behandling av genetiske og biometriske opplysninger, helseopplysninger, opplysninger om en fysisk persons seksuelle forhold, eller seksuelle orientering mm

I arbeidet med risikovurdering har vi innledningsvis identifisert og vurdert risiko og hendelser som kan føre til negative konsekvenser, samt analysert hva disse kan medføre. Det er identifisert og vurdert risikoer innenfor hovedområdene *konfidensialitet, integritet, tilgjengelighet, personvern/GDPR og drift/forvaltning*

Det er avdekket uønskede hendelser av kritisk/høy risiko, moderat risiko og lav risiko. Eksempler på tiltak er utarbeidet på risikoer kategorisert som moderat, høy og kritisk.

Det er i risiko- og sårbarhetsanalysen avdekket både tilsiktede og utilsiktede trusler. Tilsiktede trusler kan være bevisste handlinger for å skade informasjonen på plattformen. Relevante aktører for slike handlinger kan for eksempel være ansatte, organiserte kriminelle eller fremmede statsmakter. Relevante aktører for utilsiktede trusler, der aktører gjør feil eller ubevisste handlinger som skader informasjonen på plattformen, kan være administratorer, helsepersonell, drifts- og støttepersonell, brukere av plattformen, eller hendelser som strømbrudd, brann, vannlekkasje eller maskinvareproblemer.

I forbindelse med planlegging av første utprøving må prosjektet gjennomføre tiltak for å sørge for akseptabel risiko. Det må lages en plan med tydelige frister og hvem som er ansvarlig for gjennomføringen. Planen skal forankres hos prosjektets ledelse. Dersom planlagte tekniske tiltak for å oppnå akseptabel risiko ikke kan innføres umiddelbart, bør risikoreduserende administrative tiltak i form av f.eks. rutine vurderes. Risikomatrisen må oppdateres etter at det risikoreduserende tiltaket er gjennomført.

Felles kommunal journal interim AS

Vedlegg 3.4:

Markedsplassen - konsept

Styringsdokument

Felles journalløft for kommuner

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
2. BEHOV OG BAKGRUNN	1
2.1. Erfaringer fra tidligere felles samarbeid.....	3
3. FELLES BEHOVSSAMARBEID OG KONSOLIDERT KUNDEKRAFT	4
3.1. Innovasjonsarena kan bidra til samarbeid om behov og behovsbeskrivelser	5
3.2. Erfaringsarena kan bidra til felles læring knyttet til prosesser, behov, bestilling og implementering	7
4. ANSKAFFELSESFUNKSJON	9
4.1. Eksempel – anskaffelser innenfor rammene av DPS	12
5. TEST- OG UTPRØVNINGSARENA	15

1. INNLEDNING

I dette vedlegget fremlegges en konseptuell beskrivelse av «markedsplassen». Det innebærer at det ikke er en ferdig løsnings- eller gjennomføringsstrategi, men et grunnlag for å videreutvikle markedsplassen i løpet av neste fase i prosjektet. I dette vedlegget finner du:

- Behov og utfordringsbilde knyttet til anskaffelser
- Tidligere erfaringer fra felles samarbeid og anskaffelser
- Beskrivelse av arena for behovs- og erfaringsdeling (innovasjons- og erfaringsarena)
- Beskrivelse av anskaffelsesfunksjon
- Beskrivelse av test- og utprøvningsarena

Markedsplassen er ett av to hovedelementer i løsningsforslaget. Navnet spiller på den tradisjonelle markedsplassen hvor kunde og leverandør møtes, det kjøpes og selges, det samhandles og det utvikles.

Målet med markedsplassen er å legge til rette for og understøtte prosessene knyttet til anskaffelse og videreutvikling av eksisterende og nye sluttbrukerløsninger i en større grad av samarbeid. Markedsplassen skal understøtte prosesser som dekker gangen fra en idé eller et behov oppstår til anskaffelse, bestilling og bruk av sluttbrukerløsninger, samt felles erfaringsutveksling og læring. Dette gjelder både komplette journalsystemer som vi kjenner dem i dag, men også mindre moduler eller lettere løsninger som benytter journalverdig informasjon, men som kan være avgrenset i funksjonalitet.

Prosessene på markedsplassen er deler av et kretsløp fra idé til produktleveranse og videre til bruk, erfaringsinnhenting og til slutt tilbakekobling til videreutvikling. De ulike prosessene i kretsløpet understøtter hverandre, men er ikke gjensidig avhengig av hverandre.

Viktige føringer for markedsplassen går tilbake til Prop 1S 2020-2021, hvor det blant annet står:

«Felles kommunal journalløsning innebærer en stegvis utvikling av fremtidens journalplattform for helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste, der ulike løsninger spiller sammen, og der brukerflatene skal kunne tilpasses det enkelte helsepersonells ulike behov. Et aspekt ved en økosystembasert plattformtilnærming er plattformens nytteeffekt: Ved å etablere plattformen og koble til noen aktører, oppstår incentiver for at også andre aktører knytter seg til. Løsningen skal være et samspill av IT-systemer som skal dekke et samlet behov».

Det må etableres generelle vilkår for deltagelse i økosystemet og for bruk av tjenestene på markedsplassen, samt en prosess for å kvalifisere aktørene på bakgrunn av vilkårene.

2. BEHOV OG BAKGRUNN

Kommunene er forskjellige, med ulike behov og utfordringer. Kommunene er også på ulike nivå i forhold til digitalisering og innovasjon. I dag skjer fortsatt mange av kunde-/leverandørmøtene i én til én- dialog. Det svekker kommunenes mulige kundekraft, og det tvinger leverandørene til å forholde seg til lokale og ukoordinerte krav og forventninger. Dette leder ofte til utvikling av ulike og spesialtilpassede løsninger.

Behovene som presenteres her er kun et utvalg, og er basert på brukerhistorier prioritert høyest av behovseiere i kommunen.

Område *Behov, behovskartlegging og forankring:*

Som kommune har vi:

- Behov for samarbeid med kommuner for å lære av andre
- Behov for å dele erfaring slik at kommunen kan brukes andre erfaringer i eget arbeid
- Behov for å trekke inn innbyggerressurser i arbeidet slik at også innbyggers perspektiver blir ivaretatt

Område *Dialog med andre kommuner:*

Som kommune har vi:

- Behov for en delingsarena for å dele erfaringer og aktuelle dokumenter
- Behov for en samarbeidsplattform med oversikt over andre kommuner og deres prosesser for å kunne sikre læring av hverandre
- Behov for felles fora for å enklere kunne samarbeide med andre og bruke mindre tid på å lete frem riktige kontaktpersoner
- Behov for å vite hvilke prosesser og planer andre kommuner har slik at man kan være orientert om hva som skjer
- Behov for dialog med andre kommuner knyttet til kravspesifikasjoner så man kan foreta gode anskaffelser

Område *Undersøkelser og dialog med markedet:*

Som kommune har vi:

- Behov for større grad av nasjonale standarder og krav så alle kommuner har et felles grunnlag i møte med leverandører
- Behov for en felles arena med informasjon om utviklingstrekk, krav til standarder/sertifisering og prioritering så alle kommuner drar i samme retning
- Behov for oversikt over markedet gjennom en leverandøroversikt med leveranseområder, samt informasjon fra referansekommuner
- Behov for sertifisering av leverandørenes løsning(er) for å redusere kommunenes eget behov for testing av løsninger
- Behov for å dele kunnskap så ikke alle kommuner må bruke like mye ressurser på å holde seg oppdatert i markedet

Område *Forberedelsesarbeid i egen virksomhet:*

Som kommune har vi:

- Behov for at noen tar overordnet ansvar for innkjøp av helseløsninger i kommunene slik at det gjøres i henhold til lovverk og riktig kompetanse benyttes
- Behovet for riktig kompetanse tilgjengelig ved forberedelsesarbeid slik at det velges den beste metoden for anskaffelse og juridiske aspekter er ivaretatt

I arbeidet med videreutvikling av markedsplassen, og forstå hvor behovene antas å være størst, er det gjennomført et arbeid knyttet til behovsinnhenting og utfordringer. Målet med arbeidet har vært å omsette utfordringer kommunene opplever til konkrete behov, samt prioritere disse behovene som et grunnlag for anbefaling om stegvis utvikling.

I arbeidet ble det forespurt hvilke utfordringer kommunene opplevde innenfor disse områdene:

- behov, behovskartlegging og forankring
- dialog med andre kommuner
- undersøkelser og dialog med markedet
- forberedelsesarbeid i egen virksomhet
- gjennomføring i egen virksomhet
- oppfølging av anskaffelser i egen virksomhet
- erfaringsdeling

Arbeidet er gjennomført med representanter fra samarbeidskommunene, samt Nasjonalt leverandørutviklingsprogram (LUP). Ressurspersoner som har deltatt i arbeidet har hatt erfaring/kompetanse med å gjennomføre anskaffelsesprosesser i kommunal eller offentlig sektor, samt relevant kompetanse og erfaring som behovseiere eller rådgivere innen helse og omsorg, e-helse, innovasjon, digitalisering, anskaffelse, sikkerhet eller IT- teknisk kompetanse.

- Behov for å kunne gjenbruke kompetanse, maler, underlag og standardkrav fra andre kommuner for å kunne effektivisere prosessene
- Behov for å «sentralisere» anskaffelsesprosessene slik at kommunene kunne redusere kostnader for å innhente ekstern kompetanse for å gjennomføre slike prosesser

Område Gjennomføringsarbeid i egen virksomhet:

Som kommune har vi:

- Behovet for et kompetent innkjøpsmiljø som kunne bistå i gjennomføringen av anskaffelsen
- Behov for samarbeid med andre kommuner om anskaffelser for å få større omfang så kommunene får bedre avtale med leverandørene og reell kundemakt

Område Oppfølging av anskaffelser:

Som kommune har vi:

- Behov for å håndtere utviklingsoppgaver sammen med leverandørene for å sikre at det skjer utvikling og at endringer blir innarbeidet etter inngåelse av kontrakt
- Behov for å håndtere oppfølging av avtaler sammen med leverandører slik at kommunene får det som er avtalt etter kontrakten

Område Dele erfaringer:

Som kommune har vi:

- Behov for å systematisere og ha oversikt mellom kommuner slik at samarbeid ikke blir tilfeldig eller basert på bekjentskap
- Behov for en felles arena for å dele erfaringer slik at det ikke må brukes mye tid på å få tak i andres erfaringer, samt også behov for å dele risiko og sårbarhetsanalyser (ROS), personvern vurderinger (DPIA), kravspesifikasjoner, avtaler og løsningserfaringer slik at vi lærer av hverandre
- Behov for nasjonale nettverk og fora for å kunne dele erfaringer

2.1. Erfaringer fra tidligere felles samarbeid

Det er gjennomført samtaler med kommunale representanter som har erfaring fra felles innovasjons- og anskaffelsesarbeid. Hensikten har vært å innhente relevante erfaringer fra lignende initiativer i andre program, prosjekt og institusjoner for å lære og anvende dette inn i fremtidig arbeid.

Mange har mye erfaring knyttet til velferdsteknologi, men det antas at mange av erfaringene er godt overførbare til journalområdet. Det er derimot mindre prosesser som har vært gjennomført i fellesskap på journalområdet.

2.1.1. Resultatet fra erfaringsinnhenting

Samtalene ga verdifull informasjon og erfaring på flere ulike områder. Områdene som beskrives i det følgende er:

- Samarbeid og tverrfaglighet i behovsbeskrivelser
- Dialog med leverandører eller andre partnere
- Forankring i kommuneledelse
- Tydelig ansvarsfordeling og forventninger til de ulike aktørene
- Innkjøpssamarbeid

Deltagerne hadde gode erfaringer med *samarbeid og tverrfaglighet i behovsbeskrivelser*, både for å sikre faglig forsvarlighet i løsningene samt sikre at løsningene skal fungere godt i drift. Å gjennomføre et grundig forarbeid før anskaffelsen ble trukket frem som svært viktig, sammen med at helsepersonellet som arbeider brukernært må involveres. Dette var viktig for å få med seg direkte brukerinnspill i prosessen, samt behovene her og nå. Viktig var også kompetanse knyttet til teknologi og strategi for å ivareta overordnet blick og antatt utvikling fremover. Det ble vektlagt at å gjøre en grundig behovskartlegging ikke måtte undervurderes. Flere hadde positiv erfaring med å beskrive et mål bilde og behovsbilde i møte med leverandørmarkedet, fremfor mange detaljerte krav.

Alle pekte på viktighet av *dialog med leverandører eller andre partnere*. Både Leverandørutviklingsprogrammet (LUP), samt deltagelse i Nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP) ble trukket frem som relevante aktører, knyttet til å ha tilgjengelig kompetanse, rådgivning og et nettverk rundt seg. Erfaringsdeling med andre kommuner ble trukket frem som nyttig for egen prosess og læring.

Forankring i kommuneledelsen ble trukket frem som viktig for å skape eierskap til prosessene, også for de som ikke var direkte involvert i arbeidet. Her var en viktig erfaring at gjensidig tillit mellom ledere og deltagerne var helt essensielt, og at for å få til innovasjon og utvikling måtte lederne ha risikovilje.

Tydelig ansvarsfordeling og forventninger til de ulike aktørene ble trukket frem som helt sentralt i et tverrfaglig samarbeid som kan involvere ulike enheter, kompetansemiljøer mm. Flere pekte også på å ha et *innkjøpssamarbeid* som en suksessfaktor. Å kunne dele på ressurser, kompetanse og kapasitet var avgjørende fordi anskaffelsesprosessene krever mye.

Følgende spørsmål ble brukt som utgangspunkt for dialogen og erfaringsutvekslingen.

Med utgangspunkt i prosessen/prosessene du/dere har vært igjennom;

- Hva har vært de tre viktigste suksesskriteriene dere har erfart knyttet til felles prosesser rundt innovasjons- og anskaffelsesarbeid?
- Hva har vært de største utfordringene dere har erfart i slike prosesser?
- Hva ville dere gjort annerledes, dersom du/dere skulle gjort det på nytt?
- Er det noen deler av innovasjon og anskaffelsesprosessen dere ville trukket frem som ekstra nyttig for samarbeid med andre?

3. FELLES BEHOVSSAMARBEID OG KONSOLIDERT KUNDEKRAFT

Markedsplassen er tenkt å ha en funksjon som møteplass for deltagerne (kommuner, organisasjoner og leverandører), og er basert på frivillig deltagelse. Her kan ideer og muligheter deles, foredles og eventuelt utvikles til definerte behov som grunnlag for utprøving og løsningsutvikling. Her kan man også dele og hente erfaringer fra implementering og drift av ulike løsninger. Til sist kan det også være en arena for vurdering av prosesser rundt utvikling av løsninger som nærmer seg slutten på produktets levetid. I det konseptuelle arbeidet har vi henvist til denne funksjonen som «Innovasjons- og erfaringsarena».

Ved å dele ideer og behov med andre deltagerne, legges det til rette for felles samarbeid og prosesser. I tillegg kan man forespørre aktive samarbeid med andre. Målet er et levende samarbeid om felles behovsgrunnlag og innsyn i nye muligheter som utgangspunkt for evaluering og utvikling av

sluttbrukerløsninger. Innovasjonsarenaen er helt sentral for å konsolidere kundekraft gjennom samarbeid.

Markedsplassen skal være en møteplass hvor grupper av kommuner kan sammenstille og presentere felles krav og forventninger overfor leverandørene. Samtidig skal det være en arena hvor leverandørene kan presentere nye muligheter gjennom teknologiske eller operasjonelle nyvinninger. KS er tildelt en rolle som samordner av løsninger og behov, og som representant for sektoren overfor nasjonale myndigheter og andre aktører. Sammen med markedsplassen, vil dette bidra til en mer helhetlig og samlet utvikling, noe som har vært etterspurt av kommunene over lang tid.

3.1. Innovasjonsarena kan bidra til samarbeid om behov og behovsbeskrivelser

På «innovasjonsarenaen» skal kommuner og andre aktører gis mulighet til å:

- Se hva som allerede foregår av innovasjonsarbeid innenfor relevante områder eller tjenester
- Å være landingssted for ideer i en tidlig fase slik at flere kan ta del i dem
- Dele ideer eller fremme og forespørre samarbeid med kommuner og leverandører
- Delta i felles dialog og samarbeid i arbeidet med å beskrive og enes om behov
- Utarbeide et felles behovsunderlag for utvikling av nye sluttbrukerløsninger og tjenesteinnovasjon
- Fristille og dele ressurser som kan delta i behovsbeskrivelse og utvikling
- Konsolidere kundekraft

Innovasjon skjer ofte tett på tjenestene. Det kan oppstå og utvikles blant helsepersonell, det kan være ledelsesdrevet ifm. endringsarbeid, og det kan komme som innspill fra leverandører eller gjennom ulike innbyggerinitiativ. Det bør derfor være et viktig prinsipp at innovasjonsarenaen og samarbeidet ikke skal virke innlåsende eller begrense kommunens arbeid eller muligheter. Det er sentralt at samarbeidet må være frivillig og uten mange etablerte eller tunge strukturer. For kommunene er det viktig å ha frihet til å kunne samarbeide med kommuner med samme utfordringer. Det kan være innenfor etablerte samarbeidsnettverk (for eksempel Digi-nettverk, e-helsenettverk eller innkjøpssamarbeid) eller der det er stor geografisk spredning. En felles oppfatning av det faktiske behovet må styre samarbeidet.

I arbeidet på innovasjonsarenaen vil tidlig involvering av aktører som sitter tett på behovene være sentralt, eksempelvis helsepersonell, fag- og profesjonsforeninger, interessegrupper og innbyggere.

Noen av behovene som kan møtes gjennom en «Innovasjonsarena»

- Behov for samarbeid med kommuner for å lære av andre
- Behov for en samarbeidsplattform med oversikt over andre kommuner og deres prosesser for å kunne sikre læring av hverandre
- Behov for felles fora for å enklere kunne samarbeide med andre og bruke mindre tid på å lete frem riktige kontaktpersoner
- Behov for å vite hvilke prosesser og planer andre kommuner har slik at man kan være orientert om hva som skjer
- Behov for dialog med andre kommuner knyttet til kravspesifikasjoner så man kan foreta gode anskaffelser
- Behov for å systematisere og ha oversikt mellom kommuner slik at samarbeid ikke blir tilfeldig eller basert på bekjentskap

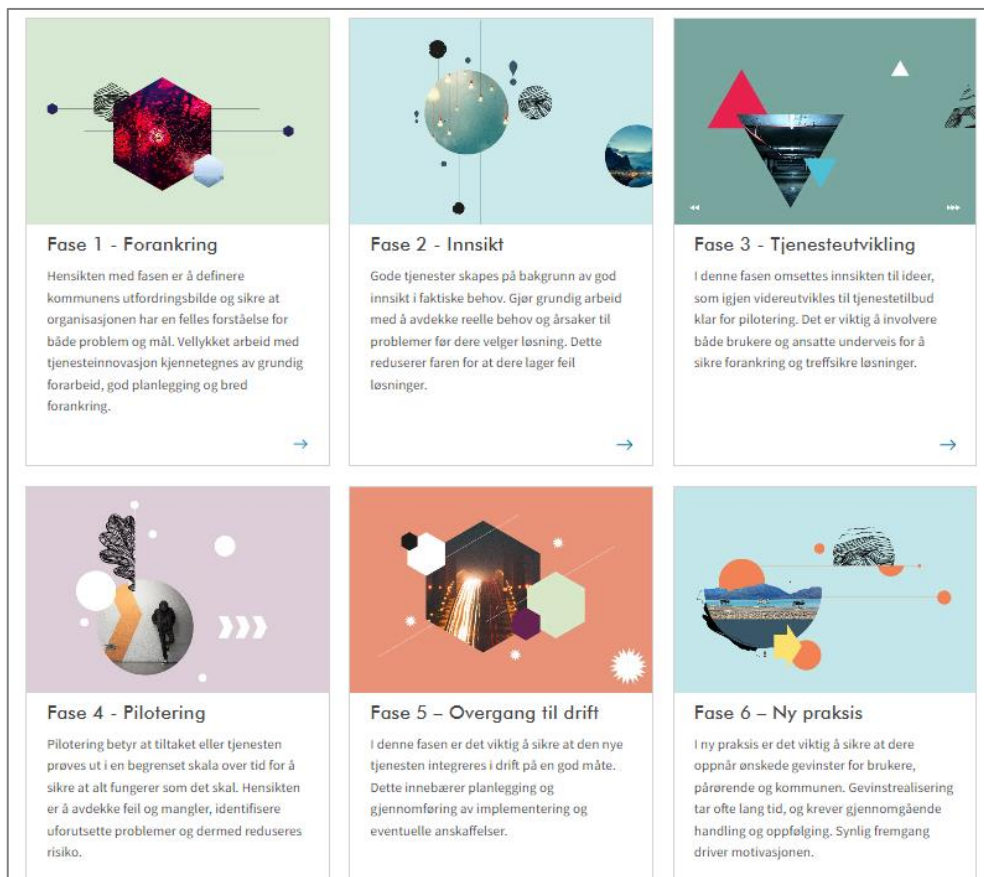
EKSEMPEL – Publisere behov på innovasjonsarena

Inger er en av kommunens nøkkelpersoner inn mot markedsplassen.

En dag ringer Bente som er seksjonsleder for tjenester i hjemmet. En av tjenestelederne i hennes avdeling har meldt inn et nytt behov. Kollegene hennes vil gjerne registrere målinger de tar på pasienten direkte i journalsystemet mens de er ute hos brukerne. Som det fungerer nå, må de notere resultatene for hånd, eller legge det inn som fritekst i et notat. Først ved avslutning av vekten kan de logge på desktopversjonen og dokumentere resultatene. Seksjonslederen lurer på om Inger kjenner til noen løsninger de kan ta i bruk. Inger kommer ikke umiddelbart på noe, men lover å sjekke.

Inger logger først inn på markedsplassen for å se om det allerede er forhåndsanskaffet noen egnede løsninger, men det er ingen treff. Inger konfererer med sin leder, og får klarsignal til å dele behovet på innovasjonsarenaen for å sondere interesse og mulighetsrom.

Inger beskriver overordnet hva behovet er og deler dette på innovasjonsarenaen. Så er det bare å vente på om andre aktører, som kommuner, helsepersonell eller leverandører, tar kontakt.



Figur 1 KS Veikart for tjenesteinnovasjon - oversikt over de ulike fasene

Det bør vurderes om KS veikart for tjenesteinnovasjon¹ kan brukes som et mal- og rammeverk for aktivitetene som gjennomføres på innovasjonsarenaen. Spesielt fase 1-3 ansees relevant knyttet til innovasjonsarenaen. Kommunene kan ta i bruk fasene 4-6 etter at anskaffelser og bestilling gjennom markedsplassen er gjennomført og det praktiske implementeringsarbeidet starter og gevinstrealiseringen gjennomføres.

EKSEMPEL –Forespørre deltagelse i samarbeid på innovasjonsarena

Ellen er en av kommunens nøkkelpersoner mot markedsplassen.

Kommunalsjefen har siste uke fanget opp at God kommune har begynt på et behovsunderlag for utvikling av en ny applikasjon for sårøppfølging. Kommunalsjefen tenker at dette kan være et relevant tiltak, og ber Ellen forespørre om et samarbeid via innovasjonsarenaen.

Ellen finner prosjektet og forespør om hun kan delta på vegne av Fiktiv kommune. Det skal etter planen resultere i et felles behovsgrunnlag, samt svare på relevante spørsmål som nytte, kost og risiko. Dette er tema som det er nødvendig å avklare før en endelig beslutning om iverksetting av utviklingsarbeidet. Kort tid etter kobler Bra kommune seg til arbeidet, i tillegg til en leverandør som har mye kjennskap til fagområdet.

Ellen tar med seg sårskypleieren Marte i det videre arbeidet. Marte fristilles 30 % til arbeidet. Ellen og Marte deltar aktivt sammen med andre fagressurser fra God og Bra kommune. Via markedsplassen har de tilgang til generiske maler for aktivitetene. De som har deltatt i tidligere prosjekt kjenner malene godt, og de får avsatt tid til arbeidet fra arbeidsgiver slik at arbeidet blir mer effektivt.

Arbeidet avsluttes i løpet av et par uker og har resultert i en felles tilbudsinvitasjon (behovsbeskrivelse) som gir nødvendig og relevant innsikt. Invitasjonen benyttes som underlag for nødvendige forankringsprosesser i den enkelte kommunen, der det gis trygghet for investeringsvilje.

Når prosessen er forankret i egen kommune, deles behovsunderlaget på innovasjonsarenaen. Det inviteres til samarbeid om en felles anskaffelse.

Forslaget om å opprette en innovasjonsarena er basert på en tanke/logikk som kan gjelde for store deler av kommunens tjenester. Før realisering av en innovasjonsarena bør det derfor gjøres vurderinger om behovet kan dekkes gjennom andre eksisterende og leverandøruavhengige forum.

3.2. Erfaringsarena kan bidra til felles læring knyttet til prosesser, behov, bestilling og implementering

Hensikten med erfaringsarenaen er å registrere og dele aktørenes (kommuner, helsepersonell, leverandører m.m.) erfaringer med innovasjon, anskaffelser og implementering.

Erfaringsarenaen skal bidra til at aktørene kan lære av hverandre og unngå unødige feil. Det vil bidra til reduserte kostnader og unødvendig ressursbruk. Erfaringsarenaen bidrar til å samle erfaring på ett sted.

¹ Veikart for tjenesteinnovasjon. Veikart for tjenesteinnovasjon er et verktøy som veileder gjennom seks faser, fra behovet oppstår til ny praksis er satt i drift | KS.

EKSEMPEL

I Fiktiv kommune har de akkurat avsluttet et implementeringsprosjekt av den nye applikasjonen for sårprosedyrer. Det var totalt sett en vellykket prosess, men i ettertid ser de at det er ting de kunne gjort annerledes.

De velger å dele erfaringene gjennom erfaringsarenaen, både hva som var sentrale suksessfaktorer, men også utfordringer og feil. Ellen går først inn på erfaringsområdet for innovasjonsarbeid. Hun er godt fornøyd med samarbeidet på innovasjonsarenaen og noterer tre viktige suksessfaktorer. I forbindelse med innføring av løsningen opplevde de noen utfordringer og hun noterer dem på erfaringsområdet for innkjøpssamarbeid sammen med tiltakene de gjorde for å løse problemene.

Avslutningsvis legger hun inn noen av erfaringene etter tre ukers bruk av sluttbrukerapplikasjonen. Dette er viktig informasjon for eventuell ny- eller videreutvikling for kommuner som vurderer å utløse opsjonen i avtalen og for leverandøren.

Erfaringsarenaen må være åpen for alle aktørene for å understøtte en åpen dialog, men er basert på frivillig deltagelse.

Før realisering av erfaringsarena, må det gjøres vurdering av om behovet kan dekkes gjennom andre eksisterende og leverandøruavhengige fora.

EKSEMPEL

Per arbeider i Nord kommune. De vurderer å anskaffe en ny sluttbrukerapplikasjon, men kjenner lite til leverandøren fra tidligere. Før beslutning om anskaffelse/utløsning av opsjon, logger de inn i erfaringsarenaen for å se om det er verdifulle erfaringer de bør ha med seg i sin vurdering, knyttet til implementering og andres opplevelse av bruken av applikasjonen.

Noen av behovene som kan møtes gjennom en «Erfaringsarena»

- Behov for å dele erfaring slik at kommunen kan brukes andre erfaringer i eget arbeid
- Behov for en delingsarena for å dele erfaringer og aktuelle dokumenter
- Behov for en felles arena for å dele erfaringer slik at det ikke må brukes mye tid på å få tak i andres erfaringer, samt også behov for å dele risiko og sårbarhetsanalyser (ROS), personvern vurderinger (DPIA), kravspesifikasjoner, avtaler og løsningserfaringer slik at vi lærer av hverandre

4. ANSKAFFELSESFUNKSJON

I dag gjennomfører kommunene fullstendige anskaffelsesprosesser hver for seg eller i avgrensede samarbeidskonstellasjoner for å skaffe de løsningene de har behov for. Dette er omfattende og krevende prosesser med krav til både høy merkantil, anskaffelsesrettslig og helsefaglig kompetanse. Leverandørene må tilsvarende gjennomføre mange tilbud hvert eneste år, og det er en betydelig belastning. Tanken om et «Felleskjøp» er et forsøk på å møte denne situasjonen gjennom samarbeid om rammer og forventninger, og selve anskaffelsen når det er aktuelt. Det er et mål at dette bidrar til

at kvaliteten gjennom hele anskaffelsesprosessen øker samtidig som den totale arbeidsmengden for partene går ned.

Noen av behovene som kan møtes gjennom felles anskaffelser

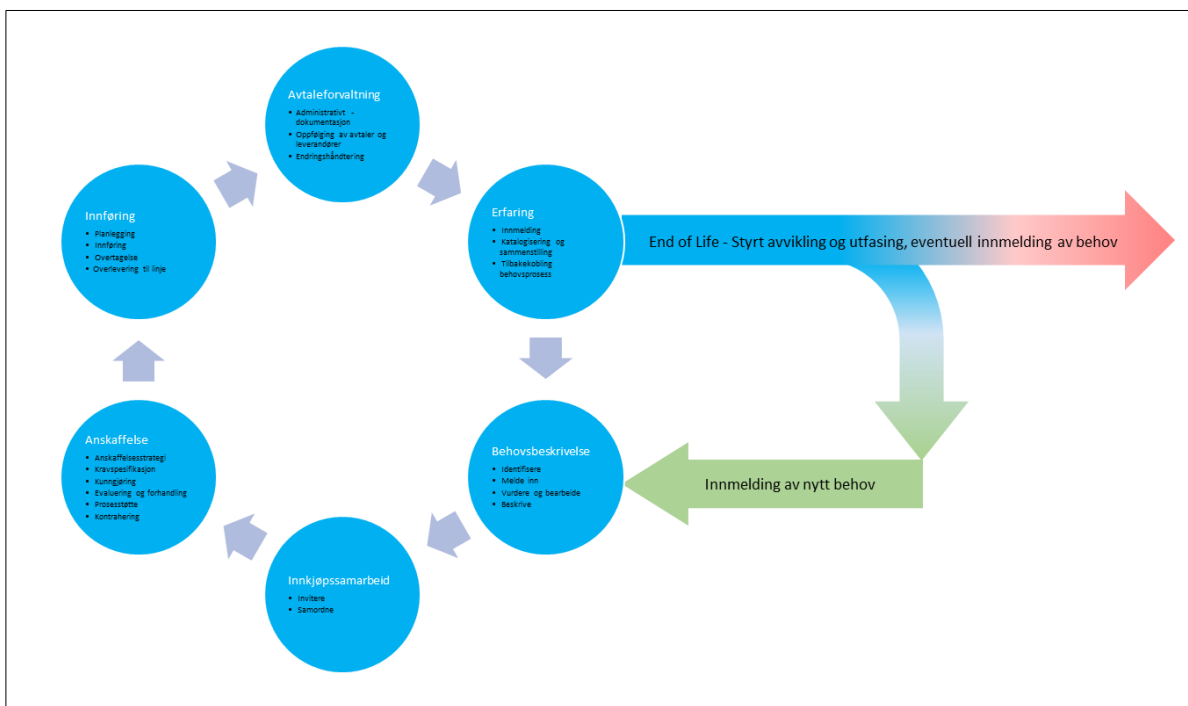
- Behov for en felles arena med informasjon om utviklingstrekk, krav til standarder/sertifisering og prioritering så alle kommuner drar i samme retning
- Behov for oversikt over markedet gjennom en leverandøroversikt med leveranseområder, samt informasjon fra referansekommuner
- Behov for sertifisering av leverandørenes løsning(er) for å redusere kommunenes eget behov for testing av løsninger
- Behov for å dele kunnskap så ikke alle kommuner må bruke like mye ressurser på å holde seg oppdatert i markedet
- Behov for å kunne gjenbruke kompetanse, maler, underlag og standardkrav fra andre kommuner for å kunne effektivisere prosessene
- Behov for å «sentralisere» anskaffelsesprosessene slik at kommunene kunne redusere kostnader for å innhente ekstern kompetanse for å gjennomføre slike prosesser
- Behov for samarbeid med andre kommuner om anskaffelser for å få større omfang så kommunene får bedre avtale med leverandørene og reell kundemakt

De deltagende partene gjennomfører, når det er mulig og ønskelig, felles anskaffelser slik at brukerne kan kjøpe sluttbrukerløsninger i en forenklet prosess ut fra egne behov og preferanser. For dette etableres en oversikt som også gir enkel oversikt og informasjon om hvilke sluttbrukerløsninger som er verifisert for bruk i økosystemet. Anskaffelsesfunksjonen forvalter sluttbrukerløsningene på kundenes vegne. Kunde-/leverandørforholdet, med de ansvar og plikter som følger, vil fortsatt gå mellom den enkelte leverandøren og kommunen (betalinger, produkt- og leveranse kvalitet mv.).

Ideelt har vi sett for oss en løsning der en sentral organisasjon – på vegne av, og i samarbeid med kommunene – henter inn og foredler behov som legges til grunn for løpende anskaffelser. Basert på disse behovene gjennomføres anskaffelser, der ulike leverandører kan kvalifisere sine løsninger til en «butikk»-løsning. I siste instans velger kommunene den løsning som er mest egnet for å løse deres behov ut fra hvilke løsninger som til enhver tid er tilgjengelig i «butikken». Dette er en type løsning som vi opprinnelig så for oss å realisere innenfor rammen av «dynamisk innkjøpsordning» (DPS). Problemet er at det er en innkjøpsordning som er best egnet for veldig standardiserte og lett sammenlignbare produkter og tjenester, eksempelvis konsulent tjenester. For komplekse og brukersensitive løsninger, som

eksempelvis journalsystem, er dette ikke en realistisk tilnærming.

Det er tatt utgangspunkt i en kontinuerlig prosessmodell for anskaffelser som beskrevet i figur 2. Det legges til grunn at det eksisterer sentralt plasserte ressurser (eksempelvis i KS-systemet), som har en rolle som markedsplasseoperatør, og som leverer i egenregi til kommunene. Ressursene bør også gis ansvar for å fasilitere det felles arbeidet som følger av de ulike stegene i prosessmodellen (figur 2). I tabellen under gis en oversikt over aktiviteter inndelt per hovedområde i prosessmodellen som hhv må løses av deltagende kommuner og på sentralt nivå. (Oversikten er indikativ og ikke uttømmende):



Figur 2 Kontinuerlig prosessmodell for anskaffelser

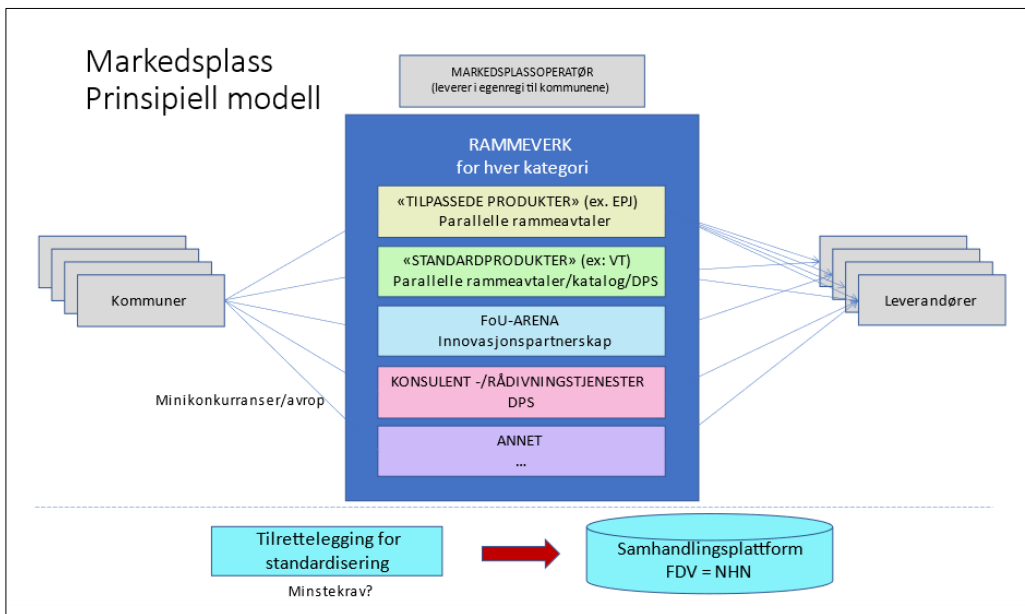
Prosessområde	Kommunene	Sentral organisasjon
Behovsbeskrivelse	<p>Orienterer seg om tilsvarende anskaffelsesbehov i andre kommuner via innovasjonsarena</p> <p>Eventuelt forespørre samarbeid</p> <p>Melde inn generelle og kommunespesifikke krav</p> <p>Bistå i arbeidet med å utvikle mest mulig felles krav</p>	<p>Definere kategorier (Standardprodukter, tjenester, FoU-tjenester, konsulent tjenester mm.</p> <p>Kategorisere, sammenstille og foredle behovsbeskrivelser</p>
Innkjøpsamarbeid	<p>Ta stilling til deltagelse; helt, delvis (opsjon) eller ikke</p>	<p>Invitere til samarbeide</p> <p>Fasilitere prosessen med å etablere samarbeid</p> <p>Samordne behov og øvrige rammer i samarbeid med deltagerne i samarbeidet</p> <p>Fasilitere før-kommersiell markedsdialog med leverandørmarkedet</p>

Anskaffelser	<p>Delta i samarbeid om utvikling av anskaffelsesstrategi i hht formål</p> <p>Delta i å utarbeide kravspesifikasjoner, tildelingskriterier og varighet</p> <p>Delta i evaluering, leverandørvalg og kontrahering</p> <p>Gjennomføre eventuell egen minikonkurranse</p>	<p>Utarbeide anskaffelsesstrategi i hht formål</p> <p>Planlegge konkurransegjennomføring og utarbeide konkurransegrunnlag i samarbeid med deltagerne (kontraktmodeller, krav, kriterier, varighet, mm.)</p> <p>Praktisk gjennomføring av anskaffelsen (kunngjøring, mm.)</p> <p>Bistå med evaluering, leverandørvalg og kontrahering</p>
Innføring	<p>Planlegge innføring, delta i prioritering av rekkefølge</p> <p>Bidra i å utarbeide rammer for overtagelse</p>	<p>Bistå i planlegging av innføring, prioritering av rekkefølge og overføring til linje</p> <p>Etablere rammer for overtagelse i samarbeid med deltagerne</p>
Erfaring	<p>Melde inn erfaringer om det som har fungert og det som må endres/forbedres</p> <p>Bidra til å sammenstille og katalogisere</p> <p>Bidra i å forberede for tilbakekobling til behovsprosess</p>	<p>Samle inn, sammenstille og katalogisere</p> <p>Forberedelse for tilbakekobling til behovsprosess</p>

Tabell 1: Aktiviteter inndelt per hovedområde i prosessmodellen

Som tidligere beskrevet bør det arbeides innen ulike kategorier, eksempelvis «Tilpassede produkter», «Standardprodukter», «FoU arena», «Konsulent- og rådgivningstjenester» mm som vil være basert på ulike rammeverk, avhengig av behov og type tjenester/produkter. Eksempler på ulike strategier kan være (se også figur 4):

- parallelle rammeavtaler
- katalogtjenester
- dynamisk innkjøpsordning (DPS)
- innovasjonspartnerskap



Figur 3 Prinsipiell modell for markedsplassen

Kommunene vil bruke kategoriene og rammeverkene for enten å gjennomføre mini-konkurranser eller avrop. En viktig fellesnevner vil være kravene mot en felles plattform, innledningsvis kanskje mer i retning av minstekrav for å tilrettelegge for standardisering.

4.1. Eksempel – anskaffelser innenfor rammene av DPS

For å eksemplifisere den konseptuelle tilnærmingen, har vi videre beskrevet en anskaffelsesmodell basert på rammer og muligheter som følger av dynamisk innkjøpsordning. Brukerhistoriene som følger i dette kapitlet, er først og fremst for å eksemplifisere. Det vil kunne være løsninger som er egnet for bruk av DPS som et rammeverk, særlig der det er enkle og funksjonelle løsninger med liten variasjon i innhold og innretning. For komplekse system som eksempelvis journalløsninger, er modellen ikke egnet.

En anskaffelse starter med at markedsplassen annonserer utlysning av kvalifisering for en dynamisk innkjøpsordning av en bestemt type tjeneste/løsning. Kvalifisering² er en prosess som skal sikre at aktørene forplikter seg til å etterfølge vilkår som foreligger for tilgang til og bruk av økosystemet og markedsplassen. Prosessen kan også bidra til å sannsynliggjøre at leverandørene faktisk har nødvendige forutsetninger. Kvalifikasjon handler om aktører og virksomheter, ikke løsninger.

I utlysningen beskrives hvem som er omfattet av ordningen (typisk alle kommuner som er med i markedsplassen), hvilke kvalifikasjonskrav³ som gjelder og hva som er forventet varighet og samlet verdi på anskaffelsen. Varighet kan i prinsippet settes så langt man ønsker, og ordningen har også en mulighet for forlengelse underveis. Hvis man underveis når taket for maksimalt økonomisk uttak, må det gjennomføres ny utlysning. Maksimalt økonomisk uttak er imidlertid ikke noen kjøpforpliktelse, kun en indikativ størrelse. Vellykket kvalifisering vil gi aktørene rett til å bruke markedsplassen og

² Slike kvalifiseringsprosesser kan bygges på erfaringer fra andre initiativer, bla. «Tryggere helseapper», ORCHA, forslaget til European Health Data Space (virksomhetsdelen).

³ Kvalifikasjonskrav rettes til selskapet og vil typisk være forhold som firmaattest, skatteattest, økonomi (siste års regnskap eller tilsvarende for oppstartsmiljø), kompetanse og kapasitet, utviklingsplaner, opplæring, erfaring fra tidligere leveranser (så langt det ikke ekskluderer oppstarts miljø), standard system for kvalitetssikring, informasjonssikkerhetsledelse, og miljøledelse. Det er ingen formelle krav til hva som MÅ være kvalifikasjonskrav, men de samme krav må gjelde for alle. Det kan være klokt å legge terskelen relativt lavt i denne fasen.

økosystemet. I praksis betyr det rett til å delta i innovasjonsprosjekter, rett til å utvikle applikasjoner som er tilpasset økosystemet, samt rett til å verifisere sin(e) løsning(er) for salg på markedsplassen.

EKSEMPEL

Arne arbeider i et selskap som ønsker å bli leverandør på markedsplassen. Nå skal han kvalifisere selskapet i den dynamiske innkjøpsordningen. Arne går inn på kvalifiseringssiden og følger prosessen som finnes her. Arne må blant annet legge inn nøkkelinformasjon om selskapet som firmaattest, skatteattest, økonomi, kompetanse og kapasitet, i tillegg til erfaringer fra tidligere leveranser. Besvarelsen sendes inn. Kort tid etter mottar han en beskjed om at de som leverandør er kvalifisert for å levere løsninger på markedsplassen.

Utlysningen kunngjøres på vanlig måte i ordinære kanaler og skal minimum ligge ute i 30 dager. Det foretas en løpende vurdering av innmeldte kandidater, og de som tilfredsstiller kvalifikasjonskravene blir innmeldt i ordningen og kan delta i konkurranse under ordningen etter 30 dager.

Om det på et senere tidspunkt underveis i avtaleperioden dukker opp nye aktører som ønsker å bli innmeldt i ordningen, er det uproblematisk så lenge de tilfredsstillende de samme kvalifikasjonskrav som gjaldt ved oppstart. Dette er én av de absolutte fordelene med dynamisk innkjøpsordning.

Når en kommune skal gjennomføre et uttak av ordningen, må det utarbeides en spesifikk tilbudsinvitasjon. Disse kan beskrives på forhånd av markedsplassen, slik at gjeldende kommune kun behøver å fylle inn den informasjonen som er spesifikk for dem. Her bør det utarbeides generelle malverk for hver kategori, eksempelvis basert på statens standardavtaler. Tilbudsinvitasjonen beskriver behov og eventuelle krav⁴ til løsning og eventuelle tilliggende tjenester.

Tilbudsinvitasjonen kunngjøres og sendes til de aktuelle leverandørene. Det er minimum ti dagers tilbudsfrist. Ved fristens utløp evalueres innkomne tilbud, det er ikke anledning til å forhandle tilbudsbetainger⁵, og det tilbudet som oppfyller kriteriene⁶ best skal velges. Deretter skrives det kontrakt mellom kunde og valgt leverandør. Det er ikke krav om karenperiode, kun plikt til å kunngjøre tildelingen.

Alt av formelt og generelt arbeid i denne prosessen kan gjøres av markedsplassen, men kommunen må definere sine eventuelle spesifikke behov utover det generiske⁷. Den beskrevne løsningen vil spare både kommuner og leverandører for krevende og omfattende anskaffelsesprosesser. Leverandørene sikres fri og åpen konkurranse, anskaffelsene skjer iht. offentlig regelverk og kommunene får mulighet til å velge det beste produktet ut fra egne behov.

Kunde/leverandør forholdet må gå mellom gjeldende kommune og leverandør. Dette inkluderer leverandørens ansvar og forpliktelser for produkt- og leveranse kvalitet og kundens betalingsforpliktelser. Markedsplassen er kun en tilrettelegger og inntar ingen ansvarsposisjon for økonomi eller leveranse.

⁴ Eksempler på typiske krav til løsning kan være, funksjonalitet, kompatibilitet, tekniske egenskaper, integrasjoner, informasjonssikkerhet, personvern, drift og vedlikehold og pris.

⁵ Dette er et av punktene som er påpekt som en mulig svakhet ved Dynamisk innkjøpsordning fordi den ikke åpner for forhandling. Det er også en av grunnene til at vi må se nærmere på denne modellen i det videre konkretiseringsarbeidet.

⁶ Det er tre mulige kriterier: Laveste pris, laveste kostnad og kombinasjon av laveste pris/kostnad og kvalitet. I kvalitet kan inngå: kvalitet, inkludert tekniske, estetiske og funksjonelle egenskaper, tilgjengelighet, universell utforming og miljømessige, sosiale og innovative egenskaper for den tilbudte bemanningens organisering, kvalifikasjoner og erfaringer, forutsatt at kvaliteten på bemanningen er av stor betydning for utførelsen av kontraktens kundeservice, teknisk bistand og leveringsbetingelser, for eksempel leveringsmåte og tid for levering eller ferdigstilling (dette er ikke en uttømmende liste).

⁷ Dette gjelder forhold knyttet til konfigurering, ikke utviklingsarbeid. Hensikten må være at løsningen er generiske slik at de kan være tilgjengelige for flere, ikke bare for én kommune.

Kommuner skal kunne velge mellom ulike servicenivåer og/eller alternativer, basert på leverandørenes tilbud iht. det som er angitt i tilbudsinvitasjonen.

Alle generelle betingelser er avklart på forhånd. Det blir lettere å velge beste alternativ og overskue konsekvensene av valget. Leverandørene kan konsentrere seg om noen få store anskaffelser og generaliserte forenklede uttaksprosesser per kommune i etterkant.

EKSEMPEL

Innovasjonsarbeidet rundt applikasjonen for sårprosedyrer har vært vellykket, og det foreligger flere sluttprodukt, blant annet et fra leverandør Sår. Gjennom innovasjonsarenaen er det bekreftet og forankret at det er flere kommuner som er interessert i tilgang til en slik løsning.

Anne jobber på markedsplassen og har fått forespørsel om å anskaffe slike løsninger. Hun setter i gang en prosess basert på dynamisk innkjøpsordning. Første steg er en utlysning med invitasjon til kvalifisering. Det innebærer å sikre at leverandørene er egnet til å oppfylle betingelsene i de kontraktene de skal konkurrere om. De fleste leverandører kommer som regel greit gjennom denne prosessen, og så er tilfelle denne gangen også.

I neste runde utarbeides generelt grunnlag for tilbudsinvitasjon basert på aktuell versjon av Statens standardavtale. Malverket inkluderer også rammer for risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) og personvernkonsekvenser (Data Protection Impact Assessment – DPIA). I dette arbeidet involveres relevante ressurser, blant annet fra innovasjonsarenaen.

Ganske raskt ønsker kommune Vest å gjennomføre et uttak. De melder behovet, og bidrar med sine spesifikke opplysninger og eventuelle egne krav i tillegg til det som ligger i det generelle malverket.

Tilbudsinvitasjonen utlyses og sendes til de kvalifiserte leverandørene. Etter ti dager er tilbudsfristen ute og Anne starter arbeidet med å evaluere de tilbudte løsningene opp mot kravene. Det at de kan dokumentere at de tilfredsstillt krav til funksjonalitet, eksempelvis ved å ha gjennomgått egenverifisering, er en sentral parameter. Leverandøren Sår rekker akkurat å få sin løsning verifisert i tide etter å først ha rettet opp tre feil i løpet av verifikasjonsprosessen.

Når evalueringsprosessen er avsluttet er det lett å velge den løsningen som passer kommunen best og til Sår sin glede blir de valgt. De inngår kontrakt med Vest kommune og avtaler innføringsløp og oppstartsdato.

Anne registrerer relevant informasjon om prosessen i sitt system da viktige oppgaver fremover vil være å sikre kontraktens rammer, tidsfrister samt eventuelt varsle om kontraktuelle milepæler eller endringer.

Når nye kommuner ønsker å ta denne typen løsning i bruk, gjennomfører de samme forenklede prosess sammen med markedsplassen. Gjennom markedsplassen får de oversikt over aktuelle leverandører og løsninger med registrerte egenskaper⁸, samt inngåtte avtaler med relevante opsjonsmuligheter. Dette er et viktig startpunkt for å orientere seg blant de mulighetene som finnes. Det vil også kunne hjelpe kommunene til å tilpasse sine behov til det aktuelle markedet for å unngå feilanskaffelser.

⁸ Registrerte egenskaper kan være hvilke funksjonelle behov løsningen dekker, forpliktete planer om kommende funksjoner eller endring av funksjoner, finansielle og tekniske betingelser, avtaleformat inkludert eventuelle valgmuligheter, forventet gjenværende salgstid og gjenværende brukstid. Informasjon om implementeringstjenester, opplæringsstilbud, relevante integrasjonstjenester, samt hvordan applikasjonen tilfredsstillt standardiserte krav knyttet til pasientsikkerhet, informasjonssikkerhet og personvern. I tillegg er det tilrettelagte maler for gevinstrealisering samt maler for risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) og personvernkonsekvenser (Data Protection Impact Assessment - DPIA).

EKSEMPEL

Ellen deltok i innovasjonsarbeidet for applikasjonen for sårprosedyrer, og de er godt i gang med å innføre applikasjonen de har valgt. En dag er Dalfjord kommune på besøk, og de blir svært interessert i den nye løsningen.

Magnus jobber i kontraktsavdelingen for helse og omsorg i Dalfjord kommune, og kontaktes av en kollega som var på besøk i nabokommunen. Hun forteller opprømt om en ny applikasjon for sårprosedyrer i praksis. Hun har hatt dialog med kommunalsjefen, og de har vurdert grunnlaget for gevinstrealisering, kost/nytte m.m. De er enige om å anskaffe en slik løsning, og Magnus blir bedt om å ta det videre.

Magnus logger inn i markedsplassen og søker opp de aktuelle løsningene. Han setter seg inn i bruksområder, ulikheter og eventuell annen relevant informasjon.

Han laster ned malverket for tilbudsinvitasjon på løsningstypen, og det meste er heldigvis utfyllt i forkant. Han samler fagpersoner fra helse, IT, personvern og sikkerhet for å gjennomføre lokal ROS og DPIA. Forslaget for gevinstrealisering som allerede er utarbeidet blir en viktig del av den samlede pakken Magnus skal gi til kommunalsjefen for helse og omsorg for endelig avgjørelse.

En uke senere får Magnus klarsignal av kommunalsjefen. Han logger inn i markedsplassen og initierer prosessen for tilbudsinvitasjon til de gjeldende leverandørene.

5. TEST- OG UTPRØVNINGSARENA

Test- og utprøvningsarena skal bidra til smidig utvikling, testing og pilotering

Det skal etableres en «sandkasse⁹» for utvikling og utprøving av leverandørenes løsninger. Her gis leverandørene også tilgang til enkle tjenester for verifisering av at sluttbrukerløsningene oppfyller vilkårene for økosystemet, for eksempel krav til informasjonsutveksling.

Erfaringer fra utvikling av den nasjonale meldingstjenesten (Helsenettet) viste betydningen av å ha en felles test- og utprøvningsløsning, «meldingsvalidatoren». Gjennom å finne og påpeke feil og hva som må til for å rette dem, har den bidratt til en betydelig kvalitetsheving i meldingsutvekslingen. Det styrker i siste instans pasientsikkerheten. Samtidig har den gitt næringslivet et kraftfullt verktøy til å teste og forbedre, og til sjuende og sist verifisere sine løsninger. Vi vil utvikle et tilsvarende system for å kunne teste at nye løsninger fungerer i henhold til eksisterende rammer og øvrige løsninger. Dette vil sikre at nye løsninger kan fungere innenfor rammen av økosystemet, og det vil i siste instans fungere som en selvverifisering. Dette er viktig for å skape trygghet for at løsningene fungerer for både kommunene og leverandørene. Det flytter ikke leverandørens ansvar for at løsningen tilfredsstillende de kravene som til enhver tid stilles.

Gjennom et slikt testsystem («sandkasse»), kan applikasjonsleverandører gjennomføre smidig utvikling, testing og pilotering av nye løsninger, og de kan endre eller tilpasse eksisterende løsninger. Sandkassen er et kontrollert og isolert testmiljø som skal, være en logisk kopi av et operativt driftsmiljø så langt det er praktisk mulig.

Vi tar foreløpig ikke stilling til om test- og utprøvningsarenaen teknisk og operasjonelt er en del av markedsplassen eller bør ligge til plattformen. Det er et spørsmål som bør utredes nærmere og avklares på et senere tidspunkt, spesielt når vi henter erfaring gjennom konkrete utprøvningsprosjekt i neste fase.

⁹ Et kontrollert testmiljø for nye produkter, teknologier og tjenester for blant annet å øke forståelse for løsningene, identifisere risiko eller andre problemstillinger

EKSEMPEL

Arne er ansatt i et leverandørselskap som tilbyr en applikasjon for sårprosedyrer som i dag først og fremst brukes i spesialisthelsetjenesten. Arne ser på innovasjonsarenaen at det er kommuner som har behov for en applikasjon for sårprosedyrer, og han tenker at applikasjonen de har utviklet for spesialisthelsetjenesten med enkle grep kan tilpasses til å dekke behovene som blir beskrevet.

Arne diskuterer internt i selskapet, og det er enighet om å gå i gang med en videreutvikling av applikasjonen med mål om å møte behovene som er presentert, samt utvide markedet til å omfatte også kommunene.

Arne tar i bruk testmiljøet, der han blant annet finner realistiske testdata. Arne forespør deltagerne fra arbeidet på innovasjonsarenaen, og han har i en kortere periode tett dialog med disse. Arne legger vekt på smidig utvikling som det skjer brukernært gjennom tett samarbeid med fagekspertene.

Når applikasjonen er testet ut og justert gjennomfører Arne en selvvverifisering av løsningen. Han får tilbakemelding om to feil som de raskt løser. I neste forsøk blir applikasjonen verifisert.

Parallelt har selskapet sørget for å bli kvalifisert i den dynamiske innkjøpsordningen. Nå kjenner de seg klare til å delta i fremtidige konkurranser på spesifikke tilbud.

Sandkassen skal også tilrettelegge for å eksperimentere med nye måter å arbeide på, tjenesteinnovasjon, nye/endrede løsninger og nye teknologier for leverandører og andre aktører innenfor primærhelsetjenesten som ønsker å levere innovative løsninger tilpasset økosystemet. Den skal også legge til rette for næringsutvikling, samt være tilgjengelig for kommuner og andre aktører innen primærhelsetjenestene som ønsker å utvikle applikasjoner eller enkle eller kodefrie løsninger (no-code/low-code).

Det foreligger relevant erfaring fra USA relatert til sandkasser. Mange av egenskapene i en sandkasse er forutsetninger for næringsutvikling. Rapporten peker videre på at om ikke de beskrevne tjenestene og testdata finnes, så vil de få og store aktørene dominere økosystemet og i stor grad legge føringer for hvilke leverandører som kan lykkes. Erfaringene tyder på at manglende sandkassefunksjoner kan forsterke innlåsning til en leverandør over tid.

Direktoratet for e-helse har i samarbeid med Menon Economics utgitt rapporten «E-helse – markedsundersøkelse»¹ og pekt på problemet med at svært mange applikasjonsleverandører ikke kommer ut over pilotstadiet og problemer med manglende respekt av intellektuell eiendom. Den foreslåtte sandkassen skal bidra til å løse dette problemet.

Felles kommunal journal interim AS

Vedlegg 3.5:

Felles rammer og anbefalinger til anskaffelser

Styringsdokument

Felles journalløft for kommuner

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
1.1. Oppgavebeskrivelse	1
1.2. Om arbeidet	1
1.3. Arbeidsgruppen	1
1.4. Definisjon	2
2. AVHENGIGHETER	2
2.1. Felles plan og rammeverk	2
2.2. KS' pågående initiativ på legemiddelområdet	2
2.3. KS' pågående initiativ på velferdsteknologiområdet	3
2.4. Leverandørutviklingsprogrammet (LUP)	3
2.5. Helseteknologiordningen	3
3. KARTLEGGING AV PÅGÅENDE OG KOMMENDE ANSKAFFELSER	4
3.1. Innledning	4
3.2. Arbeidsmetode	4
3.3. Kartlegging - anskaffelser	5
3.4. Vurdering av situasjonen	8
3.5. Relevante kartlegginger	8
4. FELLES RAMMER OG ANBEFALINGER	10
4.1. Innledning	10
4.2. Arbeidsmetode	10
4.3. Liste over rammer og anbefalinger	11
4.4. Anbefalinger til kommunale anskaffelsesprosesser	18
5. ANBEFALINGER OM VEIEN VIDERE	20
5.1. Plan for videre arbeid	20
5.2. Forslag til videre organisering	21

1. INNLEDNING

1.1. Oppgavebeskrivelse

Behovet for å kartlegge anskaffelsessituasjonen og jobbe frem et felles grunnlag for anskaffelser i kommuner ble spilt inn av flere interessenter i innspillrunden. I etterkant av at staten avsluttet sin deltagelse i samarbeidsprosjektet Felles kommunal journal (FKJ), besluttet man derfor vinteren 2023 å etablere en styringsgruppe med deltakere fra kommunene Bergen, Kristiansand, Stavanger, Bodø, Bærum og Oslo samt KS og Norsk helsenett SF (NHN). Sammen med FKJ skulle styringsgruppen vurdere og anbefale veien videre etter avslutning av samarbeidsprosjektet sommeren 2023.

Styringsgruppen pekte blant annet på stor utålmodighet med å komme i gang med aktiviteter knyttet til anskaffelser, da flere kommuner er i gang med eller planlegger anskaffelser innen EPJ.

Det ble vektlagt at det er viktig å starte arbeidet med å kartlegge hvilke kommuner som har pågående eller planlegger å gjennomføre anskaffelser, hva anskaffelsene innebærer og hvilke anbefalinger og føringer som bør være felles og vektlegges i en anskaffelsesfase. Dette skulle skje i dialog med leverandørene, KS Digitale fellestjenester (DIF) og NHN.

Bestillingen til arbeidsgruppen var:

- Kartlegge pågående og planlagte anskaffelser for journalområdet
- Utarbeide felles krav og føringer for journalområdet

I oppgavebeskrivelse fra styringsgruppen ble det innledningsvis lagt vekt på ordene *krav* og *føringer*, men dette har i etterkant blitt moderert til å bety *felles rammer* og *anbefalinger*. Det er viktig å understreke at det er kommunene selv som er ansvarlige for å stille krav og gjennomføre anskaffelsene. Rammene og anbefalingene i dette dokumentet skal kunne hjelpe til i det arbeidet, men ikke erstatte det.

Arbeidet ble organisert som en egen arbeidsgruppe, ledet av FKJ, der kommuner stilte med minst én person i gruppen.

Det ble innledningsvis pekt på viktigheten av å ha tett dialog med markedet for å sikre at behovene er innenfor et realistisk mulighetsrom i forhold til hva markedet kan tilby. Involvering av leverandørene kan på den måten bidra til en felles forståelse av behov og forventet resultat.

1.2. Om arbeidet

Oppsummeringen fra innspillrunden til Felles kommunal journals styringsdokument (versjon 0.8) viser en bred enighet knyttet til løsningskonsept og målbilde. Flere pekte på behovet for å etablere felles rammer og anbefalinger for anskaffelser, for å sikre at fremtidige anskaffelser bidrar i retning av målbilde og ikke tvert om. Det skjer mye i leverandørmarkedet, og felles rammer og premisser vil bidra til å styrke kundekraften fra kommunal side. I tillegg vil det gi leverandørene en større grad av forutsigbarhet.

Det er samtidig viktig å understreke at dette arbeidet ikke er et slutt punkt, men heller en felles oversikt over anbefalinger til hva kommuner bør vurdere å hensynta når de skal i gang med anskaffelser og definere sine krav. Listen kan leses i kapittel 4.3, fra side 11 og utover.

Videre er dokumentet, inkludert listen over anbefalinger, et øyeblikksbilde av hva prosjektet har identifisert på nåværende tidspunkt (ultimo april 2023). Etter at FKJ-prosjektet er avsluttet vil innholdet i listen fortsatt kunne bygges ut, forbedres og revideres basert på utfallet av utprøvsperioden, den fremtidige organiseringen av videre arbeid med felles journalløft i kommunesektoren, avklaring rundt statens eventuelle rolle som plattformeier, samt bevegelsene i markedet for øvrig.

1.3. Arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen besto av representanter fra:

- Bergen kommune
- Bodø kommune

- Bærum kommune
- Kristiansand kommune
- Stavanger kommune
- Oslo kommune
- KS eHelse
- Samarbeidsprosjektet Felles Kommunal Journal

Arbeidet startet opp i uke 9 og ble avsluttet i uke 17. Gjennom hele arbeidsperioden gjennomførte arbeidsgruppen flere ukentlige møter, der de sammen jobbet frem resultatet presentert i dette vedlegget til Felles Kommunal Journals styringsdokument.

Gruppen har rapportert fremdrift og status ukentlig til arbeidets styringsgruppe, der alle deltagende kommuner, KS og NHN har vært representert. Arbeidet har blitt ledet av samarbeidsprosjektet Felles kommunal journal.

1.4. Definisjon

EPJ/pasientjournalssystem: *Med elektronisk pasientjournal (EPJ) menes elektronisk dokumentasjonssystem som gir «oversiktlig og samlet fremstilling av pasientens helsetilstand», jfr. Pasientjournalforskriften § 4. Oversikt over hvilke opplysninger dette kan være følger av forskriften §§ 5-8 og inkluderer pasientens og pårørendes personalia, formelle opplysninger om helsehjelpen, pasientens helsekontakter, samt opplysninger om sykehistorie, funn, utredninger, behandlinger, samt helsedokumentasjon som attester, sykmeldinger og annet. Systemer som kun ivaretar deler av slike dokumentasjonssystem regnes ikke som EPJ i denne undersøkelsen. Eksempler på slike systemer er fagsystemer for bildebehandling, responsentertjenester, digital hjemmeoppfølging, eller administrative systemer for oppmøtere registrering, pasientlogistikk, mv.¹*

2. AVHENGIGHETER

2.1. Felles plan og rammeverk

KS har sammen med medlemmene utarbeidet *Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet*, et felles plan og rammeverk som har som målsetting å tydeliggjøre kommunal sektor sine interesser og behov i samhandling med nasjonale myndigheter, helseaktører og næringsliv. Felles plan og rammeverk skal bidra til å sette kommunene i stand til å foreta felles prioriteringer i samarbeidet med nasjonale myndigheter. Rammeverket skal danne grunnlaget for felles prioriteringer for det videre arbeidet på e-helseområdet med bærekraftige finansieringsmodeller og helhetlig styring på tvers av sektorer.

Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet ble vedtatt i Hovedstyret i januar 2022 og er utarbeidet etter forankring og innspill i den kommunale samstyringsmodellen for digitalisering, sentralt kommunedirektørutvalg og i dialog med nasjonale e-helseaktører, interesseorganisasjoner, myndigheter og regionale helseforetak.

KS og medlemmene utarbeider *Kommunal sektors portefølje* som vedlegg til *Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet*. Hensikten med porteføljen er å samle sektoren i en anbefalt prioritering av hvilke e-helsetiltak som bør prioriteres kommende år. Porteføljen vil oppdateres årlig med forankring i den kommunale samstyringsmodellen for digitalisering.

2.2. KS' pågående initiativ på legemiddelområdet

Legemiddelhåndtering i kommunal sektor er kompleks og særlig utsatt for avvik. Kommunene har lenge uttrykt utfordringer og behov for forbedringer knyttet til legemiddelhåndtering. KS har

¹ [Kartlegging av elektroniske pasientjournalssystemer og deres støtte for nasjonale e-helseløsninger | Direktoratet for e-helse](#)

gjennomført et forprosjekt hvor det er utført en kartlegging av utfordringer og behov knyttet til legemiddelhåndtering i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Med bakgrunn i denne kartleggingen arbeider KS med å etablere et prosjekt hvor formålet er å samordne og sammenstille felles behov og forventninger til digital funksjonalitet som understøtter tilberedning/istandgjøring og utdeling av legemidler i den kommunal helse- og omsorgstjeneste.

2.3. KS' pågående initiativ på velferdsteknologiområdet

Kommunene opplever at anskaffelser av ulike velferdsteknologiske løsninger som kan møte identifiserte behov, er krevende og tar mye tid og kapasitet. For å redusere barrierer knyttet til anskaffelser, har KS satt ut et oppdrag om å utvikle felles behov og forutsetninger knyttet til anskaffelser av de mest anvendte velferdsteknologiske løsningene. Disse er basert på beste praksis og erfaring fra kommuner som har gjennomført anskaffelser nylig. Leverandørenes erfaringer vil også bli trukket inn i arbeidet.

2.4. Leverandørutviklingsprogrammet (LUP)

Leverandørutviklingsprogrammet (LUP)² er en pådriver for at kommunale og statlige virksomheter skal skape innovasjon gjennom sine anskaffelser. Programmet er et fellesskap bestående av fem eiere³ og 32 offentlige partnere⁴. Videre er 4 departement⁵ med på å finansiere aktiviteten. Dette gjør at LUP har en unik legitimitet som nøytral aktør som balanserer mange ulike interesser.

LUP har siden høsten 2021 vært delaktig i arbeidet med konkretisering av mulighetsrommet knyttet til FKJ. Blant annet har LUP bidratt med å legge til rette for bred involvering og dialog med interessenter fra leverandørsiden. LUP har også med bakgrunn i de mange anskaffelsesprosessene programmet har vært involvert i, bidratt med erfaringsdeling og kompetanse knyttet til tiltak som kan bygge ned terskelen rundt framtidige anskaffelsesprosesser på EPJ-området.

Flere kommuner har nylig kontaktet LUP med spørsmål om bistand til anskaffelser av EPJ. LUP har per i dag kapasitet til å hjelpe noen få kommuner, men vil i liten grad kunne koordinere gjennomføring av komplekse fellesanskaffelser for å løfte kommunesektoren som helhet.

2.5. Helseteknologiordningen

Etableringen av en helseteknologiordning har vært et av regjeringens uttalte mål i Hurdalsplattformen. Direktoratet for e-helse leverte i desember 2022 utredning av en helseteknologiordning og regjeringen arbeider videre med å følge opp direktoratets forslag. Denne ordningen skal blant annet avlaste risiko for kommunene som går foran når de investerer i journalløsninger, og dermed utløse investeringer på feltet.

Regjeringens helhetlige e-helsepolitikk vil bli presentert i Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Helseteknologiordningen er planlagt innført i 2024 og vil bygges ut trinnvis. Det vil være naturlig å se dette dokumentet i lys av de nevnte planene og endringene. På tilsvarende måte vil innholdet i dette dokumentet kunne brukes i arbeidet inn mot Helseteknologiordningen.

² [Innovative anskaffelser | LUP](#)

³ KS, NHO, Innovasjon Norge, Forskningsrådet og DFØ

⁴ Kommuner og fylkeskommuner, regionale helseforetak og statlige virksomheter

⁵ NFD, HOD, KDD og KLD

3. KARTLEGGING AV PÅGÅENDE OG KOMMENDE ANSKAFFELSER

3.1. Innledning

Det er en bred oppfatning at mange kommuner skal i gang med anskaffelser av journalløsninger, og det har vært viktig å kartlegge hvordan dette landskapet egentlig ser ut. Kartleggingen kan bidra til å gi leverandørmarkedet større grad av forutsigbarhet om mengden av anskaffelser de neste årene. Det kan være en fordel både for kommunene, fordi det kan bidra til økt kundekraft, og for leverandørene i form av større grad av forutsigbarhet. Kartleggingen er også ett steg på veien i retning av «markedsplassen», ved at kommunene etablerer en felles oversikt over sine anskaffelsesprosesser. Sammen med listen over rammer og anbefalinger vil dette kunne være med på å legge grunnlag for nye samarbeidsmuligheter og øke grunnlaget for samordning på tvers av kommuner.

Kartleggingen er gjennomført av samarbeidsprosjektet FKJ og arbeidsgruppen for spor anskaffelser, støttet av KS e-Komp⁶.

Arbeidsgruppen ønsker å takke alle kommunene som har svart, og i tillegg KS e-komp for deres bistand i gjennomføringen av oppgaven.

3.2. Arbeidsmetode

Arbeidsgruppen utarbeidet et kartleggingsskjema på totalt 10 spørsmål, knyttet til anskaffelser av journalløsninger i enkeltkommuner. Skjemaene ble distribuert digitalt, med hjelp fra KS e-komp, til alle norske kommuners postmottak. Det inneholdt spørsmål knyttet til hvilke systemer de forskjellige kommunene bruker, om de har pågående anskaffelser på journalområdet, og om de planlegger å gjennomføre anskaffelser i løpet av de nærmeste årene. I tillegg ble det stilt spørsmål ved om det er interessant at FKJ-prosjektet jobber med en felles liste over rammer og anbefalinger til bruk i kommuners anskaffelsesprosess.

Spørreskjemaet ble sendt ut 16.03.2023, med svarfrist 31.03.2023, en relativt kort periode på kun to uker.

I perioden fra resultatene var inne besto oppgaven av å systematisere, strukturere, analysere og beskrive svarene.

Spørsmålene i skjemaet var:

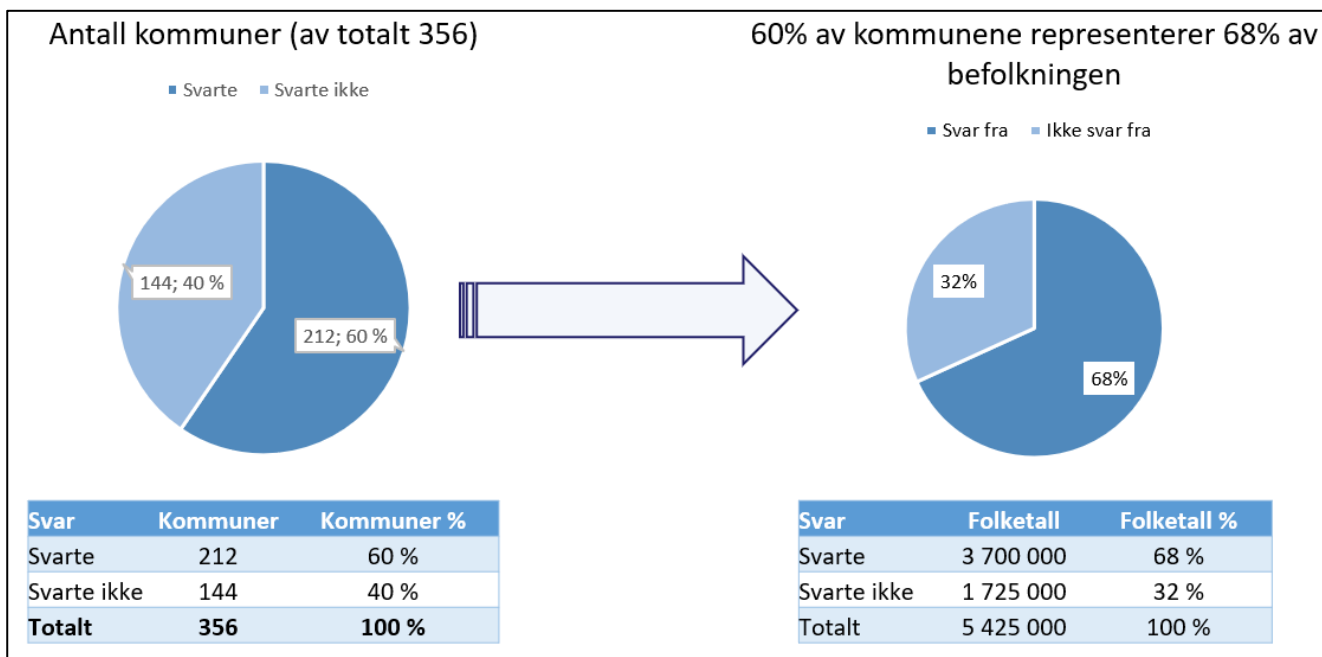
1. Hvilket pasientjournalssystem benytter kommunen for sykehjem, hjemmetjenester osv.?
2. Hvilket pasientjournalssystem benytter kommunen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten?
3. Hvilket pasientjournalssystem benytter kommunen på legevakt?
4. Hvilket pasientjournalssystem benytter kommunale fysioterapeuter?
5. Hvilke(t) pasientjournalssystem benyttes av kommunale legekontor (ikke private legekontor)?
6. Hvilket pasientjournalssystem benytter kommunens Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)?
7. Pågår det i kommunen en anskaffelse av journalssystem innen noen av tjenestene under?
8. Er det planlagt en anskaffelse av journalssystem innen noen av tjenestene under?
9. Hva er årsak til anskaffelse av nytt system?
10. Gitt at man nå arbeider frem felles føringer og krav til anskaffelser, vil dere se på det som positivt for deres anskaffelsesprosesser?

⁶ [KS e-Komp: KS kompetansenettverk for e-helse | KS](#)

3.3. Kartlegging - anskaffelser

3.3.1. Antall respondenter og geografisk fordeling

Av alle som mottok kartleggingen kom det 212 svar. Dette utgjør ca. 60% av alle norske kommuner, og justert for folketall representerer svarene 68% av befolkningen.



Figur 1: Antall respondenter

I tillegg er det kommuner i alle fylker blant respondentene, og 7 av de 10 største kommunene har bidratt i kartleggingen.

Fylke	Antall kommuner
Agder	19
Innlandet	26
Møre og Romsdal	15
Nordland	28
Oslo	1
Rogaland	19
Troms og Finnmark	20
Trøndelag	17
Vestfold og Telemark	6
Vestland	23
Viken	38
Totalt	212

10 største kommuner	Folketall	Har svart
Oslo	709 037	Ja
Bergen	289 330	Nei*
Trondheim	212 660	Ja
Stavanger	146 011	Ja
Bærum	129 874	Ja
Kristiansand	115 569	Ja
Drammen	103 291	Nei
Asker	97 784	Nei
Lillestrøm	91 515	Ja
Fredrikstad	84 444	Ja

*Bergen har gjennomført en egen kartlegging tidligere som er sendt FKJ

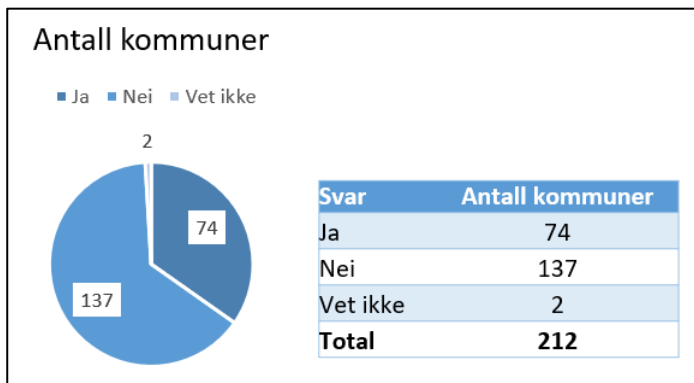
Figur 2: Geografisk fordeling

3.3.2. Spørsmål 1-6: Kartleggingen av eksisterende pasientjournalssystemer

Kartleggingen av hvilke systemer som er i bruk i kommunene viser at det er en stor spredning, både i hvilke systemer som er i bruk, hvilken versjon av systemene som brukes, samt hvilke systemer som brukes på hva. Gjennomgående bruker alle kommuner flere ulike systemer, noe som er med på å bekrefte den beskrivelsen som ligger til grunn for problemformuleringen i styringsdokumentet for øvrig. Dette må ikke nødvendigvis tolkes til at kommunene har mange ulike leverandører å velge mellom, men heller at de eksisterende løsningene kommer i et stort antall forskjellige versjoner og konfigurasjoner som er ulike på tvers av kommunene.

3.3.3. Spørsmål 7: Pårgår det i kommunen en anskaffelse av journalsystem innen noen av tjenestene under⁷?

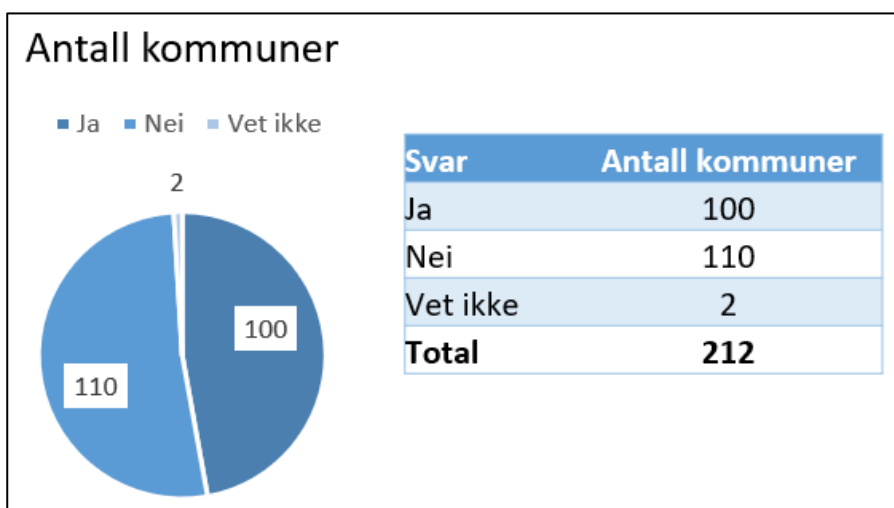
74 av de responderende kommune bekreftet at de per mars 2023 allerede var i gang med anskaffelser. Dette utgjør 35% av alle respondentene.



Figur 3: Pågående anskaffelser

3.3.4. Spørsmål 8: Er det planlagt en anskaffelse av journalsystem innen noen av tjenestene under⁸?

100 av de 212 responderende kommunene skal gå i gang med anskaffelser. Dette utgjør 47% av alle respondentene.



Figur 4: Planlagte anskaffelser

Oppsummert viser svarene fra spørsmål 7 og 8 at det er 162 forskjellige systemer som skal anskaffes, og at de fordeler seg som følger:

Type system	Antall
Pleie- og omsorgssystem	45
Legevaktssystem	33
Legekontorsystem	31
Helsestasjons- og skolehelsesystem	15

⁷ Pleie- og omsorgssystem, Legevaktssystem, Legekontorsystem, Helsestasjons- og skolehelsesystem, Fysioterapisystem, Fengselshelsetjenesten, og ØHD-system.

⁸ Pleie- og omsorgssystem, Legevaktssystem, Legekontorsystem, Helsestasjons- og skolehelsesystem, Fysioterapisystem, Fengselshelsetjenesten, og ØHD-system.

Fysioterapisystem	14
ØHD-system	14
Helseplattformen	6
Felles legevakt	2
Fengselshelsetjenesten	2
Total	162

Tabell 1: Antall systemer som anskaffes/skal anskaffes

3.3.5. Spørsmål 9: Hva er årsak til anskaffelse av nytt system⁹?

På dette spørsmålet kom det like mange svar som det var respondenter, men svarene varierer i veldig stor grad rundt de samme temaene. Hovedpunktene er at de anskaffer/skal anskaffe på grunn av følgende punkter:

- Dagens journalsystemer er for dårlig, har for dårlig funksjonalitet eller er utdatert
- Dagens journalsystemer er i ferd med, eller skal snart, avvikles («End of life», slutt på support)
- Kommunene er enten i ferd med, eller planlegger, å innføre Helseplattformen

Noen utvalgte sitater fra spørreundersøkelsen:

- «Ønsker felles system for legevakt, fengselshelsetjeneste og kommunale legekontor»
- «Det vi har er rett og slett elendig»
- «Legekantoret ønsker skytjeneste/program på grunn av behov for stabilitet i driften»
- «Avtale med eksisterende leverandør var gammel, og kommunen ønsker overgang til en skybasert løsning»
- «For gamle system og kontrakter»
- «Leverandør av EPJ innfrir ikke etter krava og ønska som var i forrige anbod»

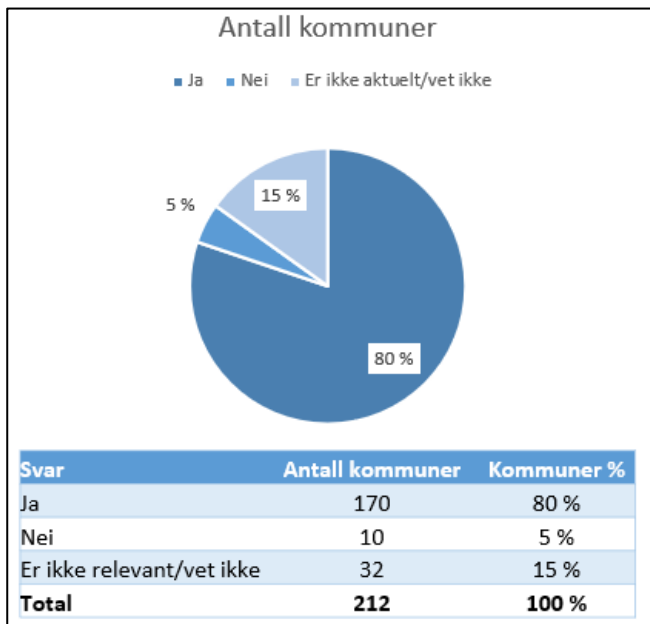
3.3.6. Gitt at man nå arbeider frem felles føringer og krav til anskaffelser, vil dere se på det som positivt for deres anskaffelsesprosesser?

En stor overvekt av de responderende kommunene gir uttrykk for at de ser positivt på dette arbeidet inn mot deres kommende anskaffelsesprosesser. Samlet sett utgjør dette 80% av respondentene, noe som illustrerer viktigheten av dette arbeidet.

15% av de som svarte skriver at de enten ikke vet eller ser noe relevans i dette arbeidet og det sammenfaller i ganske stor grad med at de ikke er på vei inn i en kommende anskaffelse.

Det er 5% som svarer nei på spørsmålet, og også for disse er det flere som ikke er i en anskaffelsessituasjon, i tillegg til at flere etter planen skal ta i bruk Helseplattformen, og flere er relativt små kommuner.

⁹ Pleie- og omsorgssystem, Legevaktsystem, Legekantorsystem, Helsestasjons- og skolehelsesystem, Fysioterapisystem, Fengselshelsetjenesten, og ØHD-system.



Figur 5: Positive/negative til arbeid med felles føringer

3.4. Vurdering av situasjonen

Kartleggingen ble gjennomført digitalt i en to uker lang periode i mars 2023. Resultatene gir derfor et uttrykk for situasjonen der og da, men det er nærliggende å anta at stadig flere kommuner over tid vil måtte gå i retning av nye anskaffelsesprosesser. Derfor er resultatene fra denne kartleggingen et godt tidsbilde av situasjonen nå, og erfaringen med arbeidet viser at dette relativt enkelt kan gjentas på et senere tidspunkt for å se utviklingen i trender og utvikling for kommunene.

Situasjonsbildet er sammenfallende med det som beskrives både av de enkelte kommuner og det som er dokumentert i styringsdokumentet for FKJ. Nemlig at en stor andel av kommunene ønsker å bytte ut sine journalsystemer, og at de har behov for endringer på flere områder knyttet til både anskaffelser, samordning og kravstilling.

Innholdet i kartleggingen ble utarbeidet i starten av arbeidsperioden, og stiller derfor spørsmål knyttet til «felles krav og føringer», mens dette har blitt omformulert i arbeidet til å innebære rammer og anbefalinger (som beskrevet i kapittel 1.1).

3.5. Relevante kartlegginger

3.5.1. Kartlegging i regi av Bergen kommune

Bergen kommune gjennomførte i starten av 2023 en tilsvarende undersøkelse av status for anskaffelser i sine nabokommuner, og oversendte resultatet av de totalt 25 svarene de mottok.

Undersøkelsen viser at det er fire forskjellige leverandører av EPJ-systemer i regionen (Aidn, HSPro/Visma, Dips og TietoEvry).

9 av 25 kommuner vet allerede nå at deres kontrakt med kommunenes leverandør av pleie- og omsorgsjournalsystem skal fornyes i løpet av de neste fire årene. 7 av de 25 kommunene indikerte også at det kunne være interessant å vite mer om de kommende utprøvningsinitiativene som foreslås i fortsettelsen av arbeidet med Felles kommunal journal.

3.5.2. Kartlegging av elektroniske pasientjournalssystemer og deres støtte for nasjonale e-helseløsninger – Direktoratet for e-helse

Direktoratet for e-helse slutførte i februar 2023 en mer detaljert kartlegging av EPJ-leverandørmarkedet¹⁰, for å styrke kunnskapsgrunnlaget, og for å legge til rette for videre arbeid med helseteknologiordningen og nasjonal e-helsestrategi. Undersøkelsen ble distribuert til 41 EPJ-leverandører, og fikk svar fra 38 av dem. Hovedfunnene i undersøkelsen er:

- Mange EPJ dekker flere brukergrupper, og markedet er i endring
- De fleste EPJ for brukergrupper med avklart tjenstlig behov har integrasjon med kjernejournal. Flertallet av EPJ uten integrasjon planlegges integrert innen Q3 2024
- De fleste EPJ har støtte for e-resept, unntatt flere EPJ for pleie- omsorgstjenester og tannleger. Flertallet planlegger støtte for e-resept innen utløpet av 2024
- EPJ-leverandører planlegger utvikling av støtte for pasientens legemiddelliste for aktuelle brukergrupper innen utløpet av 2024
- Tre EPJ innen pleie- og omsorgstjenester er integrert med Velferdsteknologisk knutepunkt

3.5.3. Kartleggingsarbeidet gjennomført i forbindelse med Akson-prosjektet

Akson¹¹ var et nasjonalt prosjekt som hadde som mål å etablere en nasjonal helseplattform for elektronisk samhandling og deling av pasientinformasjon mellom ulike aktører i helse- og omsorgssektoren. Kartleggingen av behov ble gjennomført for å identifisere og forstå behovene til ulike brukergrupper og interessenter i helse- og omsorgssektoren.

Kravene som ble tatt frem i løpet av det arbeidet vil derfor ha begrenset overføringsverdi til kommende anskaffelsesprosesser, men det danner likevel et godt bakteppe for arbeidet som er gjort etter Akson og eventuelt i forarbeid til kommende anskaffelser. Det anbefales å henvende seg til Direktoratet for e-helse dersom det er ønskelig med en mer detaljert gjennomgang av arbeidet som ble gjort i prosjektet.

Kartleggingen av behov som fordeler seg innenfor følgende kategorier:

- Brukerbehov:
 - Det ble gjennomført kartlegging av behovene til ulike brukergrupper, som helsepersonell, pasienter, pårørende og andre relevante aktører i helse- og omsorgssektoren. Dette inkluderte å identifisere behov for å kunne dele og få tilgang til pasientinformasjon på en effektiv og sikker måte, behov for tilgang til relevant og oppdatert pasientinformasjon i behandlings- og omsorgssituasjoner, behov for enkelhet og brukervennlighet i systemet, samt behov for å kunne kommunisere og samhandle elektronisk på tvers av organisatoriske og geografiske grenser.
- Interessentbehov:
 - Kartlegging av behovene til ulike interessenter i helse- og omsorgssektoren, som myndigheter, sykehus, kommuner, private aktører og andre relevante organisasjoner. Dette inkluderte å identifisere behov knyttet til interoperabilitet, standarder, juridiske og sikkerhetsmessige krav, samt behov for å kunne integrere eksisterende systemer og infrastruktur.
- Tekniske behov:
 - Kartlegging av tekniske behov og krav til den nasjonale samhandlingsplattformen, som for eksempel arkitektur, sikkerhet, skalering, integrasjoner og ytelse. Dette inkluderte å vurdere tekniske muligheter og begrensninger, samt behovet for å kunne tilpasse og oppgradere systemet over tid.
- Sikkerhetsbehov:
 - Kartlegging av behov knyttet til sikkerhet og personvern, for å sikre at den nasjonale samhandlingsplattformen oppfyller relevante lover, forskrifter og retningslinjer for

¹⁰ [Kartlegging av elektroniske pasientjournalssystemer og deres støtte for nasjonale e-helseløsninger | Direktoratet for e-helse](#)

¹¹ [Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning | Direktoratet for e-helse](#)

behandling av sensitive pasientdata. Dette inkluderte å vurdere behovet for autentisering, autorisasjon, kryptering og andre sikkerhetstiltak for å beskytte pasientinformasjonen og hindre uautorisert tilgang.

- Organisatoriske behov:
 - Kartlegging av behov og krav knyttet til organisatoriske prosesser, arbeidsflyt og kultur i helse- og omsorgssektoren. Dette inkluderte å identifisere behov for opplæring, endringsledelse, organisatorisk omstilling og samarbeid mellom ulike aktører for å kunne ta i bruk og utnytte helsedata på en effektiv måte.

Formålet var å få en helhetlig forståelse av behovene til ulike brukergrupper og interessenter, og bruke denne innsikten til å utvikle en nasjonal helseplattform som kunne møte de identifiserte behovene på en best mulig måte. Direktoratets oversikt ble oppsummert i en liste på nærmere 400 krav, og favner elementer fra alle kategoriene over. Denne listen dannet bakgrunnen for det arbeidet som er gjennomført og dokumentert her, og er også på et mer detaljert nivå. Det gjør det noe mindre tilgjengelig for kommunene som skal i gang med anskaffelser, og det er i tillegg fra noen år tilbake. Det er likevel et solid stykke arbeid som kan fungere godt som en referanse katalog, og inspirasjon, for kommende anskaffelsesprosesser.

4. FELLES RAMMER OG ANBEFALINGER

4.1. Innledning

Med bakgrunn i oppgavebeskrivelsen, har arbeidsgruppen utarbeidet temaer, med underpunkter, som vil kunne være til hjelp for kommuner som enten er på vei inn i, eller vurderer å igangsette, prosesser for anskaffelse av EPJ-systemer. Det er mange, og til dels svært ulike, tjenestoområder i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i denne versjonen av dokumentet er anbefalingene forsøkt beskrevet på en måte som er like relevant for alle områdene.

Det er samarbeidprosjektets mål at dette skal fungere som en hjelp i kommunenes anskaffelsesprosesser, skape felles retning, og at det vil gi leverandørmarkedet en klarere forståelse av forventninger og rammer de vil måtte forholde seg til i kommende anskaffelser. Det endrer likevel ikke på det faktum at det er kommunenes ansvar å anskaffe løsninger som dekker deres behov og som er innenfor gjeldende rammer og regelverk.

De viktigste prinsippene som prosjektet og kommunene ønsker å legge til rette for, og oppfordre til, er at kommunene skal beskrive behov og at markedet skal komme med løsninger, at kommunenes krav om å skille data og funksjonalitet/applikasjon tas til følge, og at EPJ-systemer må kunne dele informasjon via en felles plattform. Dette vil i tillegg kunne bidra til at byttekostnader fra et system til et annet senkes ved at data enklere kan overføre sine data til EPJ-systemer tilknyttet plattformen

Som det ble pekt på i kapittel 1.2 er det avgjørende å forstå at dette ikke er en liste over uttømmende krav fra samarbeidprosjektet FKJ, men en felles oversikt over anbefalinger til hva kommuner burde vurdere å hensynta når de skal i gang med anskaffelser. Disse anbefalingene skal veilede kommunene slik at kravene de selv stiller kan bidra til å realisere målbildet til FKJ.

4.2. Arbeidsmetode

Arbeidsgruppen har jobbet med listen over rammer og anbefalinger gjennom hele perioden. Denne er delt i tre deler.

Første del besto av å gjennomgå eksisterende anbefalinger og rammer fra FKJs styringsdokument, i tillegg til å se til kravspesifikasjonsarbeidet som ble gjort i forbindelse med Akson-prosjektet. Det var viktig å se spesielt hen til disse dokumentene i oppstarten, for å sikre at kommunenes anskaffelser er i tråd med målbildet beskrevet i styringsdokumentet.

Andre del innebar at prosjektdeltagerne tok med seg resultatene fra første del tilbake til egne kommuner. Der ble det arbeidet med verifisering og videre detaljering av de rammene og anbefalingene kommunene anså som relevante å ha med i den felles oversikten. Resultatene ble innarbeidet i listen over rammer og anbefalinger, som deretter ble sendt til følgende mottagere for å få deres innspill:

- Direktoratet for eHelse
- NHH
- KS

Tredje og siste del besto av å gå gjennom tilbakemeldingene fra de overnevnte internt i arbeidsgruppen, for deretter å bli enige om listens endelige innhold. I tillegg ble det gjennomført dialog med bransje- og klyngeledere samt leverandører, for å gi en innføring i arbeidet som har blitt gjennomført.

4.3. Liste over rammer og anbefalinger

I dette kapitlet presenteres listen over de rammer og anbefalinger som har blitt utarbeidet i løpet av våren 2023. Listen er delt i fire kategorier der hver kategori innledes med en beskrivelse av hvordan de enkelte punktene skal leses. Dette er de samme kategoriene som er brukt i KS' tilsvarende initiativer for felles anbefalinger for anskaffelser som det arbeides med på legemiddelområdet og velferdsteknologiområdet. Kategoriene er:

- Lover og forskrifter
- Nasjonale standarder og strategier av betydning for journalområdet
- Funksjonelle behov
- Tekniske og arkitekturmessige rammer

For den enkelte kommune er det viktig å gjøre en selvstendig vurdering av bruken av ord som «skal», «må», «bør» etc., ettersom det vil kunne vurderes ulikt fra en anskaffelse til en annen. Den innledende teksten er veiledende, for enklere å kunne forstå den kontekstuelle sammenhengen. I tillegg er hvert punkt kort forklart, og det oppfordres til å gjøre egne vurderinger og tolkninger for hvert punkt og dets relevans.

Punktene i dette kapitlet er ikke uttømmende, og hver kommune er selvstendig ansvarlig for at anskaffelsene gjennomføres på lovlig vis. Dette er særlig viktig knyttet til de lovmessige kravene i første og andre underkapittel.

4.3.1. Lover og forskrifter

Systemet skal til enhver tid oppfylle og være i tråd med:

#	Anbefaling	Forklaring
1	Aktuelle og relevante lover og forskrifter	Det er anskaffende kommune og leverandørs ansvar å påse at alle lover og forskrifter følges. Det er krav at løsningen etableres innenfor gjeldende rett, bl.a. krav i helsepersonelloven, pasientjournalloven og pasientjournalforskriften. Dette er ikke en uttømmende liste over kravene.
2	Føringer i personvernforordningen/GDPR	Beskyttelse av personvernopplysninger er viktig. Helseopplysninger er veldig ofte sensitive og hvordan de behandles er regulert gjennom personvernforordningen, i tillegg til blant annet lovene nevnt i punktet over. At disse reglene følges er avgjørende for tillitten mellom pasient/bruker og behandler, i tillegg til at brudd på regelverket medfører betydelige sanksjoner.
3	Fremtidige forordninger som følger av EØS-avtalen, eksempelvis EHDS og MyHealth@EU	EHDS (European Health Data Space) er et kommende initiativ fra EU som har som formål å fremme forskning, innovasjon og forbedre helsehjelp. Forordningen er ikke endelig vedtatt, men det anbefales å se til arbeidet når det skal vurderes hvilke krav som skal legges til grunn.

		MyHealth@EU er et europeisk prosjekt som fokuserer på å fremme samarbeid og utveksling av elektronisk pasientjournalinformasjon på tvers av europeiske land. Norge har besluttet å knytte seg til dette.
--	--	--

Tabell 2: Lover og forskrifter

4.3.2. Nasjonale standarder og strategier av betydning for journalområdet

Systemet skal til enhver tid oppfylle og forholde seg til:

#	Anbefaling	Forklaring
4	Normens ¹² relevante krav til informasjonssikkerhet og personvern	Se særlig « <i>Hvordan bruke Normens krav i anskaffelser</i> » ¹³
5	Referansekatalogen for e-helse ¹⁴	Blant annet standarder for elektronisk kommunikasjon med pleie- og omsorgstjenester
6	Kommunal sektors ambisjoner på e-Helseområdet ¹⁵	Felles plan- og rammeverk har som målsetning å tydeliggjøre kommunal sektor sine interesser og behov i samhandling med nasjonale myndigheter, helseaktører og næringsliv. Samtidig skal de bidra til å sette kommunene i stand til å foreta felles prioriteringer i samarbeidet med nasjonale myndigheter.
7	Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren ¹⁶	Nasjonal e-helsestrategi er helse- og omsorgssektorens felles strategi for digitalisering, og skal bidra til felles overordnede prioriteringer og økt gjennomføringsevne på e-helseområdet i Norge.
8	Støtte for bruk av kommunale og nasjonale felleskomponenter og e-helseløsninger. Både eksisterende og støtte for ved innføring av nye	For eksempel FIKS-tjenester, Folkeregisteret, elektronisk meldingsutveksling, VKP, Kjernejournal etc.
9	Standarder for åpne grensesnitt for integrasjon med andre systemer og 3. part	For eksempel HL7 FHIR, OpenEHR, og ICD-10/11)
10	NHNs rammeverk for tillitstjenester	Prosjekt: Tillitstjenester, API-håndtering og grunddata (TAG) ¹⁷

Tabell 3: Nasjonale standarder og strategier av betydning for journalområdet

¹² [Normen – Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren | Direktoratet for e-helse](#)

¹³ [Oversikt over Normens krav og mapping mellom ISO, CCM og Normen | Direktoratet for e-helse](#)

¹⁴ [Referansekatalogen for e-helse | Direktoratet for e-helse](#)

¹⁵ [Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet | Direktoratet for e-helse](#)

¹⁶ [Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren | Direktoratet for e-helse](#)

¹⁷ [Prosjekt: Tillitstjenester, API-håndtering og grunddata \(TAG\) | Direktoratet for e-helse](#)

4.3.3. Funksjonelle behov

Systemet skal legge til rette for prinsipper som blant annet:

#	Anbefaling	Forklaring
11	Funksjonalitet og struktur som ivaretar helsepersonellens lovpålagte dokumentasjonsplikt	Norsk helsepersonell har en lovpålagt dokumentasjonsplikt i henhold til helsepersonelloven, pasientjournalloven og pasientjournalforskriften. Dokumentasjonsplikten innebærer at helsepersonell er pålagt å dokumentere relevant informasjon om pasientbehandlingen og pasientens helsehistorie i pasientjournalen.
12	Støtte flere tjenesteområder og arbeidsprosesser	Systemene burde blant annet kunne støtte flere tjenesteområder som for eksempel: <ul style="list-style-type: none">• Pasientbehandling• Kommunikasjon og samarbeid• Kvalitetssikring og forskning• Pasientsikkerhet og rettigheter Dette vil også kunne gi støtte til lokale arbeidsprosesser, som også inkluderer administrasjon og organisering av den lokale helsetjenesten
13	Støtte for samhandling mellom helsepersonell for pasientflyt, basert på tjenstlig behov på tvers av behandlingsnivåer og virksomheter	EPJ-systemer bidra til god pasientflyt ved å legge til rette for rask og effektiv tilgang til pasientinformasjon, støtte kommunikasjon og samhandling, automatisere rutineprosesser, gi beslutningsstøtte til helsepersonell, og involvere pasienter i sin egen omsorg. Det er viktig at tjenstlig behov ligger til grunn for tilgangen til pasientinformasjon.
14	Mulighet for at innbygger får tilgang til sin journalinformasjon og støtte for samhandling med innbyggere, som inkluderer pårørende (med mulighet for tekst og video)	Det viktig at innbyggere i norske kommuner har tilgang til sin egen journalinformasjon for å fremme pasientautonomi, sikre kontinuitet i omsorgen, forbedre sikkerhet og kvalitet, støtte effektiv kommunikasjon og samarbeid, og øke bevisstheten om personvern og datasikkerhet. Dette kan bidra til å forbedre pasientopplevelsen.
15	Mulighet for å ta ut statistikk og analyser i rapporter for ledere og ansatte på ulike nivå basert på variabler/informasjonselementer i EPJ, både for oversikt og beslutningsstøtte	For eksempel antall brukere med ulike tjenester, risikogrupper for koronavaksinering osv.
16	Støtte for automatisk rapportering av data for styring som KPR (Kommunalt pasient- og brukerregister), men også andre styringssystem og til ulike felles/nasjonale registre.	EPJ-systemer burde ha støtte for automatisk rapportering av data for styring, gjennom automatisert datainnsamling, dataintegrasjon, automatiserte rapporteringsverktøy, regelbasert varsling og påminnelser, datakvalitetskontroller, og automatisert datautveksling. Dette kan bidra til å effektivisere rapporteringsprosesser og sikre at nødvendig

#	Anbefaling	Forklaring
		informasjon blir rapportert korrekt og i henhold til gjeldende retningslinjer
17	Støtte for at helseaktører og helsepersonell skal kunne følge opp for eksempel velferdsteknologiske løsninger og digital hjemmeoppfølging	<p>Burde kunne støtte helsepersonell ved å integrere data fra ulike kilder, generere automatiske varsler og alarmer, analysere og tolke data, støtte kommunikasjon og samhandling, inkludere automatiserte retningslinjer og behandlingsplaner, samt bidra til dokumentasjon og rapportering av data.</p> <p>Dette kan hjelpe helsepersonell med å få en helhetlig oversikt over pasientens tilstand, identifisere potensielle problemer, planlegge og gjennomføre nødvendige tiltak, samt sikre god kommunikasjon og samarbeid rundt pasientens oppfølging.</p> <p>Se også om VKP¹⁸</p>
18	Tilgangsstyring for ansatte, pasienter/brukere og pårørende og andre i ulike roller (rollebasert tilgangsstyring)	Rollebasert tilgangsstyring er viktig i kommunal helseoppfølging blant annet fordi det bidrar til personvern og datasikkerhet, begrenser tilgangsnivåer (kun de som har behov for å se dataene har tilgang), optimaliserer ressursstyring, samt bidrar til kvalitetssikring av tjenestene som leveres (reduserer risikoen for feil og misforståelser).
19	Mulighet for fleksibilitet i bruk av EPJ-systemet (tilpasning)	<p>Tilpasningsevne og fleksibilitet er viktig for EPJ-systemer fordi de må kunne tilpasses ulike helsepersonell- og pasientgrupper (hver pasient er unik, forskjellige kliniske spesialiteter har ulike behov), endringer i helsepraksis (retningslinjer og reguleringer er i stadig endring), organisatorisk variasjon (kommuner varierer i størrelse, struktur, geografi og arbeidsprosesser), og systemene må kunne skalere over tid.</p> <p>Dette bidrar til bedre pasientbehandling, samhandling og effektivitet i kommunene.</p>
20	Automatisering	<p>Automatisering kan ha ulike anvendelser for å forbedre effektivitet, nøyaktighet, og kvalitet i ulike prosesser og tjenestoområder. Det kan eksempelvis være:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Automatisering av journaler (opprette, oppdatere, redusering av feil etc.) • Automatisert diagnostikk og behandlingsplanlegging • Automatiserte laboratorieprosesser • Pasientadministrasjon og ressursstyring

¹⁸ [Velferdsteknologisk knutepunkt | Norsk Helsenet](#)

#	Anbefaling	Forklaring
		<ul style="list-style-type: none"> • Automatisert overvåking og varsling
21	Intuitive arbeidsflater	<p>Intuitive arbeidsflater kan forbedre brukervennligheten og effektiviteten i arbeidsprosessene til helsepersonell.</p> <p>Intuitivt design må være basert på en grundig forståelse av brukernes behov og arbeidsprosesser. Brukervennlighetstesting og kontinuerlig forbedring bør være en del av implementeringsprosessen fra leverandørens side</p>

Tabell 4: Funksjonelle behov

4.3.4. Tekniske og arkitekturmessige rammer

Systemet skal:

#	Anbefaling	Forklaring
22	Ha mulighet til å kunne aksessere og presentere informasjon fra annen datakilde enn egen database	<p>Dette er et viktig punkt fra konseptet og styringsdokumentet, og ligger til grunn for det fremtidige målbildet i FKJ.</p> <p>Inkluderer også mulighet til å knytte seg til nasjonale ehelse-løsninger.</p>
23	Ha mulighet til å eksportere strukturerte og ustrukturerte data til andre datakilder enn egen database	<p>Dette er et viktig punkt fra konseptet og styringsdokumentet, og ligger til grunn for det fremtidige målbildet i FKJ.</p>
24	Kunne bruke HelseID som påloggingsmetode for å sikre autentisering (tilgang) og autorisering (rettigheter) for helsepersonell	<p>En felles innloggingsløsning for norske helseaktører, utviklet av Direktoratet for e-helse. Er en sikker digital identitetsløsning som brukes for å autentisere helsepersonell og andre autoriserte brukere som trenger tilgang til elektroniske tjenester og systemer.</p> <p>Dette omfatter også ønsket om single sign-on, og mulighet til å kunne sømløst navigere til samme pasient fra en løsning til en annen</p>
25	Kunne bruke IDPorten for innbyggere	<p>Er en felles innloggingsløsning for norske innbyggere som brukes til å autentisere seg og få tilgang til ulike digitale offentlige tjenester på nett. Er utviklet av Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) på vegne av flere offentlige virksomheter i Norge.</p>
26	Kunne loggføre aktivitet knyttet til bruk og innsyn i pasientinformasjon	<p>Loggføring av aktivitet er viktig for å sikre pasientsikkerhet, oppfylle dokumentasjonskrav, støtte kvalitetsforbedring og forskning, og bidra til rettslig ansvar og ansvarlighet. Det er en viktig praksis for å sikre pålitelig og kvalitetsmessig behandling av pasienter, og oppfylle kravene i norsk helselovgivning.</p>

#	Anbefaling	Forklaring
27	I så stor grad som mulig være skybaserte	<p>I tråd med Nasjonal strategi for bruk av skytjenester¹⁹</p> <p>Skybaserte tjenester:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er skalerbare og fleksible • Kan muliggjøre enkel deling av data mellom ulike aktører • Kan ha høyt sikkerhetsnivå og robuste beskyttelsesmekanismer for å beskytte dataene mot uautorisert tilgang, tap eller misbruk • Kan bli oppdatert og vedlikeholdt av leverandøren jevnlig, uten at det krever stor innsats fra kommunen • Kan potensielt redusere kostnader forbundet med infrastruktur, utstyr, vedlikehold og oppgraderinger
28	Kunne støtte standarder og rammeverk som for eksempel SMART on FHIR, samt bidra til ytterligere standardisering	<p>Standarder bidrar til å sikre at ulike systemer og applikasjoner kan kommunisere og samhandle sømløst.</p> <p>SMART on FHIR er en standard for å utvikle og distribuere apper (programmer) som kan integreres med EPJ-systemer. Dette kan være med på å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legge til rette for interoperabilitet (dele og utveksle data sømløst mellom forskjellige systemer) • App-økosystem (kan stimulere til innovasjon og forbedre tilgangen til nyttige verktøy og funksjonalitet for helsepersonell og pasienter) • Gi pasient/bruker en styrket rolle i egen helsehåndtering ved å gi dem mulighet til å engasjere seg mer i egen helse • Styrke internasjonalt samarbeid, blant annet gjennom erfaringsutveksling, deling av beste praksis og innovasjoner
29	Sikre kommunalt eierskap av data	Dette innebærer at data skal lagres på en slik måte at ingen del av dataene er tilgjengelig for personer eller systemer utenfor kommunens kontroll og autorisasjon. I dette ligger det også implisitt at all data skal lagres innenfor EØS-området, og at det ikke skal være mulig for utenlandske myndigheter å få innsyn i dataene.
30	Utformes i henhold til referansearkitektur for e-helsetjenester i kommunal sektor ²⁰	Retning og rammer for arkitekturarbeid knyttet til e-helse i kommunal sektor er

¹⁹ [Nasjonal strategi for bruk av skytjenester | Regjeringa](#)

²⁰ [Referansearkitektur for e-helsetjenester | KS](#)

#	Anbefaling	Forklaring
		beskrevet i en egen referansearkitektur. Referansearkitekturen benyttes av personer som arbeider med modernisering av helsetjenestene i kommunal sektor og samarbeidspartnere i statlige og private virksomheter
31	Ha en plattformtilnærming hvor det er skille mellom informasjon og funksjonalitet	Dette betyr skille mellom data og applikasjon, ref. beskrivelsene i styringsdokumentet til FKJ
32	Tilrettelegge for at EPJ-systemet er en del av et digitalt økosystem	EPJ-systemer som er del av et digitalt økosystem bidrar til: <ul style="list-style-type: none"> • Interoperabilitet: Deling av pasientdata og annen helseinformasjon på tvers av helseaktører • Effektivitet og produktivitet: Automatisere arbeidsprosesser, redusere manuell datainngang og papirarbeid, og øke effektiviteten • Pasientsentrert omsorg: Legger til rette for pasientdeltakelse i helsehåndtering, og gir pasientene enklere tilgang til sin egen helseinformasjon • Innovasjon og fleksibilitet: Stimulerer til innovasjon, integrasjon av nye teknologier og skaper et dynamisk marked for digitale helseprodukter og -tjenester.
33	Bruke åpne API-er som muliggjør integrasjon med andre system for utveksling av data og/eller for utførelse av oppgaver, og tilgjengeliggjøre disse	Åpne API-er kan tillate ulik programvare og applikasjoner å kommunisere og samhandle sømløst, noe som forenkler integrasjon mellom forskjellige systemer. Dette gjør også at tredjeparter kan utvikle nye løsninger i tilknytning til de eksisterende, og vil på sikt kunne gi flere valgmuligheter, øke brukeropplevelsen fremme innovasjon. Dette gir også mulighet til å benytte andre leverandører for ulike oppgaver, for eksempel som planleggingsverktøy.
34	Ha mulighet for tilgang til ulike typer data og støtte på ulike flater	For eksempel på mobil, nettbrett, tavler, flere PC-skjermer, klokker etc.
35	Ha mulighet for lagring av film og bilde som dokumentasjon og for samhandling	Lagring av film og bilde i norsk helse kan støtte samhandling ved å muliggjøre deling av medisinske bilder og filmer mellom helseaktører for diagnostikk, behandlingsplanlegging, fjernkonsultasjon, pasientinvolvering, opplæring og forskning. Dette kan bidra til raskere og mer effektiv helsehjelp, pasientinvolvering, tverrfaglig samarbeid, opplæring og forskning.

Tabell 5: Tekniske og arkitekturmessige rammer

4.4. Anbefalinger til kommunale anskaffelsesprosesser

4.4.1. Anbefalinger til kommunal anskaffelsesprosess

Det er flere suksesskriterier for kommunale anskaffelsesprosesser, og helt generelt kan det nevnes at det i en skiftende tid kan være lurt å legge inn så stor grad av fleksibilitet knyttet til løsning og tid i anbud og avtaler. I det følgende beskrives noen av de viktigste faktorene:

- Klar definisjon av behov:
 - Det er viktig å ha en grundig og klar definisjon av behovene og kravene til Pasientjournalssystemet i anskaffelsesprosessen. Dette inkluderer å identifisere og beskrive funksjonaliteter, egenskaper, integrasjonskrav, og sikkerhetskrav som er nødvendige for å møte kommunens behov for pasientjournalhåndtering og helse- og omsorgstjenester. Dette handler om at kommunene burde beskrive behovene, og la det være opp til leverandørene å beskrive løsningene
- Kvalifikasjonskrav til leverandører:
 - Kommunen bør sette kvalifikasjonskrav til potensielle leverandører av pasientjournalssystemer Dette inkluderer krav til erfaring, kompetanse, referanser, og økonomisk kapasitet for å sikre at leverandøren er pålitelig og kvalifisert til å levere et pålitelig og trygt system
- Sikkerhet og personvern:
 - Sikkerhet og personvern er viktige aspekter ved pasientjournalssystemer, og bør være nøye vurdert i anskaffelsesprosessen. Kommunen må stille krav til leverandøren om å oppfylle relevant lovgivning og standarder for datasikkerhet, personvern og informasjonssikkerhet for å sikre at pasientdata håndteres på en trygg og sikker måte.
- Brukervennlighet og tilpasningsevne:
 - Pasientjournalssystemet må være brukervennlig og kunne tilpasses kommunens arbeidsprosesser og arbeidsflyt. Leverandøren bør kunne demonstrere hvordan Pasientjournalssystemet kan tilpasses kommunens behov og hvordan det vil integreres i eksisterende arbeidsprosesser og IT-infrastruktur.
- Støtte og vedlikehold:
 - Kommunen bør vurdere leverandørens evne til å yte støtte og vedlikehold for pasientjournalssystemet etter implementering. Dette inkluderer tilgjengelighet for brukerstøtte, opplæring, oppdateringer og videreutvikling av systemet.
- Økonomi og kostnadseffektivitet:
 - Kostnadseffektivitet og økonomi er viktige faktorer i anskaffelsesprosessen. Kommunen bør vurdere totalkostnaden for pasientjournalssystemet over systemets levetid, inkludert anskaffelseskostnader, driftskostnader, oppgraderingskostnader og eventuelle lisenskostnader.
- Samarbeid og dialog med leverandører:
 - Kommunen bør legge til rette for samarbeid og dialog med potensielle leverandører gjennom anskaffelsesprosessen. Dette kan inkludere prekvalifisering, dialogbaserte anskaffelser, og mulighet for å få innspill og demonstrasjoner fra leverandører for å kunne ta informerte beslutninger.

4.4.1.1. Innovative anskaffelser

Innovative anskaffelser kan brukes som en mulig strategi i anskaffelser av pasientjournalssystemer. Det er opp til den enkelte kommune å vurdere hvilken strategi som skal legges til grunn, men dersom innovative anskaffelser er aktuelt vil den potensielt kunne utformes på en måte som oppfordrer til innovasjon. For eksempel ved å inkludere krav om innovative løsninger eller tjenester i anbudsdokumentene. Dette kan stimulere til kreativitet og nyskaping blant leverandørene, og bidra til å identifisere og anskaffe de mest innovative EPJ-systemene. I tillegg kan det være:

- Dialogbaserte anskaffelser:
 - Dialogbaserte anskaffelser er en metode der det gjennomføres en dialog mellom oppdragsgiver og leverandører i forkant av anbudsprosessen. Dette kan brukes til å utforske mulige innovative løsninger, avklare behov, og få innspill fra markedet før

selve anskaffelsen starter. Dette kan bidra til å identifisere og anskaffe EPJ-systemer med innovative funksjoner og løsninger.

- Åpne innovasjonsprosesser:
 - Åpne innovasjonsprosesser innebærer å åpne opp for eksterne aktører, som forskningsinstitusjoner, start-ups, og andre innovative selskaper, for å bidra med ideer og løsninger i anskaffelsesprosessen. Dette kan bidra til å identifisere og anskaffe EPJ-systemer med nye og innovative tilnærminger til helse- og omsorgstjenester.
- Krav om innovasjon i kontrakten:
 - Kontrakten med leverandøren kan inkludere krav om innovasjon, for eksempel gjennom krav om utvikling av nye funksjoner, oppdateringer eller forbedringer i EPJ-systemet over tid. Dette kan bidra til å stimulere til kontinuerlig innovasjon og forbedring av EPJ-systemet.
- Testing av innovative løsninger:
 - Kommunen kan også benytte testing og pilotprosjekter av innovative EPJ-systemer før de tas i full bruk. Dette kan bidra til å evaluere og verifisere funksjonaliteten, brukervennligheten og nytteverdien av innovative løsninger før de implementeres bredt.
- Samarbeid med innovasjonsmiljøer:
 - Kommunen kan også inngå samarbeid med innovasjonsmiljøer, som akademiske institusjoner, helseinkubatorer, eller helseklynger, for å identifisere og anskaffe innovative EPJ-systemer. Slike samarbeid kan bidra til å hente inn ekspertise og erfaring fra det innovative miljøet, og sikre tilgang til de nyeste og mest innovative løsningene.

4.4.2. Kommunalt samarbeid om anskaffelser

Samarbeid mellom kommuner om anskaffelser av pasientjournalssystemer kan være en effektiv måte å oppnå stordriftsfordeler, økonomiske besparelser og bedre kvalitet på tjenestene. En rapport utarbeidet for Nærings- og fiskeridepartementet av Oslo Economics, med Inventura og NIVI Analyse (2020-2021), viser at ca. 70 prosent av landets kommuner deltar i til sammen 36 formaliserte, helhetlige innkjøpssamarbeid²¹. Her er noen mulige måter kommuner kan samarbeide om anskaffelser av pasientjournalssystemer:

- Felles anbud:
 - Kommuner kan gå sammen om å utarbeide et felles anbudsdokument som spesifiserer kravene til pasientjournalssystemet. Dette kan inkludere funksjonalitet, sikkerhet, brukervennlighet, og annet relevant innhold. Det felles anbudet kan deretter sendes ut til potensielle leverandører, og kommunene kan samarbeide om evalueringen av tilbudene og valget av leverandør.
- Interkommunale samarbeid:
 - Kommuner kan danne interkommunale samarbeid, for å håndtere anskaffelsen av pasientjournalssystemet sammen. Dette kan innebære opprettelse av en felles organisasjon eller enhet som er ansvarlig for å lede anskaffelsesprosessen, forhandle med leverandører, og følge opp kontrakten på vegne av deltakende kommuner.
- Erfaringsdeling og samarbeid:
 - Kommuner kan også samarbeide ved å dele erfaringer, kunnskap og beste praksis relatert til anskaffelser av pasientjournalssystemer. Dette kan inkludere deltakelse i nettverk, workshops, eller konferanser der kommuner kan utveksle informasjon, diskutere utfordringer og lære av hverandres erfaringer.
- Standardisering:
 - Kommuner kan arbeide for å etablere standarder for pasientjournalssystemer, for eksempel standardiserte kravspesifikasjoner eller interoperabilitetsstandarder. Dette kan bidra til å forenkle anskaffelsesprosessen, redusere kompleksiteten og kostnadene

²¹ Innkjøpssamarbeid i kommunesektoren | Regjeringen

ved å evaluere ulike systemer, og muliggjøre enklere utveksling av data og informasjon mellom ulike kommuner og helseaktører.

Det er viktig å merke seg at samarbeid mellom kommuner i anskaffelsesprosesser av pasientjournalssystemer kan ha sine egne utfordringer, som for eksempel koordinering av aktiviteter, konsensus på krav, og juridiske aspekter knyttet til kontraktinngåelse og forvaltning. Det er derfor viktig å vurdere fordeler og ulemper nøye, og søke juridisk og faglig rådgivning når det er nødvendig.

4.4.3. Dokumentasjon fra leverandørene

Det er viktig at leverandørers informasjons- og datamodeller for pasientjournalssystemer blir nøye vurdert, og at det stilles relevante spørsmål, blir gjennomgått dokumentasjon, og at det gis tilstrekkelig innsikt før det tas en endelig beslutning om anskaffelse av et nytt system. Dette er en oppgave som neppe vil være aktuell, mulig eller hensiktsmessig for enkeltkommuner å gjennomføre, og da bør det vurderes om en sentral aktør kan gjøre jobben med å koordinere dette arbeidet. En fordel med dette er at når det er gjennomført for ett system én gang vil det kunne brukes av andre også. Det vil kunne være hensiktsmessig å involvere relevant fagpersonell og eksperter i evalueringen av leverandører og deres informasjons- og datamodeller for å sikre at beslutningen er basert på solid innsikt og faglig kompetanse. Tilsvarende er det viktig at leverandørene bidrar med dokumentasjon for hvordan sikkerhet og personvern er ivaretatt, i tillegg til at de besvarer kravene på en tilfredsstillende og forståelig måte.

For å få innsikt i leverandørers informasjons- og datamodeller for pasientjournalssystemer, kan det for eksempel benyttes følgende metoder:

- Markedsundersøkelser:
 - Gjennomføre markedsundersøkelser for å identifisere potensielle leverandører av pasientjournalssystemer. De kan også kontakte eksisterende brukere av pasientjournalssystemer for å få anbefalinger og erfaringer fra andre kommuner.
- Dokumentasjon fra leverandører:
 - Kan be om dokumentasjon fra leverandørene angående deres informasjons- og datamodeller for pasientjournalssystemer. Dette kan inkludere tekniske spesifikasjoner, arkitektur- og designbeskrivelser, standarder som leverandøren følger, og andre relevante dokumenter. Det kan også spørres om referansekunder og kontakte dem direkte for å få innsikt i leverandørens informasjons- og datamodeller.
- Demopresentasjoner:
 - Kan be om demopresentasjoner fra leverandørene der de viser sine informasjons- og datamodeller i aksjon. Dette kan gi en visuell forståelse av hvordan systemet fungerer, hvordan informasjon og data er organisert og presentert, og hvordan de kan tilpasses kommunens behov.
- Pilotprosjekter:
 - Kan også vurdere å gjennomføre pilotprosjekter med utvalgte leverandører for å få førstehåndsføring med deres informasjons- og datamodeller. Dette kan være en effektiv måte å teste systemet i praksis og evaluere om det møter kommunens behov og forventninger.
- Brukergrupper og referansebesøk:
 - Kan delta i brukergrupper eller referansebesøk hos eksisterende brukere av pasientjournalssystemer som er levert av aktuelle leverandører. Dette kan gi muligheten til å lære av andres erfaringer med leverandøren og deres informasjons- og datamodeller.

5. ANBEFALINGER OM VEIEN VIDERE

5.1. Plan for videre arbeid

Det er samarbeidsprosjektets anbefaling at arbeidet som ble startet opp i FKJ, og fortsatte i regi av denne arbeidsgruppen, videreføres langs de aksene dette dokumentet skisserer. Kartleggingen av den kommunale anskaffelsessituasjonen viser at det er et stort antall kommuner som skal i gang med anskaffelser av pasientjournalssystemer i de kommende årene, og alle indikasjoner peker på at stadig

flere kommuner vil befinne seg i samme situasjon. Tilsvarende har tilbakemeldingene til arbeidsgruppen undervis i arbeidet nærmest unisont gitt uttrykk for at arbeidet med å forbedre, klargjøre og klargjøre listen over felles rammer og anbefalinger må fortsette.

For den organisasjonen som skal fortsette arbeidet vil det være avgjørende å etablere en prosjektplan med alle eller deler av de følgende elementene:

- Prosjekt mål og -målsettinger:
 - a. En klar beskrivelse av hva prosjektet har som mål og hva det ønsker å oppnå. Disse målene burde reflektere ønsket om bedre og mer detaljerte krav,
- Prosjektomfang:
 - a. En detaljert beskrivelse av omfanget av prosjektet, inkludert hva som skal dekkes og ikke i det videre arbeidet
- Prosjektorganisasjon:
 - a. En oversikt over prosjektets organisasjon, inkludert roller og ansvar, for eksempel prosjektdeltagere, kommunale representanter, KS-representanter osv., samt ressursplaner for organisasjonen
- Tidsplan:
 - a. En tidsplan som viser overordnet fremdriftsplan, inkludert milepæler, aktiviteter, start- og sluttdatoer, og avhengigheter mellom aktiviteter
- I tillegg kan prosjektplanen blant annet også inneholde risikohåndteringsplan, kommunikasjonsplan og budsjetter

Etableringen av en plan som beskrevet vil være avhengig av den organisasjonen arbeidet skal videreføres i, og det anbefales også at den detaljerte planleggingen gjøres når det er nødvendig. Det er oftest lurt å etablere detaljerte planer på et senere tidspunkt, både fordi en vet mer på et senere tidspunkt og at senere planlegging gir større fleksibilitet og forhindrer overallokering i tidlig fase.

5.2. Forslag til videre organisering

Det videre arbeidet med felles rammer og anbefalinger til anskaffelser anbefales i første omgang lagt til den samme sentrale organisasjonen som skal jobbe videre med felles journalløft. Dette arbeidet bør være nært knyttet til KS eHelse, som allerede har flere sammenfallende og komplementære oppgaver. Tilsvarende vil det også kunne undersøkes mulighet for et samarbeid med blant andre LUP.

En viktig del av dette arbeidet vil være å bruke læringen som oppnås i arbeidet med utprøvinger til å forbedre listen over rammer og anbefalinger, og på sikt vil det også kunne være et videre steg mot å realisere markedsplassen. Gitt at arbeidet om felles anskaffelser skal videreføres, vil det arbeidet måtte bli en del av ansvarsområdet for sentral prosjektorganisasjon.

Gitt at det er mulig å finansiere en fortsettelse av dette arbeidet er det sannsynlig at det vil kunne gi positive effekter for kommuner som skal i gang med anskaffelser. Blant annet vil besparelsene i samordning og samarbeid av anskaffelser raskt kunne overstige det nødvendige beløpet til å etablere et fortsatt arbeid. På sikt vil det også kunne bidra til bedre løsninger for kommunene, mer effektive arbeidsprosesser og i sum et bedre helsetilbud.

Felles kommunal journal interim AS

Vedlegg 5.1:

Ytre rammer

Styringsdokument

Felles journalløft for kommuner

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
2. OVERSIKT OVER RELEVANTE RAMMER	1
2.2. Internasjonale rammer	2
2.3. Nasjonale strategier	4
2.4. Strategier innenfor e-helse nasjonalt	4
2.5. Felles strategier innenfor kommunal e-helse.....	4
2.6. Arkitekturrammer	5
3. NASJONALE STRATEGIER	5
3.1. Én digital offentlig sektor.....	5
3.2. Nasjonal strategi for kunstig intelligens	7
3.3. Plan for internasjonale standarder 2021-2024	7
3.4. Plan for felles grunnmur for digitale tjenester 2019-2023.....	7
4. STRATEGIER INNENFOR E-HELSE NASJONALT	8
4.1. Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren	8
4.2. Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021-2025.....	8
5. FELLESE STRATEGIER INNENFOR KOMMUNAL E-HELSE	8
5.1. Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet	9
5.2. Felles referansearkitektur for e-helse	9
5.3. Samstyring e-helse KS	9
6. ARKITEKTURRAMMER	9
6.1. Nasjonale arkitekturprinsipper	9
6.2. Nasjonale standarder.....	10
7. RELEVANTE NASJONALE TILTAK	12
7.1. Veikart for nasjonale løsninger	12
7.2. Program digital samhandling	12

7.3.	Program Felles språk.....	13
7.4.	Helsenorge – innbyggertjenester.....	13
7.5.	Helseteknologiordningen	13
7.6.	EPJ-løftet	13
7.7.	Helseplattformen.....	14
7.8.	Spesialisthelsetjenesten – journaler utenom helseregion Midt-Norge.	14
8.	INFORMASJONSSIKKERHET, IKT-SIKKERHET OG PERSONVERN.....	14

1. INNLEDNING

I dette vedlegget finner du:

- Beskrivelse av gjeldende og sannsynlige fremtidige juridiske rammer (forordninger, lover, forskrifter og andre rammeverk) som har, eller vil kunne få betydning for prosjektet
- Presentasjon av nasjonale tiltak som kan være relevante for tiltaket
- Presentasjon av nasjonale og sektorielle arkitekturprinsipper og standarder
- Beskrivelse av rammer knyttet til informasjonssikkerhet, IKT-sikkerhet og personvern

Et arbeid som dette må forholde seg til mange ulike føringer og rammebetingelser. Dette omfatter både juridiske rammebetingelser gjennom lov og forskrift, organisatoriske rammebetingelser, økonomiske rammebetingelser og tekniske rammebetingelser, både internasjonalt, nasjonalt, kommunalt og sektorielt (helse- og omsorgsektoren). Det legges til grunn at arbeidet skal etterleve alle relevante lover, forskrifter og strategier for sektoren. Vedlegget representerer derfor ikke en uttømmende oversikt.

Først gis en overordnet presentasjon av aktuelle ytre rammer. Deretter går vi mer detaljert gjennom enkelte av disse, hovedsakelig strategier, med vurdering opp mot arbeidets øvrige rammer og målsetninger. I senere kapitler går vi inn på nasjonale tiltak som kan være relevante for tiltaket. Med utgangspunkt i de tekniske rammene, ser vi på nasjonale og sektorielle arkitekturprinsipper og standarder. Aktørene innenfor og utenfor økosystemet beskrives også, for eksempel leverandører, planlagte kommunale og nasjonale programmer og prosjekter som har eller vil kunne få betydning. Avslutningsvis beskrives noen av de relevante rammene knyttet til informasjonssikkerhet, IKT-sikkerhet og personvern.

2. OVERSIKT OVER RELEVANTE RAMMER

2.1.1. Lover og forskrifter:

Det legges til grunn at alle relevante lover og forskrifter gjøres gjeldende i vårt arbeid. Det trekkes derfor frem et utvalg av de mest sentrale i det følgende.

Lover eller forskrifter som direkte dekker primærhelsetjenesten:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven)
- Forskrift om pasientjournal
- Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten
- Lov om helsepersonell
- Lov om e-helse

Helsepersonell er sentrale brukere av de fremtidige løsningene, og de er underlagt dokumentasjonsplikt. Dokumentasjonsplikten er regulert i helsepersonellovens kapittel 8 og pasientjournalloven. Pasientjournalløsningene er verktøyet hvor helsepersonell dokumenterer. Her dokumenteres forløp, tilstand og pasientrettet planlegging og saksbehandling. Journalløsningen omfatter også kunnskaps-, beslutnings- og fagfellestøtte, slik at den best mulig kan gi støtte til å yte forsvarlig helsehjelp, og til å sikre dokumentasjon til bruk i tilsynssaker, erstatningssaker og lignende (helsepersonelloven §40).

Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven) medfører betalingsplikt for relaterte tjenester fra Norsk helsenett SF (NHN) uavhengig av bruken. For kommunene kan dette være et insitamant for å benytte tjenestene så tidlig som mulig og i så stor grad som mulig.

Lov om arkiv¹ (arkivlova) vil også påvirke funksjoner i et fremtidig økosystem², i og med at den stiller krav til oppbevaring av arkivverdig journalmateriale basert på informasjon fra elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrative systemer (PAS).

2.1.2. Forskrift om offentlige anskaffelser

Forskriften om offentlige anskaffelser er særlig relevant for markedsplassen. På markedsplassen forutsettes det gjennomført felles anskaffelser slik at brukerne kan kjøpe sluttbrukerløsninger i en forenklet prosess ut fra egne behov og preferanser.

2.2. Internasjonale rammer

Arbeidet vil også påvirkes av internasjonale føringer og drivere. Det gjelder primært i tilknytning til EU/EØS-systemet, men også relatert til utvikling av amerikansk regulering og marked for øvrig. Felles er vekt på deling og bruk av helseinformasjon til flere formål. Det globale markedet, EU/EØS-markedet og Norge vil bli påvirket av dette, delvis gjennom pålegg, utvikling innenfor leverandørindustri og marked for øvrig og delvis gjennom felles forventninger til fremtidig digitalisering av e-helse. Arbeidet må forholde seg til pålegg og standarder som følger av dette.

Det er gitt at lovpålegg skal følges, men standarder er også viktige fordi de muliggjør bruk av informasjon på tvers og stimulerer hele bransjen til teknologi- og løsningsutvikling.

EUs arbeid med målbilder, direktiver og strategier for digitalisering generelt, og spesifikt for helse- og omsorgssektoren, er svært omfattende. I denne sammenhengen vil vi bare peke på noen sentrale eksempler:

- EU4Health - digitaliseringsdelene³
- Felles europeisk område for helsedata - European Health Data Space (EHDS)

EHDS er et forslag til ny forordning og rammeverk for deling av helsedata lagt frem av Europakommisjonen. Det nye regelverket skal gi enkeltpersoner direkte tilgang til egne helsedata, og gi mulighet til å dele helsedata med helsepersonell i hele EU. Pasientjournaler, resepter o.l. skal utstedes i et felles EU-format. I tillegg skal det etableres et rettslig rammeverk for gjenbruk av helsedata til forskning, innovasjon (industri) og politikkutforming. Kommisjonen ser for seg at helsedataområdet er operativt i 2025. Forslaget til forordning er merket som EØS-relevant. Kravene som stilles her vil i stor grad påvirke krav til løsning og arkitektur for deling av data for en felles kommunaljournal.

EHDS vil antakelig påvirke fremtidige løsninger mest. Etter det som allerede er i praktisk bruk, som MyHealth@EU, og det som er under høring eller konkret planlagt i 2022-2024, kan følgende retning legges til grunn:

- Informasjonsutveksling mellom ulike land, regioner, kommuner, institusjoner vil på sikt følge prinsippene og de tekniske kravene som følger av MyHealth@EU
- Det arbeides med felles
 - formater for epikriser

¹ [Lov om arkiv \[arkivlova\] | Lovdata](#)

² Et økosystem er summen av brukere, løsninger, informasjon og de avtalte rammeverk som gjør det mulig å samarbeide og utveksle informasjon

³ EU4Health er et bredt helseprogram i EU. Programmet skal bidra til de langsiktige helseutfordringene ved å bygge sterke, mer motstandsdyktige og tilgjengelige helsesystemer. «EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union».

- interoperabilitet mot et europeisk EPJ-format
- europeisk e-helse-ID (eID)

Alle aktørene i økosystemet vil bli kraftig påvirket av EHDS fordi dette mest sannsynlig blir en forordning i likhet med personvernforordningen GDPR, og at etterlevelsen dermed blir obligatorisk.

EUs programmer innen helse- og omsorg er en del av den større digitaliseringen av Europa. Det er en rekke generelle programmer som er relevante, i denne sammenheng pekes det bare på noen av de sentrale:

- EU Digital generelle program med innbygger i sentrum og pan-europeisk marked for leverandører
- EUs indre digitale marked - EU single digital market
- Personvern og informasjonssikkerhet, som GDPR
- Cyber-sikkerhet
- Datastyringsforordning DGA
- Strategi for kunstig intelligens (KI)

Europakommisjonens forslag til datastyringsforordning (DGA) følger opp datastrategien fra februar 2020. Forordningen skal sikre felles regler og praksis i EU/EØS, og tar sikte på å øke tilgjengeligheten av data, øke tilliten til dataformidlere og styrke datadelingsmekanismer. Den omhandler både offentlig og privat sektor og data underlagt tredjeparters rettigheter.

Denne forordningen berører det samme området som EHDS-forordningen. Hensikten er å åpne opp og dele data på tvers av landegrenser i EU. Dette krever omfattende arbeid med regelverk og samsvarende innretting. Det overordnede målet er økt pasientsikkerhet og effektiv ressursbruk av helsepersonell med løsninger på tvers av både tjenester og geografiske områder.

EUs regulering for kunstig intelligens (KI) kategoriseres i ulike risikogrupper: uakseptabel, høy, begrenset og minimal. Et av prosjektets mål er bedre beslutningsstøtte, noe som bla. vil benytte KI. Fremtidige løsninger vil inneholde mye sensitiv helseinformasjon og må derfor følge dette pålegget gjennom en tydelig strategi slik at f.eks. krav til informasjonssikkerhet og personvern etterleves og hvordan informasjon skal reguleres for bruk av tredjeparter.

Det har vært oppmerksomhet rundt krav til journalsystemer og informasjonsutveksling mellom ulike applikasjoner og teknologier. Det er flere viktige standarder fra USA som er et resultat av dette. For eksemplet arbeidet gjennomført av HL7 International⁴ som har resultert i standarder som

- HL7 FHIR
- SMART-on-FHIR

De fremtidige løsningene vil også bli påvirket av internasjonale organisasjoners arbeid. Derfor er organisasjoner innenfor teknisk og semantisk bruk av helse- og omsorgsinformasjon viktige for økosystemet. Noen eksempler er:

- HL7 International
- SNOMED International
- International Council of Nurses
- World Organization of Family Doctors
- openEHR

⁴ HL7 er en ideell organisasjon (non-profit) som fremmer standardisert utveksling av klinisk og administrativ informasjon mellom ulike helserelaterte informasjonssystemer ved hjelp av internasjonale standarder

2.3. Nasjonale strategier

De fremtidige løsningene vil inngå som brikker i den større digitaliseringen av Norge, og må forholde seg til de rammene som er satt gjennom arbeidet som har pågått over lengre tid og som vil fortsette fremover. Det er sannsynlig at strategiene vil endres over tid, og at disse kan ha innvirkning på tiltaket.

Eksempler på viktigste strategier for Norge er

- Én digital offentlig sektor (livshendelser)⁵
- Nasjonal strategi for kunstig intelligens⁶
- Plan for internasjonale standarder 2021-2024⁷
- Plan for felles grunnmur for digitale tjenester 2019-2023⁸

Disse definerer også rammene for e-helse i nasjonal kontekst.

2.4. Strategier innenfor e-helse nasjonalt

Stortingsmelding 9 (2012-2013) «Én innbygger – én journal» kan defineres som det logiske startpunktet for prosjektet.

I tillegg til denne er det en rekke andre strategier som vil påvirke våre valg, eksempelvis:

- E-helse strategi
 - Nasjonal strategi og plan for e-helse⁹ (2017-2022)
 - Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgsektoren¹⁰ (er på høring og skal gjelde fra 2023)
- Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021-2026¹¹
- NHN virksomhetsstrategi 2021-2026

Strategiene er viktige fordi de omfatter mange av prosjektene og programmene som fremtidige løsninger vil ha stor avhengighet til. Dette er også betydningsfullt fordi arbeidet ikke skal utvikle noe som allerede finnes eller er planlagt utviklet, og som kan inngå som en del av de funksjonene eller informasjonen som skal tilbys.

2.5. Felles strategier innenfor kommunal e-helse

Kommunene og fylkeskommunenenes organisasjon KS, har fått et mandat fra sine medlemmer for samordning og samstyring, å representere sektoren og dens interesser, å være en pådriver for kompetanse, utvikling og utbredelse av fellesløsninger og et digitaliseringsvennlig regelverk og premissleverandør av felles standarder. KS har dermed en nøkkelrolle overfor prosjektet, i tillegg til sin operative styring av tiltaket.

Viktige rammer fra KS er gitt gjennom blant annet:

⁵ [Én digital offentlig sektor | Regjeringen](#)

⁶ [Nasjonal strategi for kunstig intelligens | Regjeringen](#)

⁷ [Plan for internasjonale standarder 2021-2024 | Direktoratet for e-helse](#)

⁸ [Plan for utvikling av felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten | Direktoratet for e-helse](#)

⁹ [Nasjonal e-helsestrategi | Direktoratet for e-helse](#)

¹⁰ [Ny nasjonal e-helsestrategi er ute på høring | Direktoratet for e-helse](#)

¹¹ [Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 - 2026 versjon 22.02 | Direktoratet for e-helse](#)

- Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet
- Referansearkitektur for kommunal sektor
- KS/DIF Digitale fellestjenester

Prosjektet har en naturlig plass i tilknytning til disse felles strategiene som forvaltes gjennom blant annet:

- KS' fag- og prioriteringsutvalg for e-helse
- Den kommunale samstyringsmodellen for e-helse

2.6. Arkitekturrammer

Innenfor digitalisering og e-helse i offentlig sektor er det arbeidet med prinsipper og standardisering som skal understøtte økt samhandlingsevne og bidra til at digitalisering går i en felles retning. Dette må det tas hensyn til der det er relevant i den videre utviklingen. Dette beskrives mer utfyllende senere i dokumentet.

3. NASJONALE STRATEGIER

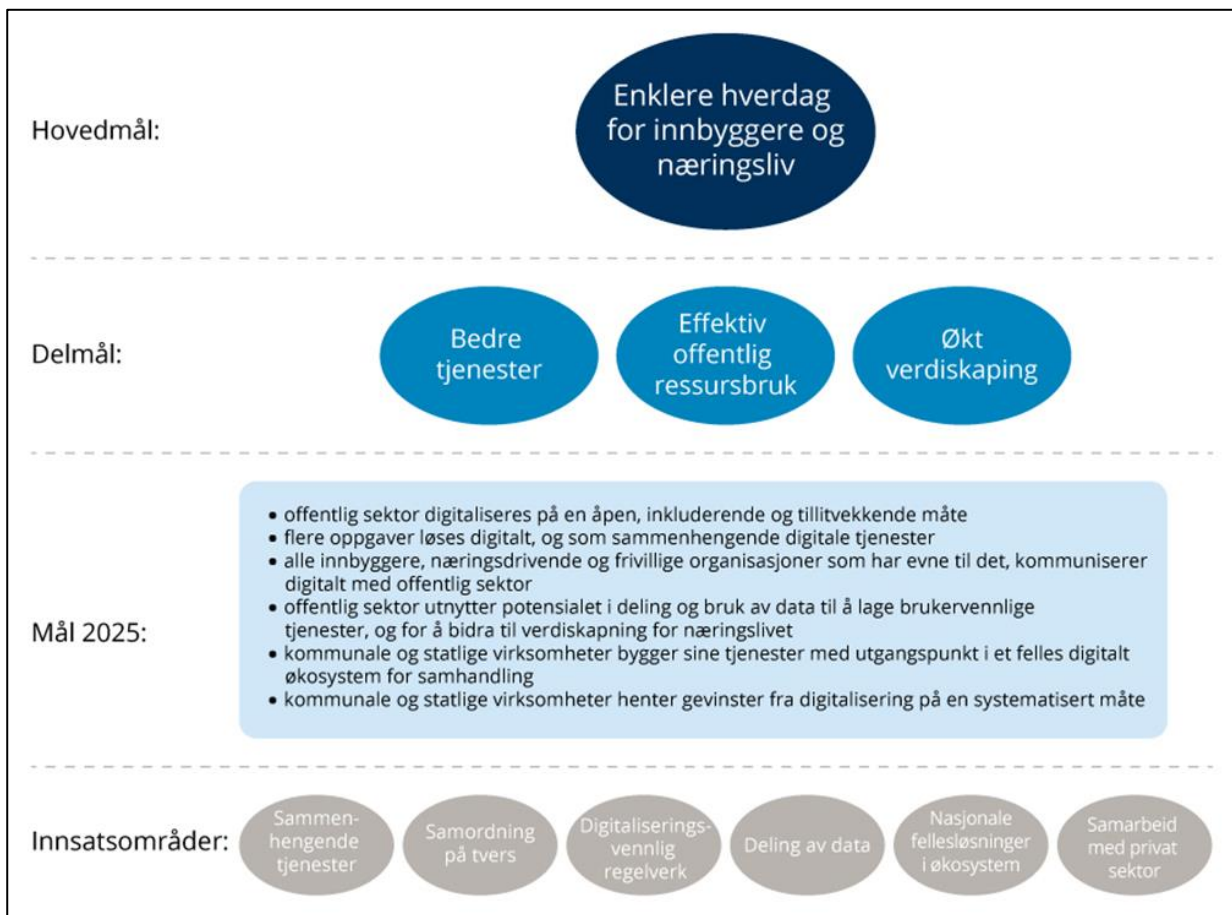
Nedenfor er de tidligere nevnte nasjonale strategiene ytterligere beskrevet.

- Én digital offentlig sektor (livshendelser)
- Nasjonal strategi for kunstig intelligens
- Plan for internasjonale standarder 2021-2024
- Plan for felles grunnmur for digitale tjenester 2019-2023
- Overordnede arkitekturprinsipper¹²

3.1. Én digital offentlig sektor

Strategien Én digital offentlig sektor bygger videre på strategien Digital agenda for Norge. En digital offentlig sektor er en felles strategi for digitalisering av offentlig sektor for kommuner og stat. Digitalisering av offentlig sektor skal gi en enklere hverdag for innbyggere, næringsliv og frivillig sektor gjennom bedre tjenester, mer effektiv ressursbruk i offentlige virksomheter og legge til rette for produktivitetsøkning i samfunnet. Hensikten med strategien er å understøtte digital transformasjon i hver enkelt virksomhet og i offentlig sektor som helhet. Strategien gjelder for offentlig sektor i perioden 2019–2025.

¹² [Overordnede arkitekturprinsipper | Digdir](#)



Figur 1: Mål og innsatsområder i digitaliseringsstrategi ([1]) for offentlig sektor 2019–2025

Målet er å få brukerne til å oppleve en sammenhengende digital offentlig sektor ved viktige livshendelser. Strategien legger vekt på følgende innsatsområder som har stor betydning og sammenheng med arbeidet:

Innsatsområde	Hvordan kan og hvorfor er det sentralt at prosjektet understøtter dette?
Brukerne skal settes i sentrum gjennom utvikling av mer sammenhengende tjenester basert på viktige livshendelser	Livshendelser involverer flere aktører innenfor helse- og omsorgssektoren, og flere kommunale tjenesteområder er sentrale. For å realisere sammenhengende tjenester for innbygger, er tilgang til og deling av relevant informasjon essensielt. Prosjektet vil spille en sentral rolle for å gjøre dette mulig gjennom en logisk informasjonskilde (plattform) for kommuner
Offentlig sektor skal samhandle bedre om digitale tjenester og effektivisere ressursbruken gjennom styrket samordning på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer, og systematisk uthenting av gevinster fra digitalisering	Markedsplassen kan spille en viktig rolle i dette arbeidet som en arena der aktørene kan møtes på innovasjonsarenaen, samarbeide, avlaste hverandre og se på felles prosesser og arbeid.

Data skal i større grad deles og gjenbrukes i offentlig sektor, og åpne data skal publiseres for innovasjon og verdiskaping i næringslivet	For å skape sammenhengende semantiske tjenester mellom aktørene i den offentlige helsesektoren, er det et mål at data kan tilgjengeliggjøres og sammenstilles på tvers av aktører. I dette blir også standarder som er i bruk i dag og som er nødvendige for å forstå data like viktige.
Nasjonal digital samhandling og tjenesteutvikling, fellesløsninger og felles arkitektur skal etableres i et helhetlig og overordnet styrt og koordinert økosystem	De fremtidige løsningene skal samspille med nasjonale løsninger og følge nasjonale anbefalinger og retningslinjer, eksempelvis nasjonale arkitekturprinsipper. En åpen og fleksibel løsning som er endringsdyktig og fleksibel skal vektlegges. Gjenbruk av eksisterende eller planlagte nasjonale løsninger skal legges til grunn der dette er hensiktsmessig
Samarbeid med privat sektor på digitaliseringsområdet skal styrkes for å oppnå bedre og mer effektive tjenester og for å legge til rette for innovasjon	Vi er avhengige av å ha et tett samarbeid med leverandørmarkedet, og anser dette som en helt sentral brikke i en fremtidig realisering. Dialog for å skape best mulig forutsetninger og mulighetsrom for leverandørmarkedet.

Tabell 1: Innsatsområder

3.2. Nasjonal strategi for kunstig intelligens

De siste årene er det initiert flere tiltak rettet mot bruken av kunstig intelligens innenfor helse- og omsorgssektoren. Sentralt for oss er arbeidet som gjøres i det nasjonale koordineringsprosjektet¹³ «Bedre bruk av kunstig intelligens» som ble startet i 2019, og hvor KS deltar fra høsten 2021.

Vi legger til grunn at beslutningsstøtte og læringsystem basert på bruk av kunstig intelligens vil være sentrale elementer i fremtidens journalløsninger. Dette er derfor et område vi vil følge opp i det videre arbeidet med løsningsutvikling.

3.3. Plan for internasjonale standarder 2021-2024

Planen beskriver tiltak og anbefalinger om bruk av internasjonale standarder på prioriterte områder ved utvikling av digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Det er ulik grad av normering på standardene som strekker seg fra veiledende, rettleidende, anbefalte til obligatoriske standarder. Det betyr at en anbefalt standard i dag kan være obligatorisk frem i tid. Målbildet i planen omhandler informasjonsområder som det siktes mot som f.eks. helsedata, datadeling og dokumentdeling. Ved utvikling av løsninger, må man ta hensyn til dette og nyttiggjøre seg av relevante standarder der det er tilrettelagt for god samhandling.

3.4. Plan for felles grunnmur for digitale tjenester 2019-2023

Felles grunnmur for digitale tjenester skal legge til rette for enkel og sikker samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå, og består av kodeverk og terminologi, felles grunndata,

¹³ Det nasjonale koordineringsprosjektet "Bedre bruk av kunstig intelligens" startet opp som en del av arbeidet med ny nasjonal helse- og sykehusplan i 2019. Det er et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Statens legemiddelverk og de regionale helseforetakene. Helsetilsynet og Kommunesektorens organisasjon (KS) deltar fra høsten 2021. Helsedirektoratet leder arbeidet.

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.

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 i helseregionene Sør-Øst, Vest og Nord, helsedataprogrammet, Pasientens legemiddelliste (PLL), samt anbefalt investeringstiltak for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.

4. STRATEGIER INNENFOR E-HELSE NASJONALT

I det følgende gis det ytterligere beskrivelser av tidligere nevnte nasjonale e-helse strategier som anses relevante. De som er beskrevet er merket med stjerne (*).

- Nasjonal strategi og plan for e-helse
 - Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren *
 - Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021-2025
- NHN strategi 2026

4.1. Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren

Direktoratet for e-helse har forslag til nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren på høring. Den skal gjelde fra 2023 frem mot 2030. Strategien inneholder fem prioriterte strategiske mål:

Mål 1: Aktiv medvirkning i egen og næres helse

Mål 2: Enklere arbeidshverdag

Mål 3: Helsedata til fornying og forbedring

Mål 4: Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling

Mål 5: Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft

Som en kommunal aktør vil arbeidet påvirkes av strategien og være et element i hvordan kommuner medvirker til å oppnå strategiens mål. Målene retter seg mot behovene som vi jobber mot å møte. For eksempel skisseres det målindikatorer på dokumentdeling, med måleverdi på antall kommuner og antall helseforetak som har innført dokumentdeling. Dette kan sementere samhandlingsmønsteret for informasjonsdeling mellom kommuner og helseforetak til å være dokumentdeling, og vil være noe prosjektet må forholde seg til for den retningen for samhandling som anses mest hensiktsmessig.

4.2. Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021-2025

Veikart for nasjonale e-helseløsninger er utarbeidet av Direktoratet for e-helse. Veikartet gir en oversikt over pågående utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger. Veikartet er lagt til grunn for KS' Kommunale sektors ambisjoner på e-helseområdet: Her er dette prosjektet et av tiltakene som er tatt med.

5. FELLES STRATEGIER INNENFOR KOMMUNAL E-HELSE

Nedenfor er enkelte av de tidligere nevnte strategiene for kommunal e-helse beskrevet ytterligere:

- Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet
- Referansearkitektur for kommunal sektor

- Samstyring e-helse

5.1. Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet

Helse- og omsorgsdepartementet og KS er enige om et samarbeid for innføring av nasjonale e-helseløsninger som kjernejournal og e-resept. KS utvikler *Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet* for kommunesektoren, og dette dokumentet legger til grunn Veikart for nasjonale e-helseløsninger, utarbeidet av Direktoratet for e-helse. Hensikten med *Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet* er at kommunene skal settes bedre i stand til å foreta prioriteringer om innføring av nasjonale e-helseløsninger, inklusiv velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging, alt dette i et tre til fem års perspektiv. FKJ er en del av kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet. Løsninger som innføres på kort sikt skal gi gevinster i seg selv, men også utgjøre deler av grunnmuren for fremtidige løsninger.

5.2. Felles referansearkitektur for e-helse

KS publiserte felles referansearkitektur for e-helsetjenester i kommunal sektor sommeren 2022. Denne er utviklet og forvaltes av KS og skal være et verktøy kommunene og deres samarbeidspartnere kan bruke for å få veiledning og støtte i arbeidet med å utvikle og ta i bruk e-helseløsninger. Den har til hensikt å beskrive retning og rammer for utformingen av arkitekturer og nye løsninger, og slik bidra til å skape et velfungerende digitalt økosystem for kommunale e-helsetjenester. Ved utvikling av felles kommunaljournal for helse, må man se hen til denne og eventuelt oppdaterte versjoner av den.

5.3. Samstyring e-helse KS

Samstyring skal bidra til at stat og kommuner samarbeider som likeverdige parter for å lykkes med nasjonale e-helseløsninger. Forutsetninger for dette er at løsningene i kommuner utvikles i fellesskap og understøtte visjonen om gode sammenhengende tjenester. For vår del vil det være viktig å forholde oss til samstyringsstrukturene ved å bli en prioritert utviklingsretning innenfor e-helseporteføljen og nyttiggjøre oss av den samlede gjennomføringskraften som ligger i digitaliseringsnettverkene og kommunene.

6. ARKITEKTURRAMMER

Konkretisering av tidligere nevnte prinsipper og standarder med relevans for prosjektet og fremtidige løsninger.

6.1. Nasjonale arkitekturprinsipper

De overordnede prinsippene for digitalisering av offentlig sektor skal bidra til økt samhandlingsevne på tvers av virksomheter og sektorer, samt økt endringsevne hos den enkelte virksomheten. Disse er obligatoriske for statlig sektor og anbefalte for kommunesektoren.

Prinsippene skal legges til grunn ved etablering av nye IT-løsninger eller ved vesentlige endringer av eksisterende løsninger. De gjelder både ved egenutvikling og ved anskaffelser.

Prinsipp	Hvordan skal prosjektet understøtte og etterfølge prinsippet?
Ta utgangspunkt i brukerens behov	Dette prosjektet skal ikke utvikle nye journalløsninger, men må ta en viktig rolle i å definere hvordan kommunene skal konsolidere markedskrefter og felles behov til en målrettet, effektiv og dynamisk

	utvikling. En felles informasjonsplattform vil også kunne bidra til innovasjon og næringsutvikling på bakgrunn av brukernes behov.
Ta arkitekturbeslutninger på rett nivå	Tett samarbeid med NHN om bruk av deres løsninger sikrer at vi samhandler med andre tiltak og initiativ rundt oss, samt at vi tar hensyn til felles mål for digitalisering. Tilsvarende er samstyringsstrukturen viktig for å koordinere behov og utviklingsretning. Dette er viktig for å understøtte arkitekturbeslutninger på rett nivå.
Bidra til digitaliseringsvennlige regelverk	Konseptet og målbildet bygger på behov og utfordringer som vil kreve regelverksendringer. Da er det viktig å etterspørre nødvendige regelverksendringer og digitaliseringsvennlige regelverk, eksempelvis ved at deling av data blir det vanlige fremfor et unntak.
Del og gjenbruk av data	En felles informasjonsplattform er viktig for å kunne dele og gjenbruke data for å oppnå bedre samhandling og effektivitet i løsninger. I tillegg skaper en informasjonsplattform med standardisert informasjon muligheter for et mangfold av nye løsninger ved at informasjon som i dag er «innelåst» blir tilgjengelig for utvikling fra flere leverandører.
Del og gjenbruk av løsninger	Næringsliv og leverandører spiller en helt avgjørende rolle i økosystemet som hovedleverandører av ulike sluttbrukerløsninger. Å bidra til høyere utviklingstakt og mer innovasjon er helt avgjørende for å få «kretsløpet» til å fungere godt fra en idé/nytt behov til ferdige sluttbrukerløsninger som helsepersonell som ønsker det kan ta i bruk. Gjenbruk av eksisterende og planlagte nasjonale løsninger gjøres der dette er hensiktsmessig.
Lag digitale løsninger som støtter samhandling	En felles informasjonsplattform er viktig for å kunne dele og gjenbruke data for å oppnå bedre samhandling og effektivitet i løsninger. I tillegg skaper en informasjonsplattform med standardisert informasjon muligheter for et mangfold av nye løsninger ved at informasjon som i dag er «innelåst» blir tilgjengelig for utvikling fra flere leverandører. Plattformen skal utvikles slik at den i stor grad samhandler med andre løsninger i offentlig og privat sektor. Det blir viktig å sikre et tett samarbeid med leverandørmarkedet, nasjonale myndigheter og NHN, knyttet til utvikling av sluttbrukerløsninger for helsepersonellet.
Sørg for tillit til oppgaveløsningen	Innbyggere skal gjennom plattformen tilbys et mer samlet journalinnhold fra kommunale helse- og omsorgstjenester, i tillegg skal deling og gjenbruk av data understøtte at informasjonen til enhver tid er oppdatert. Gode innbyggerløsninger for oversikt, sporing, logging m.m. skal bidra til å skape tillit til oppgaveløsningen. Informasjonen skal følge innbyggeren og være tilgjengelig og trygg der og når den behøves.

Tabell 2: Arkitekturprinsipper

6.2. Nasjonale standarder

Standardisering i norsk e-helse har vært viktig for å etablere de formene for samhandling som man har hatt innenfor helsesektoren til nå. Dette vil også være sentralt i årene som kommer. Direktoratet for e-helse har blitt tildelt en myndighetsrolle for forvaltning og styring av

nasjonal e-helsearkitektur, e-helsestandarder, kodeverk og terminologi¹⁴. Nedenfor beskrives kort informasjonsstandarder, kodeverk og terminologier som ansees sentrale:

Standard	Beskrivelse	Bruk i prosjektet
SNOMED CT	SNOMED CT er en svært omfattende terminologi som brukes til å beskrive kliniske konsepter. Den er valgt som standard i Norge, brukes i Helseplattformen og er en vesentlig del av satsningen <i>Felles språk for helse- og omsorgssektoren</i> .	Skal brukes, og erfaring fra Helseplattformen vil være viktig for omfanget
ICNP	Internasjonalt klassifikasjonssystem som bidrar til enhetlig terminologi for å beskrive og dokumentere sykepleiepraksis. Kobles mot Snomed CT for å støtte samhandling på tvers av fag.	Anbefales brukt til å beskrive pleieplaner. Erfaringer fra Helseplattformen vil være viktig.
ICPC-2	ICPC-2 er den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten og benyttes for koding av kontaktårsaker, helseproblemer og tiltak. Det er utviklet en kobling fra SNOMED CT til ICPC-2	Må vurderes på samme måte som ICNP.
ICD	ICD er et klassifikasjonssystem som gir en kode til sykdommer og beslektede helseproblemer. Er viktig i spesialisthelsetjenesten, men er også brukt i rapportering av dødsfall og andre data til WHO.	Ikke vurdert i hvilken grad ICD vil brukes.
HL7 FHIR	HL7 FHIR er en fritt tilgjengelig standard fra den ideelle organisasjonen HL7 International og ble utarbeidet for å møte krav til integrasjon mellom virksomheter og mot moderne teknologi som mobil- og skytjenester. Vil bli brukt i nasjonale e-helseløsninger og har god støtte for interoperabilitet mellom virksomheter.	Anbefales som standard brukt mot nasjonale e-helseløsninger.
openEHR	openEHR er en e-helseteknologi bestående av åpne spesifikasjoner, kliniske modeller og programvare som kan brukes til å lage åpne informasjonsplattformer for helsevesenet. Der FHIR er utformet for utveksling av helseopplysninger, er openEHR mer utviklet for lagring av helseopplysninger i en EPJ.	Det anbefales å vurdere bruk av OpenEHR videre i utprøvningsfasen for å avklare hvilken rolle standarden kan spille i plattformen
Norske meldingsstandarder	Dette er en rekke standarder som er pålagt støttet ¹⁵ som for eksempel henvisning, epikrise og dialogmeldinger.	Støtte for disse standardene er lovpålagt og må støttes enten av plattformen eller

¹⁴ [Samhandlingsarkitekturer i helse- og omsorgssektoren.pdf | Direktoratet for e-helse](#)

¹⁵ [Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger | Lovdata](#)

		separat av EPJ-løsningene.
--	--	----------------------------

Tabell 3: Sentrale informasjonsstandarder, kodeverk og terminologier

7. RELEVANTE NASJONALE TILTAK

Fremtidige løsninger må realiseres i tett samspill med nasjonale e-helse løsninger, og det må tas hensyn til at de mange pågående initiativ og tiltak vil kunne påvirke eller støtte gjennomføringen av prosjektet. Nedenfor er relevans beskrevet kort, slik man ser det nå, for de e-helsestrategiene som det er etablert nasjonale program og prosjekter for å realisere.

- Veikart for nasjonale løsninger
- Program digital samhandling¹⁶
- Program kodeverk og terminologi – Felles språk¹⁷
- Helsenorge – innbyggertjenester¹⁸
- Helseteknologiordning
- EPJ-løftet¹⁹
- Helseplattformen²⁰
- Spesialisthelsetjenestens journaler utenom helseregion Midt-Norge

7.1. Veikart for nasjonale løsninger

Direktoratet for e-helse har utarbeidet et veikart for nasjonale e-helseløsninger på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Veikartet gir en oversikt over planer for pågående utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger. Det er utgitt en utgave av veikartet for kommunene for perioden 2021-2025 som er tilpasset kommunal helse- og omsorgstjeneste. Utgaven er ment å kunne brukes som et utgangspunkt når kommunal sektor foretar vurderinger og prioriteringer for innføring og bruk av nasjonale e-helseløsninger.

7.2. Program digital samhandling

Direktoratet for e-helse, i tett samarbeid med Norsk helsenett SF (NHN) og helse- og omsorgssektoren, gjennomfører program digital samhandling (PDS). Prosjektet må forholde seg til og samspille med leveransene fra dette programmet:

- Tillitstjenester, API-håndtering og Grunndata (TAG): modernisering og videreutvikling av tillits- og grunndatatjenester
- Digital samhandling (steg 2), veien videre med nasjonal innføring av pasientens legemiddelliste, deling av journaldokumenter i kjernejournal, kritisk informasjon og datadeling for digital hjemmeoppfølging

¹⁶ [Dette er program digital samhandling | Direktoratet for e-helse](#)

¹⁷ [Program kodeverk og terminologi – Felles språk | Direktoratet for e-helse](#)

¹⁸ [Helsenorge – din helse på nett | Helsenorge](#)

¹⁹ [EPJ-løftet | Direktoratet for e-helse](#)

²⁰ [Helseplattformen forside | Helseplattformen](#)

7.3. Program Felles språk

Felles språk er et program som Direktoratet for e-helse er ansvarlig for. Dette skal gjøre det mulig for innbyggere, helsepersonell og e-helseløsninger å kommunisere effektivt med hverandre. Felles språk vil dermed bidra til bedre informasjonsflyt og øke kunnskaps- og forskningsgrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten.

Løsning/funksjon	Hvordan skal prosjektet benytte eller samspille med denne?
Innføring av et system for standardisert terminologi, kodeverk og registervariabler som settes i sammenheng med hverandre	Vil bidra til at samhandling forbedres mellom ulike aktører og at helseinformasjon kan dokumenteres, formidles, forstås og brukes på en entydig måte. Dette vil være svært sentralt for prosjektet og skal bidra til at relevant helseinformasjon skal kunne deles og brukes på tvers av tjenesteområder og profesjoner. Felles språk vil også bidra til at kvaliteten på helsedata som benyttes til statistikk og forskning blir bedre.

Tabell 4: Program felles språk

7.4. Helsenorge – innbyggertjenester

Løsning/funksjon	Hvordan skal prosjektet benytte eller samspille med denne?
Innbyggerens hovedinngang til offentlige helse- og omsorgstjenester på nett.	Løsningene skal understøtte den nasjonale strategien om Helsenorge som innbyggerens hovedinngang til offentlige helse- og omsorgstjenester på nett. Prosjektet må derfor samspille med Helsenorge for å kunne bidra til å tilgjengeliggjøre informasjon for nye innbyggertjenester på Helsenorge. Behovene for innbyggerinvolvering i behandlingen går utover det å få tilgang til informasjon, men inkluderer også interaktive og tilpassede tjenester mellom innbygger og helsetjenesten. Det er et premiss for god innbyggerinvolvering at innovasjonen som skal foregå på helsepersonell-siden også utvides til å inkludere innbygger og de brukerflatene innbygger bruker.

Tabell 5: Helsenorge innbyggertjenester

7.5. Helseteknologiordningen

Direktoratet for e-helse har i 2022 fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utrede innholdet i en helseteknologiordning. Målet med helseteknologiordningen er å avlaste risiko og stimulere kommunene til å investere i bedre journalløsninger og velferdsteknologi. Ordningen skal kunne bygges ut stegvis og det skal ses hen til statens ordinære virkemidler for innovasjon og næringsutvikling.

Ordningen er under utredning og er tidligst klar fra 2024.

7.6. EPJ-løftet

EPJ-løftet skal bidra til utvikling av IKT-verktøy i pasientbehandling for fastleger, avtalespesialister, fysioterapeuter og manuellterapeuter. Blant de forventede gevinstene til EPJ-løftet, er å understøtte

samhandling og informasjonsformidling mellom aktører i sektoren²¹. Her vil også dette prosjektet kunne være en aktør, og det vil være naturlig at man går i felles retninger der man tangerer i utviklingen på dette området.

7.7. Helseplattformen

Innfører felles elektronisk pasientjournal for helseregion Midt-Norge for hele helsetjenesten (helseforetak, kommuner, fastleger og private aktører). Vi ser at vi også kan hente erfaringer fra dette initiativet på mange ulike plan.

7.8. Spesialisthelsetjenesten – journaler utenom helseregion Midt-Norge.

Videreutvikling og i større grad samordning av eksisterende journalløsninger i spesialisthelsetjenesten i helseregionene Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Blant annet tilrettelegging for bruk av nasjonale samhandlingsløsninger for bedre og lik informasjonsflyt mellom sykehus og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

8. INFORMASJONSSIKKERHET, IKT-SIKKERHET OG PERSONVERN

Krav og forventninger til informasjonssikkerhet, IKT-sikkerhet og personvern er sentralt. Dette skal være en grunnleggende og integrert del av arbeidet. Det er ikke bare viktig for å etterleve kravene i seg selv, men også at økosystemet skal kunne opparbeide nødvendig tillit hos aktørene og innbyggerne.

Flere lover og forskrifter blir gjeldende for tiltaket, noen sentrale er:

- Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven). Den gjennomfører EUs personvernforordning (GDPR)
- Lov om gjennomføring av EUs forordning om elektronisk identifikasjon og tillitstjenester for elektroniske transaksjoner i det indre marked (lov om elektroniske tillitstjenester)

Helseopplysninger er ikke automatisk definert inn under lovverk som ivaretar nasjonale sikkerhetsinteresser - lov om nasjonal sikkerhet (sikkerhetsloven). Med tanke på omfangets potensielle skala, omfang og betydning for helse- og omsorgssektoren kan like fullt dette lovverket komme til anvendelse, men dette må vurderes i takt med realisering og utbredelse. EU-direktiver som skal bidra til å beskytte viktig nasjonal infrastruktur og kapasiteter, som NIS-direktivet²² eller NIS2-direktivet²³, kan bli relevante dersom direktivene eller prinsipper fra direktivene hjemles i norsk lov. Samtidig er EIDAS-forordningen listet i aktuelle lovverk over «under endring»²⁴, og vil kunne påvirke kravene som blir gjeldende for tiltaket.

²¹ [EPJ-løftet – program for EPJ-utvikling | Direktoratet for e-helse](#)

²² Europaparlamentets og rådets direktiv (EU) 2016/1148 av 6. juli 2016 om tiltak som skal sikre et høyt felles sikkerhetsnivå i nettverks- og informasjonssystemer (NIS-direktivet)

²³ [NIS2-direktivet | Regjeringen](#)

²⁴ [Endringsbestemmelser i eIDAS-forordningen | Regjeringen](#)

For å sikre at krav og forventninger til informasjonssikkerhet og personvern etterleves, må anerkjente rammeverk for informasjons- og IKT-sikkerhet tas i bruk. Følgende eksempler kan bidra til å oppfylle formålet ved standardisert enhetlig og helhetlig praksis.

- ISO 27001: Internasjonalt anerkjent standard for å etablere styringssystemer for informasjonssikkerhet (ISMS²⁵), herunder organisere arbeid med å forsvarlig sikre alle informasjonsverdier i henhold til krav og akseptabel risiko. Dette er i henhold til beste praksis for styring, kontroll og kontinuerlig forbedring av sikkerhetstiltak²⁶ innenfor et ISMS-omfang. Standarden anbefales av Datatilsynet²⁷, mappes mot Normens krav, og bør brukes av alle aktører som skal ivareta helhetlig informasjonssikkerhet som del av tiltaket eller direkte påvirker informasjonssikkerheten som del av i tiltakets verdikjeder.
- Normen: Bransjenorm som forvaltes i helse- og omsorgssektoren og beskriver organisatoriske og tekniske tiltak som anses egnet for å oppnå tilfredsstillende informasjonssikkerhet og personvern i sektoren. Rammeverket er ment å utdype og supplere gjeldende regelverk²⁸, og vil gjelde enhver virksomhet som ved avtale har forpliktet seg til å følge den. Vi anbefaler at Normen med relevant veiledningsmateriell blir lagt til grunn i tiltaket.
- NSMs grunnprinsipper for IKT-sikkerhet: Anerkjent nasjonalt tiltaksrammeverk for IKT-sikkerhet utarbeidet av Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) i samarbeid med virksomheter som forvalter kritiske samfunnsfunksjoner og kritisk infrastruktur, som også er hovedmålgruppen for prinsippene. Tiltaket faller innunder hovedmålgruppen, herunder aktører og samfunnskritiske systemer, infrastruktur og tjenester som etablerer, utgjør del av eller påvirker IKT-sikkerheten i tiltaket og behandler informasjonsverdier og funksjonsverdier som del av tiltaket. Anerkjent beste praksis for IKT-sikkerhet som grunnlag for egnede risikoreduserende tiltak må legges til grunn for alle dette omfatter for å sikre forsvarlig IKT-sikkerhet og konsistent behandling av informasjonssikkerhet og personvern som del av tiltaket.

I tillegg til listede rammeverk, vil det kunne være andre fagområder innenfor informasjonssikkerhet som det er viktig å ivareta, som f.eks. fysisk sikkerhet og personellsikkerhet. Dette spesielt for å sikre kritisk infrastruktur. Til dette kan eksempelvis ISO 27002 brukes for å gi en bredde av tiltak for informasjonssikkerhet, eventuelt sammen med NSMs grunnprinsipper for fysisk sikkerhet og NSMs grunnprinsipper for personellsikkerhet og annet spesifikt veiledningsmateriell. Anerkjente metoder må ligge til grunn for å sikre metodiske risikovurderinger og risikostyring, for å strukturere identifisere, vurdere og håndtere risikoer. Til dette vil standarder som ISO 27005 for risikovurdering og styring av informasjonssikkerhetsrisikoer, risikostyringsstandard ISO 31000, og eventuelt rammeverk eller veiledere utgitt av NSM, Datatilsynet eller andre anerkjente aktører, som i det enkelte tilfellet kan anses som god praksis, være aktuelle for å oppnå formålet. Bruk av standarder, rammeverk og veiledere bør gjøres mest mulig enhetlig for å sikre konsistent og helhetlig praksis for tiltaket.

²⁵ Information Security Management System

²⁶ Av organisatorisk, menneskelig, fysisk og teknologisk art

²⁷ [Iverksette styringssystem for informasjonssikkerhet | Datatilsynet](#)

²⁸ [Oversikt over Normens krav og mapping mellom ISO, CSA og Normen | Direktoratet for e-helse](#)

Felles kommunal journal interim AS

Vedlegg 5.2:
Erfaringer fra lignende prosjekt i
andre land og sektorer

Styringsdokument

Felles journalløft for kommuner

Innholdsfortegnelse

1.	INNLEDNING	1
2.	EKSEMPLER PÅ ULIKE PLATTFORMER:	2
2.1.	Australia: My Health Record.....	2
2.2.	Canada - Infoway.....	2
2.3.	Finland: KanTa	3
2.4.	Frankrike: Mon Espace Santé	4
2.5.	Italia og Slovenia: Cattedra – Crossborder childcare collaboration between Italy and Slovenia	5
2.6.	Nederland - Medmij	6
2.7.	Russland, Moskva: Integrated Medical Information and Analytical System of Moscow (IMIAS)	7
2.8.	Slovenia: CRPD.....	8
2.9.	Spania: The Catalan Digital Health Platform – SISCAT.....	9
2.10.	Spania: Health Data Architecture for Learning, INFOBANCO	9
2.11.	Stor-britannia: OneLondon shared care planning	10
2.12.	Stor-britannia: NHS Greater Manchester: Personal Health Data Stores	11
2.13.	Stor-britannia: Skottland – National Digital plattform.....	12
2.14.	Sverige: Karolinska universitetssjukhus – og Region Stockholm.....	13
2.15.	Tyskland: HiGHmed.....	14
3.	EKSEMPLER PÅ PLATTFORMER I ANDRE SEKTORER	15
3.1.	Eksempel fra bank- og finansbransjen	15
3.2.	Eksempel fra reiseliv.....	15
3.3.	Eksempel fra energisektor	16
3.4.	Eksempel fra værvarsling	17
4.	OPPSUMMERING	17

1. INNLEDNING

Styringsdokumentet beskriver et mål bilde hvor informasjon «skilles» fra løsningene gjennom en plattform som gjøres tilgjengelig for mottagere med legitime behov og rettigheter, og hvor brukere og løsninger utgjør et felles økosystem. Dette er et konsept som er godt kjent og vel etablert i sektorer som bank/finans, reiseliv, værvarsling, energi mfl. Innenfor helse er det fortsatt få, og stort sett enkeltstående eksempler. Årsakene til det er mange;

- helseinformasjon er langt mer kontekstavhengig enn annen informasjon og dermed mer krevende å standardisere og forvalte
- personvernet har hatt, og skal ha en sterk posisjon, men det har også hersket en misoppfatning av at tilgjengelighet er en generell trussel mot personvern og det har hindret utviklingen
- de tradisjonelle systemene for forvaltning av helseinformasjon er basert på at informasjon og brukerløsningene i stor grad kontrolleres av leverandørene

I dette bilaget gis en kort beskrivelse av et relevant utvalg plattformer i og utenfor Norge. Informasjonen er hentet fra åpne kilder på internett, og ikke kvalitetssikret utover det. Det avgrenses til å omhandle plattformer som, etter vår oppfatning, baseres på et grunnleggende skille mellom funksjonalitet og informasjon. Det er også grunn til å presisere at dette er et område i stadig utvikling hvor det er krevende å være oppdatert til enhver tid. Det er således godt mulig at det finnes prosjekter og løsninger som burde vært omtalt, men som av ulike grunner ikke har nådd vår oppmerksomhet. Oversikten er altså indikativ og ikke uttømmende.

Følgende plattformer beskrives nærmere:

- My Health Record (Australia)
- Mon espace santé (Frankrike)
- KanTa (Finland)
- OneLondon shared care planning (Storbritannia)
- NHS Greater Manchester: Personal Health Data Stores (Storbritannia)
- CRPD (Slovenia)
- National Digital Platform (Skottland)
- MedMij (Nederland)
- Infoway (Canada)
- HiGHmed (Tyskland)
- The Catalan Digital Health Platform – SISCAT (Spania)
- Karolinska universitetssjukhus – og Region Stockholm (Sverige)
- Health Data Architecture for Learning, INFOBANCO (Spania)
- Unified Medical Information and Analytical System of Moscow (Russland)

I tillegg beskrives noen eksempler på plattformer fra andre sektorer som har implementert et skille mellom funksjonalitet og informasjon.

2. EKSEMPLER PÅ ULIKE PLATTFORMER:

I dette kapittelet beskrives noen relevante plattformer i helsesektoren der det er satt opp et grunnleggende skille mellom funksjonalitet og informasjon.

2.1. Australia: My Health Record

Australia har 26 millioner innbyggere (2020). Nær 90 % av befolkningen har benyttet *My Health Record* (MHR), og andelen helsetjenesteaktører som benytter tjenesten ligger over 90%¹.

MHR har blitt utviklet som en personlig kontrollert digital helsejournal for innbyggere i Australia siden 2011². Innbyggernes helseinformasjon i MHR omfatter «hele livet» – inklusive en egen seksjon for mor og barn – og innbyggerne kan selv fylle ut informasjon og kontrollere tilgangen. I nødsituasjoner kan helsepersonell logge seg inn.

MHR oppsummerer den viktigste helseinformasjonen om en pasient, gjennom et sentralt informasjonslager. Dette inkluderer fastlegenotater, patologisvar, bildediagnostikk, journalnotater fra spesialisthelsetjeneste, forskrevne medisiner og informasjon som er opplastet av pasienten selv³.

For innbygger betyr dette at relevant helseinformasjon er tilgjengelig ett sted, selv om man har flere behandlere. I tillegg kan man som innbygger selv legge inn kontaktinformasjon om pårørende, nærværende medisiner, allergier eller tidligere allergiske reaksjoner, personlige helsenotater, barns utviklings- og helseinformasjon, ønsket behandlingstiltak, språk eller fødeland⁴.

For behandlere skal MHR bidra til å få en rask oversikt over pasientens helsehistorikk og -status, tjene som beslutningsstøtte i behandling av kroniske eller komplekse sykdomsforløp, samt redusere feilbehandling. Dette skal bidra til at helsepersonell kan bruke mer tid på pasienten, fremfor å lete etter informasjon⁵.

Dersom helsepersonell er godkjent av sin helsevirksomhet, samt involvert i en pasients behandling får de tilgang til informasjon som er opplastet fra annet helsepersonell. Helsepersonell, som leger eller farmasøyter, kan laste opp klinisk dokumentasjon som oversikt over allergier, medisiner eller reaksjoner, bildediagnostikk, utskrivningsnotat, oppsummering av hendelser, patologiske rapporter, forskrivninger på medisiner, helseoppsummeringer eller brev til spesialister⁶.

Journalinformasjon fra ulike helsetjenesteleverandører, og Australias ekvivalent til NAV, er stegvis blitt lastet inn sentralt og gjort tilgjengelig i MHR. Den sentrale infrastrukturen vedlikeholder dessuten en indeks som viser hvilken *oppsummerende* helseinformasjon som er tilgjengelige i det distribuerte systemet, som består av en rekke organisatoriske og kliniske informasjonslagre⁷. Alle andre data fra sykehus, allmennleger og andre behandlere beholdes i de lokale journalene, uten mulighet til å deles.

2.2. Canada - Infoway

Canada Health Infoway skal bidra til å forbedre innbyggernes helse ved å øke utvikling, innføring og effektiv utnyttelse av innovative digitale helseløsninger. Dette gjøres ved å koble sammen, sammenstille og forsterke aktørene i å jobbe mot et helsesystem som tilbyr bedre og mer sammenhengende opplevelser, med pasienten i fokus⁸.

I september 2000 ble det enighet om å arbeide sammen om å styrke en helseinfrastruktur for å forbedre kvalitet og tilgang til helsetjenesten for Canada. De forpliktet seg også til å utvikle

¹ [Australia's digital health journey | The medical journal of Australia](#)

² [Concept of Operations: Relating to the introduction of a personally controlled Electronic health Record | Australian department of health and ageing](#)

³ [What is My Health Record? For healthcare providers | YouTube](#)

⁴ [What's inside? | Australian Digital Health Agency](#)

⁵ [What is My Health Record? For healthcare providers | YouTube](#)

⁶ [What's inside? | Australian Digital Health Agency](#)

⁷ [Mer teknisk informasjon: My health Record | Australian digital health agency](#)

⁸ [Our Vision & Mission | Canada Health Infoway](#)

elektroniske pasientjournaler, øke bruken av ny teknologi som eksempelvis telemedisin, og å samarbeide om utvikling av felles informasjonsstandarder for å sikre kompatibilitet av helseinformasjon. I oktober 2000 annonserte myndighetene i Canada intensjon om å etablere Canada Health Infoway (Infoway) som en uavhengig, ikke profittbasert organisasjon. Det begynte operasjonalisering i mars 2001⁹.

Tidligere arbeidet man sammen med provinsene og territoriene for å saminvestere i seks grunnleggende deler av en pasientjournal:

- klient og leverandør demografi
- bildediagnostikk i sykehus
- oversikt over medisinbruk
- testresultater (lab)
- kliniske rapporter

I tillegg støttet man pan-kanadiske prosjekter for arkitektur og standarder og ledet arbeidet med en «blueprint» for journalløsninger for å tilby et nødvendig forretningsmessig og teknisk rammeverk for å sikre felles innsats. Senere skiftet fokuset mer over på verktøy som klinikere behøvde for å understøtte mer effektive og bedre pasientforløp, og man investerte sammen i ulike folkehelseløsninger, telehelse eller andre pasientnære løsninger.

I 2017 når de grunnleggende systemene i hovedsak var på plass og tilkoblet, og elektroniske verktøy var tilgjengelig for klinikere, implementerte man en fem år lang strategi kalt «Driving Access to Care». Denne skulle fokusere på initiativer som skulle styrke innbyggerne og helsepersonellet og teamene. Dette inkluderte tryggere medisinering gjennom «PrescribelT®» - som tilsvarer e-resept i Norge. Dette er Canadas nasjonale e-forskrivingstjeneste, og et program som gir kanadiere og deres behandlere tilgang til personlig helseinformasjon og digitale helsetjenester.

I 2019 ble det gjennomført en nasjonal høring med kanadiere om deres behov, forventninger og bekymring om deres fremtid i helse og omsorgstjenestene, samt teknologiens rolle i å levere bedre helsetjenester. Resultatet av dette, kalt «A Healthy Dialogue» ble brukt til å informere og igangsette flere samtaler i 2020 og 2021 for å stimulere en nasjonal dialog rundt hvordan man kan oppnå den beste fremtidige helsetjenesten.

Infoway har forpliktet seg til å fokusere på interoperabilitet. Siden starten i 2001 har Infoway vært ansvarlige for å autorisere, definere og forvalte pan-kanadiske standarder som promoterer interoperabilitet. Felles investeringer som er gjort gjennom Infoway, samt myndighetsområder knyttet til grunnleggende elektroniske pasient journalsystemer (eksempelvis lab systemer, pasientportaler mm) har også lagt et tydelig grunnlag for interoperabilitet. Økt bruk av digitale helseverktøy har skapt en fornyet drivkraft for å adressere nøkkelfordringer knyttet til interoperabilitet¹⁰.

2.3. Finland: KanTa

KanTa – en underavdeling av Kela, tilsvarende Helfo/NAV i Norge – etablerte en løsning for et personlig helsearkiv i 2010 som alle virksomheter i helsetjenesten etter hvert ble pålagt å levere journaldata til. Planen har vært en stegvis utbygging av nasjonale felleskomponenter som med pasientens samtykke skal gi en enklere tilgang til nødvendige pasientopplysninger, også for helsepersonell. Fujitsu drifter den nasjonale infrastrukturen.

Gjennom KanTa har alle innbyggere i Finland tilgang til sine helseopplysninger, og mulighet til selv å bestemme hvem andre enn den som har registrert opplysningene som kan få tilgang. Ordningen omfatter ikke primærhelsetjenesten. I Finland får en relativt stor andel av befolkningen dekket sine allmennlegetjenester gjennom bedriftshelsetjenester.

⁹ [Our History | Canada Health Infoway](#)

¹⁰ [Interoperability | Canada Health Infoway](#)

Kanta leverer digitale løsninger for sosiale tjenester og helsetjenesten, som kommer både innbygger og helsepersonell til gode. Man kan anvende Kanta tjenestene uansett hvor man bor i Finland.

Brukerne av Kanta tjenestene inkluderer innbyggere, apotek, spesialisthelsetjenesten og sosiale tjenester. Tjenestetilbydere i både offentlig og privat helsetjeneste bruker tjenestene.

Som innbygger kan man søke i egne medisinske journalnotater og forskrivninger, eller fornye resepter. I tillegg kan man se medisinsk dokumentasjon for barn under 10 år. Alle forskrivninger blir laget og ekspedert via Kanta tjenestene, og den inneholder også en database med nødvendig informasjon om medisiner, status ved utskrivning og ekspedering og informasjon om generiske legemidler. I tillegg sørger den for å lagre pasientinformasjon sentralt, så vel som å tilgjengeliggjøre for aktiv bruk og lagring. Et slikt pasientinformasjonslager spiller en nøkkelrolle i å dele informasjon mellom helsepersonell og de ulike tjenestene. Pasientinformasjonslageret har tillatelse fra nasjonalarkivet i Finland til å lagre både nye og gamle pasientjournaler.

Kanta sørger for at pasientinformasjonen alltid er oppdatert og tilgjengelig i en behandlingssituasjon. I tillegg oppleves helsetjenestene som mer transparente når man kan ha oversikt over egen informasjon i innbyggerportalen «My Kanta pages». I januar 2022 var det nesten 5 millioner innlogginger i portalen, mens det i desember 2022 kun var ca 2,8 millioner innlogginger.

Finland har startet et samarbeid med Estland hvor første mål er deling av resepter og kjernejournal på tvers av landegrensene.

2.4. Frankrike: Mon Espace Santé

I Frankrike har de siden 2004 jobbet med personlig helsejournal.

Lov nr 2004-810 fra 13.08.2004 åpnet for første gang opp for en databasert medisinsk fil, også kalt «personlig medisinsk journal». Denne filen mente å følge hele pasientens medisinske historie og var bare tilgjengelig for innbygger, og dens tjenesteytere via internett. Med bare 400.000 åpne filer i 2014 ble prosjektet definert som en fiasko, blant annet fordi det var for komplekst å implementere. Derfor besluttet lovgiverne å modernisere personlig medisinsk journal gjennom lov 2016-41 av 26.01.2016, og da etablerte de «delt medisinsk journal» (DMP). Hver mottager av ytelse fra folketrygden («health insurance»¹¹) kan ha DMP ut fra uttalt samtykke¹².

DMP er et sikkert lagringssted for innbyggers helseinformasjon som f.eks. medisinsk oppsummering, underliggende sykdommer, dokumenter fra spesialisthelsetjeneste, lab-resultater, kopi av resepter, røntgenbilder mm¹³.

Det gir mulighet for å lagre og dele helsedokumenter med det helsepersonell innbyggeren gir tilgang. De gis også muligheten til å laste opp informasjon til innbyggers DMP. Det er kun det helsepersonell innbygger gir eksplisitt adgang som kan se informasjonen og laste opp ny informasjon. I nødsituasjoner har DMP en «break the glass» funksjon.

Etter forsøket i 2016 var det igjen veldig få DMP som ble åpnet av pasientene, og de var generelt mangelfullt utfylt av helsepersonellet. Det ble derfor etablert en ny lov, nr 2021-1047 av 04.08.2021, som har vært implementert siden 01.01.2022, som utvidet grunnlaget for DMP. I september 2022 rapporteres at 7 millioner journaler har blitt opprettet:

- 45% av fastlegene konsulterer DMP
- 20% av fastlegene legger inn dokumenter
- 75% av fastlegene anerkjenner at DMP kan fremme koordinering av pleie og tilbud av ulike helsetjenester
- 77% tror at tjenesten vil gjøre det lettere å håndtere nødsituasjoner og unngå unødvendige eksaminasjoner som allerede er utført eller rekvirert av kolleger
- 76% av de som bruker tjenesten har positiv oppfatning av den
- 89% av farmasøyter tilbyr å åpne DMP i apotekene

¹¹ [Med «Health insurance» i Frankrike tolker vi dette som å være i hovedsak tilsvarende folketrygden i det norske velferdssystemet.](#)

¹² [What is My Health Space \(Shared Medical Record\)? | Le site officiel de l'administration française](#)

¹³ [Mon Espace Santé | Le site officiel de l'administration française](#)

- 85% av farmasøyter sier de har fått forespørsel fra pasienter om å åpne DMP

DMP kan bli opprettet av farmasøyter, private helsetilbydere og helseinsituasjoner, av pasientene selv med flere.

Mon espace santé (MES) er den personlige pasientjournalen og innbyggers grensesnitt opp mot DMP. Via MES kan innbygger laste opp informasjon til DMP, samt hente informasjon fra DMP.

MES inkluderer følgende:

- Muligheten til å beskrive egen helsesituasjon (pågående behandlinger, seneste intervensjoner og medisinsk historie). Dette er nyttig i forhold til oppfølging av behandling når du møter en ny behandler, eller i nødsituasjoner
- Dokumentene i din DMP som du har lastet opp selv eller som har blitt lastet opp av helsepersonell eller en helseinstitusjon
- Dine administrative data (navn, personnummer, betalingshistorie mm)
- Sikker meldingsutveksling for å motta meldinger og dokumenter fra helsepersonell og institusjoner. Medisinsk konfidensialitet ivaretas.

Helsepersonell logger inn i løsningen via personlige kort, men må også ha et skriftlig samtykke fra pasient for å få tilgjengeliggjort informasjonen. Med samtykke vil alle som jobber i teamet, med oppfølging og behandling av pasienten, kunne se pasientens informasjon.

Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent, vil helsepersonellet kunne få tilgang til informasjonen uten samtykke. Innbygger har mulighet til å sperre for tilgjengeliggjøring av informasjonen ved akutte situasjoner, eller sperre for tilgang til enkelt-dokumenter. Innbygger kan også sjekke hvilket helsepersonell som har vært inne i løsningen og sett på informasjonen gjennom en egen logg-løsning. I loggen kommer det frem når oppslag ble gjennomført, av hvem og hvilken informasjon som er lest. Innbygger har mulighet til å blokkere konkret tilgang¹⁴.

Innbygger kan selv opprette konfidensialitets- og tilgangsregler for sin helseinformasjon.

Innbygger kan blokkere tilgang for enkeltindivider, og holde tilbake dokumenter ut fra eget valg (gjøre dem usynlige for helsepersonell som har tilgang til DMP).

Alle tilgangsrettigheter du gir kan endres til enhver tid¹⁵.

Fra januar 2022 ble løsningen tilgjengeliggjort for alle innbyggere og alt helsepersonell og inkluderte blant annet¹⁶:

- En sikker meldingstjeneste som utveksler informasjon og dokumenter (resepter, bilder etc.) mellom pasient og helsepersonell involvert i oppfølging og behandling
- En «helse-kalender» som samler alle helserelaterte hendelser: Timeavtaler, innleggelser, påminnelser o.l. Disse hendelsene kan legges til av en booking service, de ulike tjenestene og institusjonene, og pasienten selv
- En katalog med oversikt tjenester som er godkjente av myndighetene, hvor brukeren selv kan dele helse-data fra «Mon Espace Santé» til andre applikasjoner

2.5. Italia og Slovenia: Cattedra – Crossborder childcare collaboration between Italy and Slovenia

Cattedra-prosjektet er et grenseoverskridende samarbeid mellom barnesykehuset IRCCS Burlo Garofolo i Trieste og pediatriavdelingen ved University Medical Center Ljubljana i Slovenia (UMCL). I tillegg deltar tre industripartnere – Better, Cobik og Experteam SRL.

Prosjektet er finansiert, og en del av EU gjennom Interreg-prosjektet¹⁷.

¹⁴ [New online health space: What it changes for residents in France | The Connexion](#)

¹⁵ [What is My Health Space \(Shared Medical Record\)? | le site officiel de l'administration française](#)

¹⁶ [Mon Espace Santé | le site officiel de l'administration française](#)

¹⁷ [CATTEDRA | Italia Slovenia](#)

Det overordnede målet til prosjektet er å samle, dele og forbedre de terapeutiske metodikkene og diagnostiske mulighetene for sjeldne sykdommer hos barn innen pediatrik revmatologi. Prosjektet skal styrke samarbeidet mellom de to sykehusene for å øke kunnskapen om ungdoms auto immune sykdommer i naboregionene¹⁸.

Prosjektet ble i 2022 et av de tre prosjektene som ble valgt ut til å representere Interreg ITA-SLO under European Week of Regions and Cities i 2022¹⁹.

Prosjektet skal levere to hovedresultater. Det første er overføring, integrering og deling av diagnostiske og terapeutiske data om terapier. Dette vil ikke bare styrke samarbeidet mellom to sentrale pediatriske avdelinger, men vil også gi data og retningslinjer om vanlige terapeutiske protokoller som er nyttige for sykehus/leger/helsepersonell som er involvert i barn som er rammet av immunmedierte sykdommer.

Det andre er en mulighetsstudie av fire innovative diagnostiske tester som setter sammen erfaringene fra de to sykehusene. Mulighetsstudien av nye delte diagnostiske tester vil gjøre det mulig å legge grunnlaget for nye samarbeid på tvers av landegrensene, men også stimulere italienske og slovenske selskaper i biomedisinsk sektor til å samarbeide med forskningsorganisasjoner.

2.6. Nederland - Medmij

Nederland har en organisering og et tjenestetilbud som i praksis er ganske likt det norske. Den store forskjellen er at det er fire forsikringselskaper som finansierer store deler av helsetjenesten, ikke det offentlige som i Norge. Byggingen av en nasjonal pasientjournal begynte i 2002 med felles legevaktjournal som første mål. Aorta er et nasjonalt helsenett likt NHN, og det ble etablert en sentral indeks over hvor pasientinformasjon kunne finnes – en form for felles portalløsning for legevaktlegen og pasienten. Hovedaktør var NICTIZ, et offentlig organ. Portalløsningen ble stoppet i 2012 pga. politisk usikkerhet rundt personvern, og motstand fra noen av aktørene. Drift av helsenettet og utviklingen av elektronisk meldingsutveksling fortsatte. Først ganske nylig har Nederlandske sykehus begynt å opprette pasientportaler. Det er også først nå at myndighetene stimulerer markedet til utvikling av personlig helsejournal, (Medmij). Rammen er GDPR, personnummer («Citizen service number»), helsepersonellnummer, sertifisering og et sett av informasjons- og teknologistandarder²⁰,²¹. Frem til nå har ikke helseinformasjon vært tilgjengelig. I et personlig helsemiljø kan innbyggeren enkelt sammenstille, håndtere og dele informasjon. Innbyggeren kan også legge til informasjon eller måledata selv. For å være sikker på at informasjonen håndteres trygt er det utarbeidet mange rammer og krav («the MedMij Framework») som personlige helsemiljø og systemene hos helsepersonellet må oppfylle. Alle løsninger, applikasjoner, websider eller personlige helsejournaler som har kvalifisert at de etterfølger rammeverket, blir sertifisert. Denne sertifiseringen er også synlig for helsepersonell som utveksler informasjon gjennom nettverket.

I samarbeid med markedet (for eksempel leverandører av personlige helsemiljø, journalsystemer, applikasjoner mm), samt representanter for innbyggere er det utviklet og designet standarder. Standardene er en del av rammeverket aktørene må oppfylle. Spesifikasjonene som utarbeides til standardene er basert på HL7FHIR, og oversettes til FHIR profiler som tekniske krav til journalsystemene²².

¹⁸ [CATTEDRA - Interreg ITA SLO | YouTube](#)

¹⁹ [CATTEDRA -The Cattedra project has been chosen for the European Week of Regions and Cities | Italia Slovenia](#)

²⁰ [Keeping and sharing medical records | Netherlands Enterprise Agency R](#)

²¹ von Grätz P. Personal health records in Europe: National or beyond? Mobi health news. 2018.

²² [About MedMij - Home | Medmij](#)

2.7. Russland, Moskva: Integrated Medical Information and Analytical System of Moscow (IMIAS)

Dette er sannsynligvis det mest omfattende tiltaket vi kjenner til. Det gjelder antall brukere (helsepersonell og innbyggere), utforming av plattform og bredde av tjenester. Vi har, i likhet med øvrige omtalte prosjekt, forholdt oss til den informasjonen som er tilgjengelig via åpne kilder på nett, og det er dessverre begrenset tilgang til informasjon.

IMIAS er et komplekst informasjonssystem som automatiserer arbeidsprosessene til helsepersonell. Systemet inkluderer online avtaletjenester, elektronisk journalbehandling og elektronisk forskrivning basert på skyteknologi. Løsningen er designet for å øke kvaliteten og tilgangen til medisinske tjenester i offentlige helseklinikker. Prosjektet er utviklet og implementert som en del av programmet «Digital by» - et prosjekt som ble igangsatt i april 2014.

Moskva by er ansvarlig for alle helse- og sosialtjenester som dekker primær-, samfunns- og sosialomsorg og poliklinikker:

- 12,6 millioner innbyggere
- 85 sykehus, 150 klinikker og 408 avdelinger
- 660+ poliklinikker
- Pasienter: 9+ millioner
- Senger på sykehus: 83.000
- Leger: 23.600
- Nesten 500.000 online oppføringer daglig
- Mer enn 287 millioner avtalebestillinger
- Dokumenter/år: 1 milliard, 25TB
- Prosjektet involverer mer enn 4500 IT-spesialister fra over 30 russiske IT-selskaper

Utfordringene før innføring var i prinsippet de samme som vi kjenner fra de fleste land, Norge inkludert:

- Stort antall administrative oppgaver for leger (resept, henvisninger etc.).
- Papirbasert dokumenthåndtering (resepter, henvisninger, sykemeldinger osv.)
- Helsetjenestesystemer isolert fra hver annen
- Store mengder data generert på tvers av helsevesenet økosystem
 - Daglige online oppføringer: 500 000
 - Årlig timebestilling: 287 millioner
 - Dokumenter per år: 1 milliard, 25 TB
- Vansker med datadeling mellom helsevesenet enheter
- Lange ventetider

Hovedutfordringen var å skape en åpen plattform for å støtte helse og sosiale tjenester i Moskva. Kjernen i tilnærmingen var å skille data fra applikasjoner og lagre dem hos en leverandør i et teknologinøytralt format. Man valgte OpenEHR som standard, men i sameksistens med IHE (Integrating the Healthcare Enterprise) XDS-komponenter for elektronisk dokumentdeling.

Løsningen var utviklingen av IMIAS hvor hovedkonseptet var å etablere en helsedataplattform, der applikasjoner kan bygges på toppen av en felles arkitektur og gjøre det enklere å samkjøre løsningene enn de stort sett silobaserte systemene som har vært tilgjengelige fram til i dag.

Hovedmålet til IMIAS er å gjøre gratis medisinske tjenester mer tilgjengelige og praktiske for innbyggerne. Dette oppnås ved at medisinsk informasjon gjøres mer tilgjengelig for helsepersonell, noe som bidrar til å spare verdifull tid som ellers ville blitt brukt til papirarbeid, planlegging og innsamling av medisinsk informasjon.

IMIAS er et av de største elektroniske medisinske systemene i Europa og involverer over 600 medisinske institusjoner og 23 000 helsearbeidere. Omtrent 7,7 millioner innbyggere brukte systemet per 2022, og mer enn 114 000 000 transaksjoner ble gjennomført i løpet av første driftsår. Noen nøkkeltall om systemet:

- En enkelt standardisert pasientjournal

- 100% av pasientjournalene er elektroniske
- 98% av alle resepter er elektroniske
- 60% av alle sykemeldinger er p.t. elektroniske

Implementering gjøres i tre trinn. Det første trinnet er å gjøre registreringsprosessen helelektronisk på offentlige klinikker og sykehus. Dette vil gi folk muligheten til å planlegge egne legebesøk. Det andre trinnet i implementeringen er å opprette journaler og bruke elektroniske resepter for hver pasient. Disse vil bli konsolidert og delt i hele den offentlige medisinske sektoren. Det tredje trinnet vil være å forene offentlig medisinsk sektor med privat medisinsk sektor gjennom deling av journaler og innføring av digitale tjenester i alle deler av helsetjenesten.

2.8. Slovenia: CRPD

CRPD²³ (Central Registry of Patient Data) er sentral i slovensk e-helse. Den er designet for å utveksle og dele elektroniske helsejournaler nasjonalt. Slovenske helseorganisasjoner og deres personell lagrer/sender medisinske journaler og data til CRPD og har rett til å bruke dem for å levere helsetjenester. Pasienter har tilgang til sine CRPD-data via pasientportalen zVEM²⁴. Innholdet i CRPD omfatter ulike typer helsedokumentasjon og pasient journaldata. Teknisk og semantisk støtter CRPD-implementering seg blant annet på IHE XDS-integrasjonsprofiler og OpenEHR-informasjonsmodeller²⁵. I tillegg til å definere semantiske og tekniske standarder, har CRPD svært høye standarder for beskyttelse av personopplysninger og datasikkerhet²³.

Det sentrale pasientdataregisteret (CRPD) er en kjerneplattform i det slovenske e-helsesystemet, som muliggjør deling av elektroniske helsejournaler på nasjonalt nivå. Den består av mange forskjellige typer ustrukturerte medisinske dokumenter og pasientoppsummeringsjournaler. For tiden inneholder CRPD over 50 millioner dokumenter som dekker over 90 % av befolkningen. Plattformen er bygd opp for deling av pasientjournaler nasjonalt. Pasientene har full tilgang til egne journaler via en egen portal²³.

Sluttbrukere er registrert i en brukerdatabase med digitale sertifikater. Brukerdatabasen er knyttet til et register for helsepersonell. I registeret har en individuell lege en kode tildelt av arbeidsgiveren, tilpasset deres medisinske spesialitet og faktiske ansettelse.

Fullmakter for tilgang er basert på tjenstlig behov, gyldig henvisning, eventuelt pasientsamtykke eller akutte hendelser ved for eksempel legevakt. Full tilgang gis kun dersom spørrende leges ID samsvarer med forhåndsregistrert ID til valgt lege i et eget pasientregister. For andre leger verifiseres pasientens aktive henvisninger til helsepersonell, og tilgang gis kun dersom gyldig henvisning foreligger innen gitt tid.

Eventuelt pasientsamtykke må forhåndsregistreres på stedet. Etter pasientens eksplisitte uttalelse sender legen påmeldingspolicydokumentet via sin lokale journalbehandlingssøknad og får dermed tilgang uten å være valgt lege eller ha en aktiv henvisning. En lignende prosedyre gjelder for nødtilgang. Ved innsending av et skjema med en beskrivelse av tjenstlig behov for tilgang, i for eksempel akutsituasjoner, kan de nevnte begrensningene midlertidig omgås i maksimalt 8 timer.

CRPD har vært i drift siden 2015. Det meste av tilbakemeldingene fra interessentene har omhandlet autorisasjon av helsepersonell. Klager vedrørende dette er det desidert vanligste problemet rapportert av sluttbrukere, og representerer opptil 80 % av spørsmålene og feilrapportene. En betydelig mengde ressurser er nødvendig for å opprettholde eksisterende tilgangsmekanismer, samt å oppgradere dem ved nytt innhold. Siden menneskelige og økonomiske ressurser for e-helse er sterkt begrenset, er kapasitet for videre utvikling redusert.

En annen problemstilling for løsningen har vært juridiske begrensninger, og store utfordringer knyttet til muligheten for endring av disse, noe som er svært tidkrevende. Lovverket knyttet til deling og tilgang av helsedata er svært rigid. I tillegg er e-helse et lavt prioritert politisk område som har gitt ytterligere utfordringer²⁵.

²³ [Slovenian eHealth solutions at a glance | ezdravje](#)

²⁴ [Portal zVEM is your entry point to eHealth services | zvem](#)

²⁵ [Impact of data protection regulation on Slovenian eHealth | journal of global health](#)

2.9. Spania: The Catalan Digital Health Platform – SISCAT

Katalonia er en region i sør-østre Spania med i underkant av 8.000.000 innbyggere. Regionhovedstaden er Barcelona. Det er mer enn 160 selskap i nesten 1.000 lokasjoner som leverer helsetjenester, og i sum benyttes mer enn 16.000 ulike applikasjoner.

Katalanske myndigheter har vedtatt en plan²⁶ og startet en prosess for å få på plass et klinisk datalager basert på OpenEHR-standarden for det katalanske helsevesenet. Noe av bakgrunnen er dagens fragmenterte situasjon og begrensinger på grunn av siloer og leverandørinnlåsing, samt datamodeller som ikke snakker sammen.

Den elektroniske helsejournalen er hoveddelen i SISCAT²⁷ Information Systems Master Plan og representerer det funksjonelle og tekniske depotet for all informasjon om innbyggeren som må registreres og deles i hele helsesystemet.

Deres tanker for en åpen fremtid baserer seg på å skille data og applikasjon og lagre data i et åpent format (OpenEHR). De mener at dette vil gjøre det mulig å la data følge pasienten gjennom livet og de ulike delene av helsetjenestene. Det vil fremme bedre samhandling og det vil bidra til å styrke og øke innovasjonen både av løsninger og i tjenestene. Nøkkelen er å etablere en sterk datastyring som involverer klinikere og leverandørindustrien. Hovedmålene beskrives som å:

- konsolidere en innbyggersentrert modell av informasjonssystemer som muliggjør klinisk og administrativ beslutningstaking gjennom hele omsorgssyklusen
- etablere en styringsmodell av informasjonssystemer med solid støtte fra samfunnet samtidig som kontinuitet i omsorgen sikres
- fastsette et finansieringsrammeverk for å sikre implementering og bærekraft over tid
- skape miljøer og muligheter for å designe og implementere innovative og innbyggersentrerte IKT-baserte omsorgstjenester
- sette opp et ambisiøst, men realistisk veikart, som vil tillate en langvarig, vellykket og sikker implementering av den nye modellen

Dette skal realiseres ved å etablere grunnlaget for en full EPJ basert på OpenEHR og FHIR.

I 2021 gjennomførte Katalanske myndigheter en RFI (Request for information) som ga svar fra 15 ulike tilbydere som i varierende grad svarte ut forventningene. Først og fremst viste undersøkelsen at det ikke fantes noen enkelt løsning som kan dekke 100% av beskrevne behov. Samtidig ga den et grunnlag for å designe et tilbud som gjør det mulig å utnytte bredden av tilbud i markedet i integrerte pakker av løsninger.

I november 2022 utlyste man et anbud²⁸ for leveranse på data som en tjeneste (DaaS) i samsvar med OpenEHR-standarden. Løsningen(e) skal dekke den kliniske kunnskapen til alle innbyggere og benyttes av hele det katalanske helsevesenet. Frist for tilbud ble satt til 21.12.2022. Det er ikke kjent hva resultatet av anbudsforespørselen er, men det blir viktig å følge denne prosessen framover fordi det er den første prosessen hvor en åpen plattformløsning legges til grunn for en komplett helsetjeneste i en hel befolkning.

2.10. Spania: Health Data Architecture for Learning, INFOBANCO

Den regionale regjeringen i Madrid har begynt et offentlig kjøp av innovativ teknologi som vil tillate implementering av en tjenesteplattform som vil gi klinikere, ledere og forskere verktøy for styring, innsamling, transformasjon, spørring, visning og analyse av data for å gi kunnskap og støtte for beslutningstaking.²⁹

Prosjektet, kalt INFOBANCO, har en spesifikk frist for implementering – juni 2023 – og innebærer en investering på 1,97 millioner euro, medfinansiert av ERDF (European Regional Development Fund) gjennom departementet for vitenskap og innovasjon.

²⁶ [The Catalan Information Systems Master Plan | Generalitat de Catalunya](#)

²⁷ [Webinar: Key points of the Clinical Data Repository tender for the Catalan Health Care System | ECHAlliance](#)

²⁸ [Anbudsutlysninger, Anbud, Leverandørprofiler, Elektronisk plattform for offentlige anskaffelser | gencat.cat](#)

²⁹ [RHEA Awarded Contract to Support the Health Council of Madrid | RHEA Group](#)

For å utvikle den nye plattformen har et konsortium ledet av [NTT DATA](#)³⁰ og bestående av Better, VeraTech for Health og [RHEA](#), laget et verktøy for å forbedre nåværende og fremtidige teknologiske systemer som vil gjøre det mulig å utvikle et verdibasert helsevesen, biomedisinsk forskning og annen sekundær bruk. De har implementert en digital helseplattform og openEHR-teknologi for å lansere Infobanco-prosjektet.

Informasjonen vil bli lagret i en datasjø – et standardisert depot som lar all klinisk informasjon samles på ett sted – for å sentralisere informasjonen og gjøre den delbar. I tillegg vil alle kliniske data lagres i et åpent elektronisk helsejournalformat (HER) ved bruk av Better Platform og vil bli harmonisert med internasjonale standarder.

Den første implementeringen vil bli utført ved [Hospital Universitario 12 de Octubre](#) i Madrid, og vil være den første noden i nettverket av sykehus som vil tjene som første skritt mot en nettverksmodell som tillater deling av data mellom sykehus. Dette fremmer regjeringens mål om å skape en regional datanettverksarkitektur for å støtte helsetjenesten for de 7 millioner menneskene i regionen Madrid.

Infobanco-prosjektet har som mål å utvikle en innovativ arkitektur for et regionalt helsedatanettverk³¹.

2.11. Stor-britannia: OneLondon shared care planning

OneLondon er et program designet, planlagt og styrt av et partnerskap av helse- og omsorgsorganisasjoner, sammen med innbyggere i London og helsepersonell. Programmet skal sikre at personlig helseinformasjon kan støtte raske, effektive og trygge helsetjenester.

Dette oppnås gjennom å koble helse- og omsorgsjournaler gjennom OneLondon og muliggjøre nesten sanntidsdatadeling mellom helsetjenestene. Dette skal støtte de kliniske aktivitetene, både forebygging, undersøkelser og behandling av sykdom. Målet er å forbedre innbyggers opplevelse, samt opplevelsen av tjenesten. Programmet OneLondon skal også støtte helsetjenestenes planlegging, kvalitetsforbedring, utvikling og kunnskapsgrunnlag³².

OneLondon lar helsepersonell som er involvert i behandling se viktige detaljer om pasientens helse, når og hvor de har behov for dette. Eksempler er diagnoser/tilstander, testresultater, foreskrevne medisiner, allergier eller behandlingsplaner. Dette bidrar til å øke pasient- og behandlingssikkerhet, og kan også øke kommunikasjon mellom behandlere i London og med behandlere utenfor.

De aller fleste fastleger og sykehus i London kan nå bruke OneLondon for å dele sin informasjon. I tillegg er det noen kommunehelsetjenester og ambulansetjeneste, samt andre NHS tjenester som kan benytte løsningen.

Siden mars 2020 har det vært over 21 millioner søk på OneLondon. Dette betyr at helsepersonell kan gi raskere, tryggere og mer effektiv pleie for beboere i London³³.

OneLondon har utarbeidet et rammeverk «OneLondon Data Sharing Framework» som er en overordnet beskrivelse av prinsipper for datadeling i London. Det skal bidra til at integrerte pleiesystemer eller andre partnerskap har en felles retning for å sikre at alle systemene er på linje med hverandre. The Data Sharing Framework sørger for prinsippene for å sikre interoperabilitet, inkludert, men ikke avgrenset til, tilsyn, rollebasert tilgang mm. De er derfor som målsetning å tilby en felles forståelse mellom alle aktører på hvordan de skal fungere sammen, tilby trygghet ovenfor løsningene og aktørene om at utviklingen er i tråd med informasjonssikkerhet og personvern³².

Nå er Londons «Urgent Care Plan» implementert i fem integrerte pleiesystemer, 40 NHS stiftelser og 1400 allmennmedisinske praksiser. Det betyr at 11 millioner innbyggere i hovedstaden nå kan få deres helse og behandlingsønsker delt digitalt med helsepersonell. I desember 2022 ble en leverandør tildelt en kontrakt på £3,1 millioner for å tilby en slik løsning³⁴.

³⁰ [La Comunidad de Madrid investerte 1,97 millioner - medfinansiert av FEDER - i utviklingen av en ny plattform | NTT data](#)

³¹ [Infobanco: Innovative use of health data for research and analysis | Better](#)

³² [OneLondon Data Sharing Framework | OneLondon](#)

³³ [The London Care Record | OneLondon](#)

³⁴ [Shared care planning solution is deployed across London | Digitalhealth](#)

Teknologien tilbys gjennom en openEHR informasjonsplattform. Denne skal også gjøre det mulig med fremtidig utvikling av multiple pleieplaner og digitale tjenester som kan bli designet for å støtte mennesker med forskjellige helsemessige behov og andre tilstander, for eksempel med læringsutfordringer, psykiske utfordringer, astma mm³⁵. Plattformen lagrer informasjon i et internasjonalt standardisert format for helseinformasjon, openEHR³⁶. Deler av informasjonen gjøres også tilgjengelig gjennom grensesnitt tilpasset HL7FHIR som er etablert format³⁷ for informasjonsutveksling i sektoren. Plattformen tilbyr også rammeverk for å kunne integrere og bygge inn mindre applikasjoner og tjenester i eksisterende systemer.

I den grad det er aktuelt, må pasienthistorikk og oppdateringer hentes manuelt fra parallelt eksisterende EPJ eller gjennom et antall integrasjoner.

2.12. Stor-britannia: NHS Greater Manchester: Personal Health Data Stores

The Greater Manchester Care Record (the GM Care record) er en levende, digital ressurs for byens 2,8 millioner innbyggere. Den blir brukt for å forbedre helsetjenester og redde liv. GMCR sørger for å sammenstille informasjon fra NHS og omsorgstjenester for alle 10 Greater Manchester områder (boroughs), slik at informasjonen kan bli tilgjengelig for helsepersonellet, uavhengig av hvor du mottar pleie.

Helsepersonellet får tilgang til relevant informasjon og dette vil bidra til at innbygger mottar behandlingen som er nødvendig, til riktig tid og på riktig måte.

I dag vet man følgende:

- 433 allmennpraksiser bidrar med pasientenes helseinformasjon til GM Care Record
- 99,67 % av behandlingsnotater i Greater Manchester blir nå delt via regionenes helsetjenester
- 190 135 pasientjournaler blir anvendt av helsepersonell i førstelinje i løpet av en måned (Nov 2022) for få bedre informasjon for beslutninger og pleie

Leger, sykepleier, helsearbeidere og annet medisinsk personell kan nå få beslutningsstøtte om individuell pleie og behandling ved å bruke GM Care Record. I 2020 ble det godkjent endringer på «the Control of Patient Information» som tillot at helseinformasjon kunne bli anvendt på tvers av regionenes helsetjenester. Disse endringene betød derfor at GM Care Record kunne bli brukt for å beskytte samfunnet under pandemien (Covid-19), samt at anonymisert informasjon kunne bli anvendt til forskning og planlegging av pandemiltak.

I GM Care Record finnes følgende:

- Helsemessige eller behandlingsmessige utfordringer helsepersonell må være klar over
- Foreskrevne medikamenter
- Allergier
- Nylige testresultater
- Vaksiner
- Pleie eller behandlingsplaner
- Detaljer om sosial hjelp eller annen støtte innbygger kan motta

Informasjonen som finnes i GM Care Record hentes fra flere sentrale områder innenfor helsetjenestene som primærhelsetjenestene og allmennpraksisene (fastlegene), sosiale tjenester, psykisk helse, samt spesialisthelsetjenestene mm³⁸.

GM Care Record spiller også en svært viktig rolle for innbygger, og skal gi mulighet for å forbedre individuell og mer individtilpasset pleie.

Som innbygger blir informasjonen trygt delt med mål om å gi bedre helsetjenester og riktig behandling. Dette fordi helsepersonellet kan få oppdatert informasjon om behov, eller eksempelvis individuell pleieplan som dermed kan bli fulgt mer konsekvent. I tillegg er målene at GP Care Record

³⁵ [Shared care planning solution deployed across London | Buildingbetterhealthcare](#)

³⁶ [The future of health & care is open | OpenEHR](#)

³⁷ [Welcome to FHIR | HL7FHIR](#)

³⁸ [Bringing together health and care information across Greater Manchester | GM Care Record](#)

skal effektivisere beslutninger relatert til behandling, tilby tilgang til viktig informasjon som medikasjon, test resultater og allergier, redusere pasientskader (eksempelvis allergiske reaksjoner), understøtte planlegging av pleie og behandling, samt forbedre koordinering mellom tjenester og områder³⁹.

I tillegg kan informasjonen hjelp til å forstå og besvare viktige helsemessige problemstillinger (eksempelvis covid-19). Dette fordi anonymisert informasjon kan bli brukt for forskning⁴⁰.

2.13. Stor-britannia: Skottland – National Digital plattform

Skottland har en digital strategi⁴¹ som ligner mye på tankene bak Felles kommunal journal. De planlegger en plattform der journalinformasjon og applikasjoner er skilt. Når de bruker betegnelsen én innbygger – én journal refererer de til samling og tilgjengeliggjøring av all journalinformasjon til den enkelte innbygger. Skottland er også interessant fordi deres organisering og styring av helsetjenesten har flere likheter med de nordiske modellene.

Skottlands strategi og visjon handler om å forbedre kvalitet og omsorg for innbyggerne ved å ta i bruk teknologi i design og leveranse av tjenester. I den oppdaterte strategien fra 2021 finnes også et rammeverk for utvikling, «Data Strategy for Health and Social Care». Denne strategien skal sikre at helse- og omsorgsinformasjon støtter og forbedrer leveransen av helse- og omsorgstjenester, og legger bedre til rette for innovasjon og forskning. Strategien skal understøttes av en rullerende treårig leveranseplan, oppdatert hvert år fra april 2022. Dette skal gi et detaljert veikart for å realisere felles ambisjoner, samt beskrive mer detaljert hvem, hva, hvordan og når, knyttet til realisering av den overordnede strategien.

Et av hovedmålene er at innbyggere skal ha tilgang til, og større kontroll over, egen helseinformasjon. I tillegg skal de ha tilgang til digital informasjon, verktøy eller tjenester som de behøver for å opprettholde og forbedre egen helse og velbehag. Et annet viktig hovedmål knyttet til helsepersonell og helsetjenester er bygget på et innbyggersentrert, sikkert og etisk digitalt fundament som skal tillate helsepersonellet å få tilgang til og dele relevant informasjon på tvers av helsetjenestene, samt føle seg trygge i bruk av digital teknologi med mål om å forbedre leveransen av tjenestene. Administrasjon, forskere og innovatører skal ha sikker tilgang til informasjon de trenger for å øke effektivitet i helse og omsorgstjenestene, eller utvikle nye og forbedrede måter å arbeide på.

Det pekes også på at alle parter må omfavne endringene som er nødvendig, eksemplvis å forplikte seg til konstant forbedringsarbeid, innovasjon, utvikling og læring. I tillegg må alle forbedre bruken av informasjon og data, samt involvere brukere i utvikling og design av løsninger, teknologi og tjenester som støtter dem og deres prosesser.

For å gradvis oppnå målene, og etter hvert også realisere visjonen, legger strategien følgende seks prioriterte områder til grunn:

- Digital tilgang: Innbyggerne skal ha fleksibel digital tilgang til egen og øvrig relevant informasjon og tjenester som støtter deres helse og velferd, uansett hvor de befinner seg
- Digitale tjenester
Digitale alternativer er økende tilgjengelig som et valg for innbyggere som skal anvende tjenester og personell som skal levere disse
- Digitalt fundament
Infrastruktur, systemer, reguleringer, standarder og styring er på plass for å sikre en robust og

³⁹ [Individual Care | GM Care Record](#)

⁴⁰ [Research and Planning | GM Care Record](#)

⁴¹ [Digital health and care strategy | Scottish Government](#)

sikker leveranse av tjenester

- Digitale ferdigheter og lederskap
Digitale ferdigheter blir sett på som en kjernekompetanse for personell i helse og omsorgssektoren
- Digital fremtid
Det er viktig at staten fortsetter å være pådriver for digital innovasjon og utvikling, både som en positiv innvirkning på innbyggers opplevelse og i et samfunnsøkonomisk perspektiv
- Datadrevne tjenester og innsikt
Data skal samles til fordel for innbyggere, tjenester og innovasjon

En viktig forpliktelse i den foregående strategien var å utvikle en nasjonal digital plattform (A National Digital Platform – NDP). Det skulle ikke være et produkt, men en tilnærming basert på samarbeid og integrasjoner for å levere skybaserte digitale komponenter og tjenester. I den nye strategien ser man på ny arkitektur, utvikling av skystrategi og økende fokus på felles standarder. Ved å gi tilgang til data og tjenester må det samtidig sikres at tjenester kun tilbys til de som har tjenstlig behov. Dette krever både at ansatte og innbyggere må kunne verifisere sin identitet. En digital tilnærming handler slik sett om mer enn bare teknologi og systemer, det handler også om å tenke digitalt og styre digitale organisasjoner.

I Skottland skal de ta i bruk Snomed CT, og utforske muligheter for å bruke den i helsesektoren ved å:

- Ha fokus på opplæring og støtte for brukerne for å lære og bruke nye koder for pasientbehandling
- Sikre felles tilnærming til digital identitet hvor personlig informasjon er kontrollert av det enkelte individ
- Utvikle og tilby støtte for organisasjoner som skal utvikle seg til å bli digitale organisasjoner.
- Utarbeide en skystrategi som detaljerer ønsket tilnærming for helse og omsorgstjenester i forhold til nasjonal infrastruktur, arkitektur inkludert hvordan utviklingen av en digital plattform skal bidra til å sikre både innbyggere og helsepersonell tilgang til relevant informasjon når det er behov for det.
- Foreta jevnlig publisering av oppdaterte detaljer for ønsket tilnærming for å sikre samsvar med tekniske, informasjonsmessig og designmessige standarder, samt utvikle en utviklings- og anskaffelsesstrategi som dekker nasjonal, regional og lokal tilnærming for å utvikle og kjøpe digitale produkter, inkludert krav til alle leverandørene om å vise deres forpliktelse til innbyggere, brukerbehov og design.

2.14. Sverige: Karolinska universitetssjukhus – og Region Stockholm

Karolinskas IT-organisasjon har siden 2021 bygget en organisasjon som i tillegg til forvaltning og drift, med større evne kan drive ny utvikling. Fremtidens omsorg og forskning er datadrevet. Karolinska ser behovet for å kunne lagre opptil 50 PB⁴² med data. Sammen med den økte kapasiteten for lagring må de kunne gjøre tilgjengelig alle kliniske data som trengs for klinisk beslutningsstøtte og for å støtte kvalitetsoppfølging, forskning og presisjonsmedisin.

I 2021 er teknologioppgraderingen av det eksisterende datalageret fullført, og nye datakilder er lagt til. Fremtiden krever en robust og moderne lagringsløsning basert på teknologi som er skalerbar, driftssikker og kostnadseffektiv. På toppen av lagringsløsningen trengs en integrasjons- og plattformløsning. Denne plattformen gjøre sykehuset i stand til enkelt å bygge det nye, sammenhengende helseinformasjonsmiljøet modul for modul og dermed redusere avhengigheten av gamle systemer og introdusere nye med mindre forstyrrelser i drift. Løsningene er basert på åpne standarder, som muliggjør interoperabilitet og overganger i omsorgsstrømmer. En viktig komponent i plattformløsningen kom på plass i 2021, et klinisk datalager, basert på openEHR. Grunnarbeidet er

⁴² PB = PetaByte = 10¹⁵ byte (1 000 000 000 000 000 byte)

gjort og nå starter sykehuset, med datalageret som grunnlag, å skape omsorgsrelatert digital utvikling både på Karolinska⁴³ og for Region Stockholm.

Region Stockholm⁴⁴ har siden 2015 påbegynt to påfølgende tradisjonelle anbudsprosesser for å anskaffe nytt journalsystem («Framtidens vårdsystem»). Begge har av ulike årsaker blitt trukket tilbake etter å ha vært i markedet en periode.

Den 18.05.2021 besluttet regionstyrelsen å gå for en strategi der det gamle journalsystemet byttes ut gradvis, og nytt informasjonsmiljø bygges av flere standardiserte moduler i stedet for ett stort system. Det er en ambisjon om et mer fleksibelt informasjonsmiljø gjennom bruk av etablerte standarder for lagring og utveksling (eks: OpenEHR og HL7 FHIR). På denne måten skal IT-systemene kunne utvikles i takt med virksomhetenes ulike og foranderlige behov og de stadig nye tekniske mulighetene.

Arbeidet skal skje innenfor rammen av en overgripende arkitektur med høyt sikkerhetsnivå som sikre kontroll og kvalitet på data fra tjenestene. System og moduler skal være kompatible og muliggjøre:

- Integrasjon og sikker overføring av digital informasjon til andre helsetilbydere og regioner
- Tillate at helseinformasjon kan følge innbygger på et korrekt og sikkert vis både mellom ulike helsetilbydere og regioner og fungere med relevante nasjonale tjenester

Arbeidet skal gjenbruke tidligere resultat og baseres på en stegvis tilnærming med tydelige virksomhetskoblinger. På den måten skal kostnadsnivået holdes nede i forhold til tidligere anbud.

En forutsetning for veivalget er at regionen selv bygger opp et samlet og sammenholdt lager av journalinformasjon og helse- og omsorgsdata, slik at grunninformasjonen ikke blir for splittet eller innelåst i ulike leverandørspesifikke format og system. Regionen har gitt Karolinska Universitetssjukhuset et oppdrag med å gjennomføre en pilot (se over) med hensikt å skape et felles helseinformasjonslager for tilgjengeliggjøring og analyse av informasjon fra ulike system i regionen.

Det er relativt tett «lokk» på informasjon fra Stockholm etter dette og det har ikke vært mulig å få noen oppdatert status i prosjektet p.t.

2.15. Tyskland: HiGHmed

HiGHmed⁴⁵ startet som et medisinsk informatikkprosjekt med sikte på å øke tilgjengeligheten til medisinske pasientdata for klinisk forskning, utdanning og helsevesen. Dette skal bidra til en forbedret og mer forebyggende pasientbehandling⁴⁶.

HiGHmed deltar i det nasjonale finansieringsprogrammet kalt «Medical Informatics Initiative» annonsert av «Bundesministerium für Bildung und Forschung» i 2015. Etter en innledende konseptuell fase mottok grunnleggerne av HiGHmed-konsortiet, The University Hospital Heidelberg, University Medicine Göttingen og Hannover Medical School, midler til utvikling- og nettverksfasen (2018-2022) av programmet. Ved starten av fasen i 2018 ble ytterligere 5 universitetssykehus med i samarbeidet.

Innenfor HiGHmed Consortium arbeider man nå sammen for å opprette Medical Data Integration Centers (MeDICs) basert på en generisk og skalerbar referansearkitektur for å integrere data fra pleie, forskning og eksterne kilder. Dette skal fasilitere utviklingen av nye løsninger for medisinsk dataanalyse som skal komme klinikere, pasienter og forskere til gode.

Det langsiktige målbildet for HiGHmed Consortium er å utvikle en felles teknologiplattform mellom alle universitetssykehus og forskningsenheter som raskt skal assistere og fremme informasjons- og forskningsbasert kunnskap og beslutninger for pasientsentrert diagnostikk, behandling og pleie.

Konseptet blir utviklet gjennom tre prototyper (usecases) og implementert til andre kliniske partnere på mellomlang og lang sikt. HiGHmed Consortium vil utvikle en referansearkitektur på tvers av institusjoner basert på relevante og eksisterende standarder som IHE, openEHR og FHIR. Dette

⁴³ [Annual Review 2021 | Karolinska university hospital](#)

⁴⁴ [Nu stakar Region Stockholm ut vägen för hur sjukvårdens framtida IT-miljö ska byggas | It-halsa](#)

⁴⁵ [HiGHmed - Who we are | HiGHmed](#)

⁴⁶ [HiGHmed Consortium - About us - About the project | HiGHmed](#)

inkluderer profiler for disse standardene, og bli enige om felles semantikk for sanntidsimplementering. Referansearkitekturen vil bli fleksibel og skalerbar og åpen⁴⁷.

Det skal anvendes tre kliniske bruksmønstre innenfor områdene onkologi, kardiologi og infeksjonsmedisin som eksempler på hvordan data, informasjon og kunnskap fra helsetjenester og forskning kan bli linket sammen på tvers av kilder til fordel for pasienten.

For å øke effektiviteten av klinisk forskning og oversette forskning resultater mer effektivt inn i forbedringer i pasientpleie, utvikling og bruk av innovativ informasjons infrastruktur er sentralt. Målet er å understøtte helsepersonellens evne til å ta pasientsentrerte beslutninger på bakgrunn av informasjon.

I dag kombinerer prosjektet kunnskap fra åtte universitetssykehus og medisinske fakultetet, i tillegg til andre partnere fra akademia og næringsliv. Dette blir brukt inn i prototype kliniske bruksmønstre i onkologi, kardiologi og infeksjonskontroll. I programmets kommende fase (Consolidation and Further Development Phase) fra 2023-2026 vil det bli bestemt hvilken suksessfull IT løsning som kan bli brukt i en bredere og større skala⁴⁸.

Covid-19 Data Exchange Platform (CODEX)-prosjektet hadde som mål å etablere en sentral, sikker og interoperabel dataplattform for forskningsresultater om COVID-19. Plattformen ble etablert som en åpen dataplattform basert på OpenEHR⁴⁹. Plattformen koordinerer og standardiserer den desentraliserte innsamlingen, lagringen og leveringingen av forskningsdata ved universitetssykehus over hele landet og gjør oppdaterte forskningsresultater om COVID-19 tilgjengelig på en sentralisert måte.

3. EKSEMPLER PÅ PLATTFORMER I ANDRE SEKTORER

I dette kapitlet beskrives noen relevante plattformer i ulike sektorer som har implementert et grunnleggende skille mellom funksjonalitet og informasjon.

3.1. Eksempel fra bank- og finansbransjen

Det finnes svært mange ulike plattformer innenfor bank- og finansbransjen.

Utvikling av digitale plattformer og tilhørende markeds plasser har skjedd over lang tid i bank- og finanssektoren. Bankene samarbeider om en felles plattform som registrerer alle transaksjoner som skjer i og mellom ulike finansinstitusjoner. På denne plattformen har de ulike bankene etablert sine egne løsninger, men hvor eksempelvis tilgangsstyring stort sett er basert på samme digitale verifisering; Bank-ID. Dette er grunnlaget for at det aller meste av økonomiske transaksjoner i dag er digitale. Det betyr at de går via/mellom en eller flere plattform selskap. Mastercard (som eier visa) tilbyr eksempelvis en digital plattform for betaling med fysiske kort. Paypal og Klarna er eksempler på plattformer som tilbyr digitale handelssteder som netthandel. Vipps er et annet plattform selskap som gjør betaling og transaksjoner tilgjengelig via mobilen.

Innen investeringer er børsene de mest kjente plattform baserte markeds plassene. Oslo Børs (som eies av Euronext) er en digital plattform og markeds plass for omsetning av verdipapirer som aksjer og obligasjoner. Her kan alle som registrer seg kjøpe og selge verdipapirer. Utstedere (selskaper) kan registrere seg (gå på børs) for å tilby sine obligasjoner eller aksjer, noe som åpner opp for at flere kan eie en del av selskapet. Jo flere som tilbys å eie, desto mer kapital vil være tilgjengelig for selskapene.

3.2. Eksempel fra reiseliv

Innen reiseliv finnes en av de første og mest suksessrike digitale plattformene, Amadeus. Dette er en digital plattform for reservasjoner av reiser og opphold som kan synkroniseres med ulike fagapplikasjoner, bestillingsløsninger og transportiere. Tilgang til Amadeus er «åpen» og legger

⁴⁷ [HiGHmed - Technical Concept | HiGHmed](#)

⁴⁸ [HiGHmed - About us - Our History | HiGHmed](#)

⁴⁹ [Open ecosystem for 9 German university hospitals: The HiGHmed Project | OpenEHR Nederland](#)

grunnlaget for de mange ulike reiseplanleggerne som finnes i markedet. Amadeus består av en sentral oversikt over alle planlagte og tilgjengelige reiser fra punkt A til punkt B.

Flyselskapene legger løpende inn sine planlagte reiser (eksempelvis flyreiser mellom ulike byer i Europa). Dermed kan reisebyråer og enkeltpersoner bruke en av de mange nettbaserte søkemotorene som finnes og finne hvilke avganger som er tilgjengelig, hvilke tilbud og klasser som finnes og hva det vil koste. Det er også – som regel – mulig å booke direkte i løsningene. Flyselskapene får tilgjengeliggjort sin kapasitet og pris, som ofte er dynamisk, basert på tilgjengelighet og etterspørsel, til samtlige interesserte aktører. Reisebyråene kan på sin side legge på påslag for å gjennomføre en reservasjon hos et gitt flyselskap.

Amadeus inneholder reiser fra mange andre transportører enn flyselskap, i tillegg til en mengde hoteller. Det er ikke pliktig å være koblet til Amadeus og ikke alle prioriterer det, men de fleste større reiseselskapene benytter seg av løsningen. Det gjør også flyplasser, reisebyråer og andre «transportører».

Entur er et norsk plattformsselskap innen reiseliv. Selskapet er etablert og heleid av Samferdselsdepartementet. Her samles all informasjon om kollektivreiser i Norge i en felles dataplattform som tilgjengeliggjøres for ulike aktører. Kollektivselskaper, reisebyråer, stasjoner og passasjerer gis tilgang til opplysningene. Du kan også kjøpe billetter for en reise, på tvers av flere og uavhengig av valgt transportform på hele eller deler av strekningen. Plattformen til Entur forenkler kollektivreiser på tvers av ulike tilbydere vesentlig. Entur har også sin egen app for reisende, så man enkelt kan planlegge sin reise og kjøpe billett. Betaling for reisen fordeles umiddelbart på de ulike reiseoperatørene basert på avtalte fordelingsnøkler.

3.3. Eksempel fra energisektor

Elhub, er et plattformsselskap som er heleid av Norges vassdrags- og energidirektorat, og som mottar, lagrer og deler/distribuerer målerdata. De foretar også beregninger på de mottatte måleverdiene og legger til rette for markedsprosesser som bytte av strømlleverandør. Elhub benyttes av nettselskaper, kraftleverandører og de andre aktørene som er involvert i leveranse og formidling av elektrisk kraft i Norge, inkludert tredjeparter og forskningsmiljøer.

Utviklingen av Elhub ble gjort som et sentralt prosjekt og kostet om lag 650 millioner. De årlige driftskostnadene for Elhub er rundt 150 millioner. Elhub har også utarbeidet en gevinstrealiseringsrapport⁵⁰ som er tilgjengelig på nettsidene deres.

Som dataplattform er Elhub et godt eksempel på hvordan deling av informasjon muliggjøres og forenkles gjennom plattformløsninger. Tidligere innhenting av måleverdier ble foretatt gjennom avlesing og innsending av brukerne selv, og var både uforutsigbar og hadde utfordringer med datakvalitet. Gjennom felles innsamling og tilgjengeliggjøring av målerdata har sektoren kunnet effektivisere og utvikle nye produkter og tjenester til brukerne.

Eksempler på dette er strømselskapet Tibber som har utviklet funksjonalitet for smart styring av strømforbruk, varslinger og kombinert dette med andre digitale tjenester og produkter. Tibber, som andre strømselskap, kjøper strøm via Nordpool, som er den strømbørsen som benyttes i Norge.

Nordpool er en av Europas ledende markedsplasser for kjøp og salg av elektrisk strøm. Her kommer kraftprodusenter og strømselskaper sammen for å omsette strøm. Strøm tilbys og omsettes basert på flere ulike faktorer som mengde, fordeling, avstand, opprinnelse med mer. Nordpool sin markedsplass er regulert og standardisert for å sikre effektiv og enkel handel mellom partene. Nordpool fungerer også som et tillitsanker for oppgjør og handelen mellom de ulike partene. All handel skjer gjennom egne applikasjoner som tilknyttes Nordpool sin børs gjennom API-er og andre grensesnitt. Alle aktørene må ha avtale med Nordpool for å kunne benytte løsningen til handel.

Nordpool tilbyr også beregninger og prognoser for pris fremover i tid i tillegg til historiske priser. Nordpool har også andre tjenester og produkter som de tilbyr sine kunder som en del av markedsplassen. Eksempelvis distribusjon, betalingsoppgjør, data og analyser samt rådgivning relatert til regulering og etterlevelse av denne.

⁵⁰ [Gevinstrealisering av Elhub og tilhørende regulering | Elhub](#)

3.4. Eksempel fra værvarsling

YR ble offisielt lansert den 19.09.2007 og eies av NRK og Meteorologisk institutt. Yr.no er en av svært mange værvarslingstjenester på nett, men samtidig har den fått en tilnærmet status som referansekilde og «state of the art» pga pålitelighet, globalt nedslagsfelt og enkelt grensesnitt. Yr baseres på tilgang til værdata fra mer enn 7 millioner steder i verden (700 000 av dem i Norge). Modellene utarbeides av de kraftigste datamaskinmiljøene i Norge og oppdateres flere ganger daglig. Det er mer enn tre millioner brukere per uke på nettstedet.

Yr baseres på tilgang til åpne datakilder som også kan benyttes av andre leverandører og tjenester. Det er forutsetningen for at man kan etablere en både svært detaljert nasjonal tjeneste og samtidig en tilfredsstillende global oversikt.

Yr er gratis i bruk for alle i likhet med de fleste nasjonale løsningene i Europa. I tillegg finnes det en betydelig mengde reklamefinansierte tjenester og også en del abonnementstjenester. Felles for samtlige er at tilgangen til kildedata stort sett er den samme, forskjellen ligger i hvilke beregningsmodeller og -miljø som benyttes og hvor effektive og brukervennlige applikasjonene er.

4. OPPSUMMERING

Vi har gitt en rask og summarisk oversikt over noen kjente tiltak som baseres på deling av informasjon via en åpen plattformløsning. Dette er stort sett tiltak vi har funnet via åpne kilder på Internett og det representerer dermed et begrenset utvalg. Det er sannsynligvis mulig å finne langt flere tiltak, og det er all grunn til å gå grundigere inn i og undersøke noen av tiltakene som er beskrevet. Samtidig er det også verdt å minne om at helsetjenestene er ulike i de aller fleste land. Det gjelder områder som:

- Organisering
- Styring
- Finansiering
- Lovverk
- Arbeidsprosesser
- Kultur

I sum gjør det at det er mindre overføringspotensiale innen e-helse enn på mange andre samfunns- og næringsområder. Det er viktig å ha med i bildet, både ved vurdering av løsninger i andre land og ikke minst ved eventuelt kjøp og innføring av løsninger som er utviklet i og for et annet marked. Tilpasninger og endringer av både system og arbeidsprosesser kan fort gi betydelige kostnader og utfordringer i en utviklings-, innførings- og driftsfase. Samtidig bør det være nytte i å vurdere ulike tekniske løsninger og arkitektoniske grep som er lagt til grunn. Det er løsninger som representerer en mer generell tilnærming hvor overføringspotensialet kan være betydelig.

Vårt mål bilde er basert på at informasjon «skilles» fra løsningene gjennom en plattform som gjøres tilgjengelig for mottagere med legitime behov og rettigheter, og hvor brukere og løsninger utgjør et felles økosystem. Selv om dette er et konsept som er godt kjent og vel etablert i en rekke samfunnssektorer er det fortsatt få, og stort sett enkeltstående eksempler innen helse. Årsakene til det er mange:

- helseinformasjon er langt mer kontekstavhengig enn annen informasjon og dermed mer krevende å standardisere og forvalte
- personvernet har hatt, og skal ha en sterk posisjon, men det har også hersket en misoppfatning av at tilgjengelighet er en generell trussel mot personvern og det har hindret utviklingen
- de tradisjonelle systemene for forvaltning av helseinformasjon er basert på at informasjon og brukertiløsningene i stor grad kontrolleres av leverandørene

Samtidig er dette et område i en betydelig og rask utvikling og Gartner beskrev⁵¹ allerede i 2021 en utvikling i en plattformbasert retning hvor de oppsummerer dagens situasjon kontra en plattformbasert løsning i figuren under:

Current Versus Future State of Healthcare		
	Current State of Healthcare	Future State — Digital Health Platform Era
Enterprise	<ul style="list-style-type: none"> • Departmentalized thinking • Clinician-centric organization • HDO in silo 	<ul style="list-style-type: none"> • Enterprisewide thinking • Patient-centric + clinician-centric • HDO as a part of multiparty ecosystem delivering healthcare including public health, payers, social care
Management	<ul style="list-style-type: none"> • Reactive • Mostly focused on optimization only 	<ul style="list-style-type: none"> • Proactive • Focus on innovation to support optimization
Care Delivered	<ul style="list-style-type: none"> • Focus on existing patient population only • Disjointed patient journey • Care mostly delivered within four walls of the hospital 	<ul style="list-style-type: none"> • Focus on healthcare consumers • Longitudinal patient engagement • Care delivered across all avenues, episodes in patient journey — steps towards delivering precision healthcare
Workforce	<ul style="list-style-type: none"> • Dissatisfied clinicians • High burnout rates • Lack of collaboration 	<ul style="list-style-type: none"> • Positive digital experiences + high digital literacy rate among workforce • Workforce being able to spend time with patients • Improved communication and collaboration
Information and IT	<ul style="list-style-type: none"> • EHR-centric digitalization • Data sits in silo, limited data exchange • Limited use of third-party applications, associated with high costs 	<ul style="list-style-type: none"> • IT ecosystem digitization-centric • Data liquidity • Powered by API economy + cloud first

Source: Gartner

I fortsettelsen skriver de følgende:

«We believe the DHP⁵² era will emerge as the dominant approach for agile, industry-leading healthcare providers within the next five years. It will be the most cost-effective and technically efficient way to scale new digital capabilities. Investment will shift from the legacy applications in the portfolio toward more modular, interoperable cloud-only-packed business capabilities.»

Det er allerede gått to av de fem årene og antallet plattformbaserte løsninger vokser raskt. Samtidig er markedet, internasjonalt og nasjonalt, fortsatt dominert av leverandører som leverer system basert på den tradisjonelle tilnærmingen. Når det er sagt er det også mulig å spore en viss bevegelse i retning av plattformbaserte løsninger også blant tradisjonelle leverandører.

Hvordan dette vil utvikle seg i de kommende årene er det helt umulig å si noe om, men det er greit å minne om at kjernen i vårt mål bilde er «Tilgang til relevant pasientinformasjon». Hvem som realiserer det og hvordan det realiseres er ikke avgjørende. Det som betyr noe, er at:

- helsepersonell gis tilgang til helhetlig, oppdatert og korrekt informasjon der og når behovet oppstår
- innbygger sikres full innsikt i, og kontroll med egen informasjon
- næringslivet gis reelle konkurransevilkår basert på tilgang til den samme informasjonen via en felles og åpen plattform
- det i størst mulig grad legges til rette for forskning og utvikling gjennom samling, sammenstilling og tilgjengeliggjøring av helseinformasjon

Vi vil til slutt anbefale at området vi har berørt i dette bilaget blir fulgt opp videre, gjerne i et eget prosjekt i samarbeid med Akademia.

⁵¹ Innovation Insight for Digital Health Platform, Published 1 July 2021 By Analyst(s): Pooja Singh, Seth Feder, Mike Jones, Andrew Meyer

⁵² DHP = Digital Health Platform

Vedlegg 6.1:

Utprøving og gjennomføring

Styringsdokument

Felles journalløft for kommuner

Innholdsfortegnelse

1. OM DOKUMENTET	1
2. FORUTSETNINGER SOM LEGGES TIL GRUNN I ARBEIDET	2
3. MÅL MED UTPRØVINGER	3
3.1. Roller og ansvar i utprøvinger.....	4
4. BESKRIVELSE AV PRIORITERTE INFORMASJONSBEHOV	5
4.1. Oversikt over kommunale tjenester:	6
4.2. NEWS2 måling:	12
4.3. Områder for læring fra utprøvingene	17
5. GJENNOMFØRING AV UTPRØVINGER	18
5.1. Første utprøvsperiode.....	18
5.2. Videre utprøvsperioder	24
6. RESSURSBEHOV OG KOMPETANSE	28
7. RISIKO	30
8. KOSTNADER.....	31
8.1. Interne ressurskostnader	31
8.2. Investerings- og utviklingskostnader	32
8.3. Kostnader for å ta i bruk allerede utviklet funksjonalitet (resultat av utprøving)	33
8.4. Risiko og usikkerhetspåslag	33
9. AVHENGIGHETER OG FORUTSETNINGER FOR ET VELLYKKET RESULTAT:.....	34

1. OM DOKUMENTET

I dette vedlegget finnes beskrivelse av foreslåtte utprøvinger i første utprøvningsperiode 2023-2024 med beskrivelse av gjennomføring, ressurser og kompetanse, risiko og kostnader mm.

Prosjektet har lagt til grunn en strategi basert på konkrete og avgrensede utprøvinger for gjennomføringsfasen. Bakgrunnen er et ønske om å:

- Løse konkrete og definerte behov med målbar effekt og nytte
- Prøve ut løsninger og konsepter på veien til realisering av målbildet
- Lære hva som fungerer og ikke fungerer, i tillegg til hvilke effekter som eventuelt kan oppnås
- Gi innsikt til videre planleggingsarbeid

Målbildet om en felles logisk informasjonskilde (plattform) er utgangspunkt for gjennomføringsfasen. Utprøvingene skal først og fremst bidra til å løse konkrete behov. I tillegg vil de legge til rette for utvikling av ulike former for samarbeid rundt behov, skalering og utbredelse av vellykkede utprøvningsprosjekt. De vil også utvikle og styrke konkret samarbeid med næringslivet og gi verdifull erfaring som forløper og læringsplass for en innovasjons- og erfaringsarena som er relevant for markedsplassen.

Behovene som vi foreslår å realisere har bakgrunn i kartlegginger som dels ble gjennomført i Akson-prosjektet og dels i regi av Felles kommunal journal (FKJ). I bilag 3.1.1 presenteres erfaringer fra arbeidsmøter som er gjennomført med helsepersonell i 2022, samt beskrivelse av behov. I tillegg gjennomførte vi våren 2023 et arbeid knyttet til å prioritere og anbefale valg av to utprøvningsprosjekt og detaljere/konkretisere disse.

Arbeidet skal anbefale utvikling av løsninger/tjenester som dekker ulike informasjonsbehov i kommunene (stegvis utvikling) og som kan være standardiserte og like på tvers av kommuner og tjenester (felles informasjonstjenester). Kravene til hvilken informasjon som skal utveksles (informasjonstjenestene) må være like på tvers av kommuner, tjenester og profesjoner for å utvikle løsninger som kan skaleres og utbredes. Hvordan kommunene ønsker å ta i bruk informasjonstjenestene – i hvilke tjenester og mot hvilke type løsninger – er derimot opp til den enkelte kommune, basert på deres behov, kapasitet og kapabiliteter (gradvis innføring)¹.

Behovene som det ble besluttet å detaljere og konkretisere videre er henholdsvis «Oversikt over kommunale tjenester» og «NEWS² målinger».

Vi legger opp til konkrete og avgrensede utprøvningsprosjekt i samarbeid mellom kommuner, næringsliv, Norsk helsenett SF (NHN), og KS. Målet er å løse definerte behov gjennom å operasjonalisere konkrete løsninger og lære tidlig basert på en stegvis og gradvis tilnærming, samtidig som det tar oss i retning av målbildet. Utprøvingene vil innebære et vesentlig mer konkret og avgrenset omfang enn realisering av det endelige målbildet. Utprøvingene vil også kunne tydeliggjøre juridiske problemstillinger, behov for tilpasninger av sluttbrukerapplikasjoner og synliggjøre effektene og nytten av å dele relevant pasientinformasjon.

¹ Å definere aktuelle tjenesteområder, samt hvilke systemer og leverandører gjennomføring av utprøvningsprosjektet innebærer må derfor vertskommuner/deltagende kommuner, sentrale prosjektrressurser, løsningseier og leverandører enes om når det er besluttet hvilke utprøvinger som skal gjennomføres, og hvilke kommuner som ønsker å ta en aktiv rolle.

² Skåringsverktøyet National Early Warning Score (NEWS) skal hjelpe helsepersonell til å kunne se endringer i pasientens vitale tegn over tid og dermed oppdage forverring hos pasienten.

I utprøvningsprosjektene må vi følge en grunnleggende smidig og stegvis tilnærming med korte iterasjoner og kontinuerlig læring og forbedring. En utprøving kan medføre stadige endringer. Dersom man tidlig avdekker at en skissert utprøving blir mer kompleks (teknisk, organisatorisk og operasjonelt) og går utover fastlagte rammer som er satt skal beslutningstagere (inkludert løsningseier) raskt informeres for nødvendig avklaringer om utprøving skal stoppes.

2. FORUTSETNINGER SOM LEGGES TIL GRUNN I ARBEIDET

Forutsetninger knyttet til beslutninger

- Sentrale prosjektressurser har ikke myndighet eller mandat til å foreta beslutninger på vegne av kommuner eller aktører med mindre det er eksplisitt avtalt. Utprøvningskommunen bør sette opp en enkel beslutningsstruktur med prosjekteier og styringsgruppe for det interne prosjektet.

Forutsetninger knyttet til finansiering

- Det forutsettes at utprøvningskommunene selv dekker egne kostnader til de lokale utprøvingene. Det legges opp til deltakelse fra én/flere kommuner, NHN og én/flere leverandør(er) per utprøving.
- Det legges opp til at de sentrale prosjektressursene finansieres av kommunesektoren i fellesskap eller via andre finansieringskilder, og at kostnader for perioden 2023 og 2024 estimeres og fordeles i henhold til en avtalt fordelingsnøkkel.
- Finansiering av NHN sine kostnader må avklares og avtales mellom partene. Der det gjenbrukes nasjonale løsninger som kommunene allerede belastes for (eksempelvis Helsenettet) genereres ikke mer kostnader. Kostnader for nødvendige ressurser som bistår til etablering, utvikling og drift av Felles programvareinfrastruktur (FPI), og eventuelt øvrige kostnader, belastes kommunene i den enkelte utprøving.
- Dekning av leverandørenes kostnader må avklares og avtales mellom partene. Gitt trygghet for å lykkes, slik at løsninger kan «industrialiseres» vil en «tjenestepriismodell» være aktuell

Forutsetninger knyttet til gjenbruk av løsninger

- Det forutsettes gjenbruk av etablerte eller planlagte nasjonale løsninger der dette er hensiktsmessig. Tilsvarende forutsettes gjenbruk av allerede etablerte strukturer eller nettverk.
- Det forutsettes deltagelse fra Norsk helsenett SF (NHN) på bakgrunn av gjenbruk av deres infrastruktur og (nasjonale) løsninger. Dette innebærer at nødvendige ressurser fra NHN deltar i utprøvingene og at FPI etableres for hver kommune som deltar. Dersom det på senere tidspunkt blir realistisk med andre løsningseiere vil tilsvarende gjelde for dem.

Forutsetninger knyttet til sluttbrukerløsninger

- Det forutsettes at helsepersonell benytter journalløsninger og andre sluttbrukerløsninger i sitt arbeid. Prosjektet og utprøvingene legger ikke opp til å erstatte disse, men får ny funksjonalitet gjennom utvikling og bruk av informasjonstjenestene. Utprøvingene bør ikke gjennomføres i parallell med eventuell utskifting av sluttbrukerløsninger.

Forutsetning knyttet til leverandører og næringsliv

- Det forutsettes at leverandørene involveres og deltar med nødvendige ressurser for å gjennomføre utprøvingen. Det innebærer at de har vilje og evne til å gjøre nødvendig utvikling og tilpassing.
- Leverandørenes evne til utvikling og tilpassing av eksisterende løsninger er avgjørende, både for utprøvingene og målbildet.

Forutsetninger knyttet til løsning:

- Gitt vellykket resultat forutsettes at utprøvningsprosjektet videreføres i produksjon.
- Alle utprøvinger må overholde krav til informasjonssikkerhet og personvern.

Felles for utprøvingene er noen forutsetninger/krav:

- Løsningene som skaper delingsverdig informasjon, må kunne avlevere denne til meldingsmottaket³ som meldinger. Hvis det ikke er realiserbart må kommunen selv anskaffe/utvikle komponent som kan hente ut denne informasjonen.
- Meldingene må inneholde et minimum av strukturerte data
- Kommunene og leverandørene må bli enige om et hensiktsmessig utvekslingsformat feks FHIR
- Fagsystem, EPJ og lignende løsninger må tilpasses for å kunne vise dataene på en brukervennlig måte.
- Det må utarbeides og inngås en forpliktende samarbeidsavtale mellom prosjektdeltagerne (leverandører, kommuner, organisasjon som innehar de sentrale prosjektrussurser, NHN og eventuelt andre berørte parter)

Utprøvinger realiseres ved bruke av felles programvareinfrastruktur (FPI), levert som en tjeneste fra NHN. Denne tjenesten er en del av samhandlingsplattformen og benyttes når informasjon skal deles innenfor samme juridiske entitet. Utprøvningskommunene vil få tilgang til sin egen "private instans" av FPI, der kommunen er dataansvarlig og NHN er databehandler. Løsningen vil dra nytte av støttetjenester i samhandlingsplattformen som for eksempel HelselD, tillitstjenester, API-management mm. Nasjonale samhandlingsløsninger (e-helseløsninger) når informasjon skal deles mellom ulike juridiske enheter. Dette er løsninger som er i bruk i dag, for eksempel meldingsutveksling, om enn i noe ulik grad

3. MÅL MED UTPRØVINGER

Målet med utprøvingene er å utvikle løsninger som møter definerte og avgrensede behov. I tillegg er det en målsetning at utprøvingene kan bidra som steg i realisering av et kommunalt økosystem for relevant pasientinformasjon. Der det er mulig skal realiseringen skje både knyttet til plattform og til ny og forbedret funksjonalitet i sluttbrukerløsningene.

Utprøvingene vil ikke realisere beskrevet målbilde, men vil bidra til økt deling av informasjon og dermed legge grunnlaget for styrket samhandling. På denne måten vil utprøvingene også bidra til en utvikling i retning av målbildet. Utprøvingene vil løse konkrete behov som forbedrer arbeidshverdagen til helsepersonell og styrker pasientsikkerheten. Det er den enkelte kommune som er dataansvarlig for data lagret i sin FPI og som har ansvar for å styre tilgangen og deling. NHN utfører tilgangsstyring på teknisk nivå, på instruks fra kommunen. Som dataansvarlig kan den enkelte kommunen velge å åpne

Forslag til utprøving tar utgangspunkt i FKJ sitt hovedkonsept (Styringsdokument kap 3.2),

«Hovedkonseptet er et plattformbasert økosystem hvor helsepersonell, innbyggere, kommunene og leverandørene får tilgang til relevant pasientinformasjon der og når behovet oppstår».

³ Løsning/komponent i FPI som sluttbrukerløsninger sender hendelser til

informasjonstjenestene⁴ for andre virksomheter/aktører forutsatt at nødvendige juridiske avtaler er etablert. På denne måten kan helsedata som i dag oppleves som "innelåst" bli tilgjengelig for de aktørene kommunen åpner for. Dette gjør at vi kan gå fra én-til-én til én-til-mange kommunikasjon.

Ved behov er det teknisk enkelt å utvide informasjonsdelingen utover virksomhet og forvaltningsnivå, utfordringene er først og fremst av operasjonell art. Den enkelte kommune får teknisk mulighet til å gi leverandørmarkedet tilgang på informasjonstjenestene (med tilhørende data) på like vilkår, noe som skaper rom for økt og styrket utvikling og innovasjon.

Utprøvingene skal gi resultat som gir grunnlag for:

- «industrialisering» - dvs at leverandørene kan legge det inn som en standard del av sine løsninger
- «globalisering» - det vil si at alle kommuner som benytter samme leverandør kan ta i bruk løsningen ved behov.

Hvordan kommunene ønsker å ta i bruk informasjonstjenestene – i hvilke tjenester og mot hvilke typer løsninger – er opp til den enkelte kommune – dvs. gradvis innføring.

3.1. Roller og ansvar i utprøvinger

3.1.1. Forholdet mellom aktørene i en utprøving

I alle utprøvingene vil det inngå ressurser fra de viktigste aktørene, utprøvingkommunene med sine lokale prosjektorganisasjoner, NHN med teknisk kompetanse, KS med støtteressurser og leverandører med kunnskap om de aktuelle tjeneste- og sluttbrukerløsningene. En tydelig ansvars- og oppgavedeling mellom sentrale prosjektressurser i KS, utprøvingkommunene og øvrige aktører vil være helt sentralt. Det er viktig at det er korte veier mellom aktørene, eksempelvis må teknikere kunne snakke direkte med hverandre uten forsinkende mellomledd. Det vil bidra til å sikre gjennomføring innenfor oppsatt tidsramme.

Under presenteres et sammendrag av roller/ansvar.

Rolle	Ansvar
Utprøvingkommune	Utprøvingkommunen vil være ansvarlig for å gjennomføre utprøvingprosjektet i egen kommune. Dette innebærer å etablere en prosjektplan, prosjektorganisasjon, gjennomføre relevant og nødvendig forarbeid, ROS, DPIA, gevinstplan, opplæring/forankring, test og implementering.
Sentrale prosjektressurser (KS)	Sentrale prosjektressurser forutsettes lagt til KS og vil være en smal organisering. Er ansvarlig for å sikre samordning, koordinering og fasilitering av utprøvingarbeidet, resultatene og læringen. Sentrale prosjektressurser har ingen beslutningsmyndighet over de enkelte utprøvingprosjektene, men bør lage forslag til felles føringer for arbeidet, og koordinere de ulike aktørene. Sentrale prosjektressurser bør utarbeide relevant støttemateriell og malverk for kommunene i deres

⁴ Med en informasjonstjeneste mener vi en tjeneste som sikrer informasjonsdeling, og som er avgrenset, strukturert og standardisert. Med standardisert mener vi at den skal være lik for alle brukere, på tvers av kommuner, tjenester og profesjoner. Samme integrasjon må kunne anvendes til flere kunder som har samme leverandør.

	arbeid. De vil også spille en viktig utøvende rolle knyttet til skalering og utbredelse, samt informasjon utover utprøvingskommunene.
NHN	NHN vil være ansvarlige for å utvikle, teste og gjøre tilgjengelig den tekniske løsningen som skal benyttes i utprøvingene. Vil spille en viktig koordinerende rolle i Fase 2 og deler av Fase 1.
Leverandører	Vil være ansvarlige for utvikling av nødvendige API eller andre forutsetninger for å imøtekomme behovene. Vil ha en viktig rolle i forhold til industrialisering av resultatet av utprøvingen. Må samarbeide tett med utprøvingskommunen, sentrale prosjektressurser og løsningseier NHN.

Tabell 1 Oversikt roller/ansvar

3.1.2. Behandlingsansvar og databehandler

Den enkelte kommune er behandlingsansvarlig for informasjon som produseres og dokumenteres i sine systemer⁵.

Unntaket er privatpraktiserende helsepersonell (eksempelvis fastlege) med kommunal driftsavtale hvor det er vedkommende personell som er behandlings- og dataansvarlig for egen produsert informasjon.

I utprøvingene vil NHN være databehandler for informasjonen i FPI. Dette ansvaret må registreres i databehandleravtale mellom partene.

Løsningsleverandører (eksempelvis leverandører av journalløsninger) som også drifter løsningene er databehandlere av informasjonen på kommunens vegne. Dette ansvaret må reguleres i databehandleravtale.

I foreslåtte utprøvinger for første utprøvsperiode er den enkelte kommune behandlingsansvarlig for de helse- og personopplysninger som produseres av kommunens ansatte.

NHN vil være databehandler for informasjonen i Felles programvareinfrastruktur (FPI), og ansvaret må registreres i databehandleravtale mellom partene.

Løsningsleverandører (eksempelvis leverandører av journalløsninger) som også drifter løsningene er databehandlere av informasjonen på kommunens vegne, og ansvaret må reguleres i databehandleravtale.

4. BESKRIVELSE AV PRIORITERTE INFORMASJONSBEHOV

Det er i arbeidet besluttet å detaljere og konkretisere behovene «oversikt over kommunale tjenester» og «NEWS2 målinger». Begrunnelsen for anbefalingen er både vurderinger gjort av kommuner (som representerer behovet), samt løsningseierens prioritering. Brukere og pasienter går på tvers av helsetjenestene, og informasjonen vil derfor alltid kunne ha relevans for alle aktørene (uavhengig av forvaltningsnivå). Det kan likevel være forskjeller tilknyttet prioritering av behovet, eller bruk av informasjonen mellom forvaltningsnivåene.

Informasjonsbehovene som presenteres og beskrives vurderes naturligvis å ha stor nytte/effekt for mange av de kommunale helse- og omsorgstjenester og samhandlingen mellom tjenestene. I tillegg ser vi at behovene kan være viktige for spesialisthelsetjenesten. Eksempelvis er det sentralt for helsepersonell på sykehus å kjenne til hvilke tjenester en pasient allerede har, eller hvor de kan henvende seg ved spørsmål. Målinger knyttet til NEWS2 gjøres både i spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste, er ofte tett knyttet opp

⁵ Hentet fra spesielle bruksvilkår for dokumentdeling der ansvaret for kilde og konsument beskrives

mot pasienter med kroniske lidelser (KOLS, hjertesvikt osv) eller dårlige pasienter og er ofte en del av informasjonen som utveksles. I det følgende beskrives informasjonsbehovene.

4.1. Oversikt over kommunale tjenester:

- Oversikt over kommunale tjenester vil være nyttig for flere ulike tjenester, grupper av helsepersonell eller løsninger – særlig for de som ikke har tilgang til denne informasjonen i PLO EPJ
- Informasjon er av stor betydning for å vurdere videre forløp, behandling og tiltak. Det kan gi innsikt i pasientens hjelpebehov og bidra til en bedre planlegging og vurdering av tilstand. Dermed øker det pasientsikkerheten og man kan unngå unødige innleggelser
- Bruken av denne informasjonen ansees å være særlig relevant for tjenesteområder som legevakt, KAD/ØHD, korttidsavdelinger, helsestasjon- og skolehelsetjeneste, jordmortjeneste, saksbehandlere og sykehus.
- Løsningseier NHN har beskrevet at behovet kan realiseres innenfor rammene på 12 måneder
- Informasjonen anvendes i helsefaglige vurderinger
- Vurderes å ha samfunnsmessig verdi for mer enn en kommune gjennom blant annet besparelser knyttet til unødige innleggelser eller oppstart av unødige tjenester

4.1.1. Problembeskrivelse:

Sanntidsoversikt over kommunale tjenester til innbyggere er i dag kun tilgjengelig via kommunens EPJ-løsninger med tilhørende saksbehandlingsmodul. Saksbehandling, med tilhørende tjenester, er vesentlig for å kunne gi innbyggere et helhetlig forløp både internt og eksternt mellom aktørene. Helsepersonell i flere tjenester har i dag ingen informasjon om innbyggerne har bistand eller helsehjelp fra kommunene når de skal vurdere videre behandling og tiltak. Mest prekært er det i dag i de akutte tjenestene i kommunen, for eksempel legevakt. Pasienter/brukere kan eksempelvis sendes videre til kommunens øyeblikkelig-hjelp sengeplasser for døgnopphold (KAD/ØHD) på bakgrunn av manglende oversikt om, og i hvilken grad, pasienter har kommunal hjelp. I noen tilfeller kan det være uforsvarlig å sende hjem pasient, uten styrket bistand. Da er man avhengig av informasjon om tjenestene for å kunne iverksette tiltak.

Legevakten behandler blant annet pasienter med demenssykdom eller akutte kognitive eller psykiske utfordringer hvor de selv ikke kan gjøre rede for tjenester og bistand, eller i noen tilfeller gir informasjon man trenger å kvalitetssikre hos tjenesten selv. Mulighetene for å kvalitetssikre informasjon og finne riktig instans utfordres når informasjon om kommunale tjenester ikke finnes. Ved å dele informasjon ville legevakten enklere kunne ta kontakt med den aktuelle tjenesten, planlegge videre oppfølging og behandling, og vurdere forsvarlighet når det gjelder å sende pasienten hjem med økt bistand og oppfølging fra de aktuelle tjenestene.

Også i andre kommunale tjenester er denne informasjonen relevant og utfordrer samkjøring og koordinering av tjenester og tilbud. Flere kommuner benytter i dag ulike systemer for KAD/ØHD som ikke er knyttet til saksbehandlingsmodul som gjør at ikke disse heller finner relevant informasjon om pasientens tjenester. Det samme gjelder helsestasjon- og skolehelsetjeneste, samt jordmortjeneste med flere.

Eksempel på en brukerhistorie innenfor informasjonsbehovet «Oversikt over kommunale tjenester»

Saksbehandler mottar søknad om kommunale tjenester. Saksbehandler oppretter et nytt vedtak og registrerer inn nye tjenester i PLO EPJ systemet (denne handlingen er en forutsetning for å kunne oppfylle brukerhistorien). Informasjon om ny tjeneste genererer en

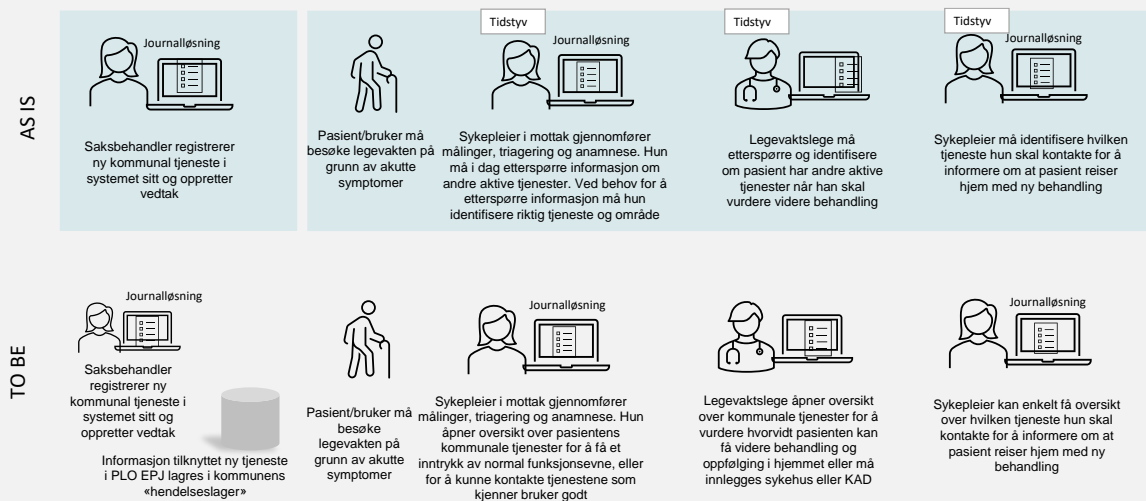
ny hendelse i kommunens hendelseslager, som sikrer at informasjon tilknyttet tjenesten overføres hendelseslager og tilgjengeliggjøres.

Når en bruker/pasient oppsøker legevakten kan både sykepleier (i mottak og triagering), samt lege få oversikt over hvilke kommunale tjenester en bruker/pasient har. Dette vil utgjøre et viktig grunnlag for å avklare aktuell situasjon, videre plan og tiltak.

Obs- det er kun aktuell informasjon om innbyggere som er registrert i aktuelt PLO EPJ system som vil vises for legevakten. Det betyr at det fortsatt kan være mange pasienter på legevakten der denne informasjonen ikke vil være tilgjengelig.

Involverte tjenesteområder: Saksbehandler og legevakt

Involvert helsepersonell: Saksbehandlere, sykepleiere (evt andre helsepersonell), lege



Antatte gevinster i spesifikk brukerhistorie:



Figur 1 Eksempler på hvilke gevinster "Oversikt over kommunale tjenester" kan gi ulike aktører

Under foreligger noen av gevinstene som er identifisert knyttet til å anvende informasjonstjeneste «Oversikt over kommunale tjenester» i *spesifikk eksempelcase*.

Gevinster	For hvem, og hvordan fremkommer gevinsten?	Forutsetning for at gevinst skal kunne realiseres
Bidra til bedre pasientsikkerhet	Innbygger og samfunn kan unngå unødige innleggelse. Unødig innleggelse på sykehuset koster kr 20.000 ⁶ , unødig innleggelse på KAD koster ca kr. 7500 ⁷	<ul style="list-style-type: none"> • Etablering av kommunens hendelseslager (FPI) • Utvikling av nødvendige API for å tilgjengeliggjøre informasjon • Godt samarbeid og motivasjon mellom aktørene • Tilstrekkelige ressurser og kompetanse • God involvering av fagressurser så ny funksjonalitet møter behovet • Etablering av rutiner • Opplæring/informasjon
Bidra til bedre planlegging av videre forløp for pasienten	Helsepersonell, tid spart i å lete etter informasjon om andre tjenester eller kontaktinformasjon. Det anslås å kunne redusere gjennomsnittlig 5 min pr dag ⁸ . Basert på gjennomsnittlig årslønn for legene, inkludert sosiale kostnader, vil en 5 min besparelse tilsvare en kroneverdi på 55 kr. Tilsvarende vil en 5 min besparelse for en sykepleier kunne tilsvare 32 kr bespart. Tidsbesparelsen vil kunne brukes på andre verdifulle oppgaver	
Redusere/unngå unødige innleggelse	Innbygger og samfunn kan unngå unødige innleggelse. Unødig innleggelse på sykehuset koster kr 20.000 ⁹ , unødig innleggelse på KAD koster ca kr. 7500 ¹⁰	

Tabell 2 Eksempel brukerhistorie "Oversikt over kommunale tjenester"

Antatte effekter:

Behovet er vurdert å gi følgende kvalitative og kvantitative gevinster:

- gi verdifull informasjon for å vurdere videre behandling og tiltak
- gi innsikt i pasientens hjelpebehov og bidra til en bedre planlegging og vurdering av tilstand og forståelse av pasientens helhetlige hjelpebehov – øker pasientsikkerheten
- sikre at innbygger og samfunn unngår unødige innleggelse ved vurdering av ny behandling/tiltak
- være viktig for at legevakt kan sende en e-melding til kommunen med epikrise. Dette benyttes i liten grad i dag da de ikke er kjent med om pasient/bruker har kommunale tjenester
- oppfylle journalplikten ved at informasjon blir lagret i journal (e-melding fra legevakt)
- forenkle rapportering i kommunene inkludert rapportering til kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

⁶ Legemiddelverket (2020)

⁷ Anslaget er basert på en kommunes totale regnskap i 2022, delt på antall døgn og plasser.

⁸ Basert på innspill fra ressurser i en kommune og kan dermed være ulikt i kommunene

⁹ Legemiddelverket (2020)

¹⁰ Anslaget er basert på en kommunes totale regnskap i 2022, delt på antall døgn og plasser.

Autorativ kilde og mottagende system

Felles for de fleste kommuner er at informasjon om kommunale tjenester produseres av saksbehandlere i kommunen for pleie og omsorg. Det er saksbehandlere som fatter nye vedtak eller revurderer eksisterende vedtak på kommunale helse- og omsorgstjenester, betalingspliktige tjeneste, servicetjenester og Individuell plan (IP). Dette bidrar til at informasjonen som produseres kan hentes fra en autorativ kilde, i de fleste tilfeller journalsystem for pleie og omsorg (PLO EPJ). Det leveres også helse- og omsorgstjenester som ikke er vedtaksbasert. For pleie- og omsorgstjenester er disse registrert på samme sted. Tjenestene baseres på forhåndsdefinerte koder i systemet. De forhåndsdefinerte kodene er kommunespesifikke, men alle lovpålagte tjenester er koblet til nasjonale og standardiserte koder (IPLOS rapportering).

Informasjon er noe ulikt fra system til system, men stort sett finnes følgende informasjon (eller tilsvarende) i EPJ-systemene knyttet til dette området: informasjon om felles og standardisert kode og tittel (eksempelvis helsetjenester i hjemmet), en beskrivende tekst/kode for den spesifikke kommunen (eksempelvis hjemmebaserte tjenester eller avlastningsbolig), unikt referansenummer, iverksatt og avslutningsdato, revurderingsdato og vedtakstid (hvor mye hjelp får bruker/pasient). I tillegg kan brukeres tilhørighet (til de enkelte tjenestestedene). Det kan også finnes felt for andre opplysninger, begrunnelser eller melding til bruker (dette kan variere fra system til system). Dette er ofte fritekstfelt, men kan inneholde viktig informasjon

Informasjon vil overføres fra informasjonstjenesten er igangsatt. Registreringer foretatt før informasjonstjenesten er igangsatt vil derfor fremkomme kun når det skjer en ny hendelse/endring på pasient/bruker.

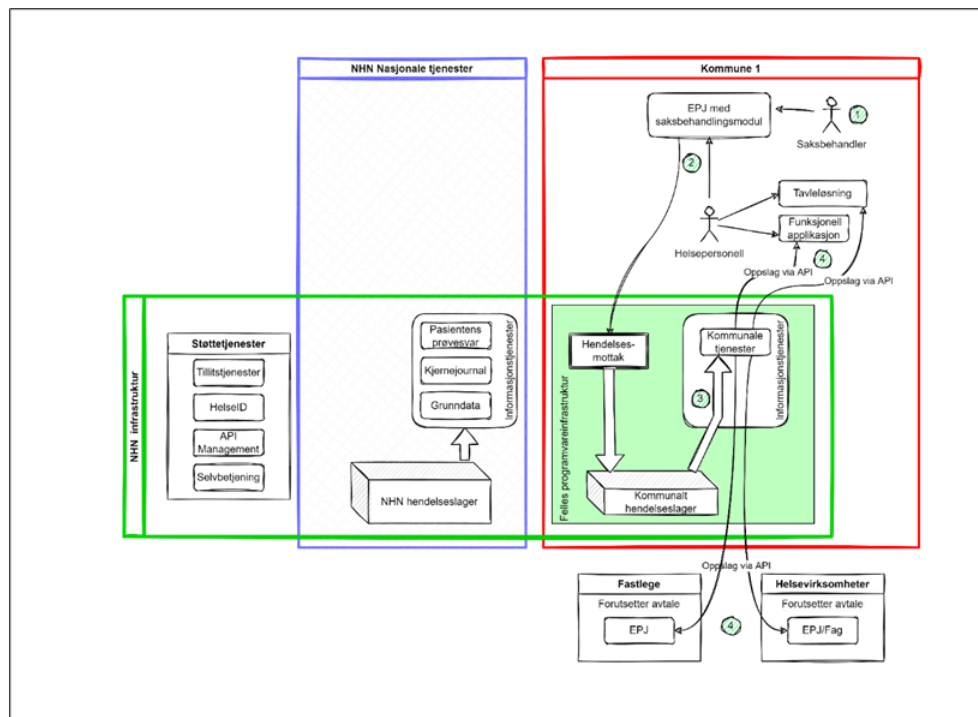
Informasjonselementer som derfor kan være relevante for å dekke behovet gjennom en informasjonstjeneste (må defineres i samarbeid med NHN og leverandører i videre arbeid):

- Tjenester og tjenestekoder (beskrivende tekst i avgivende system)
- Tjenestetype (knyttet til nasjonale koder for IPLOS registrering)
- Hvorvidt en tjeneste er aktiv/inaktiv
- Omfang av tjeneste (vedtakstimer. Dersom det er mulig, kan den deles opp i omfang og ressurs)
- Startdato for tjeneste
- Revurderingsdato (Kanskje først og fremst viktig med sluttdato på vedtak der bruker kommer fra eksempelvis et opphold og ny behandler kan vite om bruker kan sendes tilbake dit med behandling eller det må vurderes andre alternativer. Revurderingsdato kan også gi indikasjon på om vurdering av hjelpebehov er planlagt i nær fremtid eller ikke, og mange vedtak har heller ingen stoppdato)
- Hvis mulig: felt for opplysning, begrunnelse, vedtak og melding til bruker

For legevakt er det mest nyttig med innhold i selve vedtaket, det vil si en beskrivelse av de faktiske tjenestene pasienten får av kommunen (for eksempel medisintil levering, hjelp til personlig hygiene og lignende) og dette er det ingen kode for. Det betyr at både tjenestekode, men også innhold i vedtak/tjeneste er viktig. Dersom innhold i selve vedtak/tjeneste skal overføres må det gjøres gode vurderinger i forkant for å sikre at brukers personvern ivaretas (dataminimering). Et alternativ er å overføre de aktive tiltakene (problemområdene) bruker får bistand til. Dette kan være nyttig også ift eksempelvis prosedyreinformasjon til ulike behandlingstiltak mm. Dette er derimot definert som et eget informasjonsbehov som ble prioritert ned i denne omgang. Dette må tas med i den videre vurderingen som gjøres.

Informasjonselementene må som en del av fase 1 og 2 i gjennomføringen detaljeres og spesifiseres tydeligere.

Teknisk forslag til gjennomføring av «Oversikt over kommunale tjenester»



Figur 2 Teknisk skisse gjennomføring "Oversikt over kommunale tjenester"

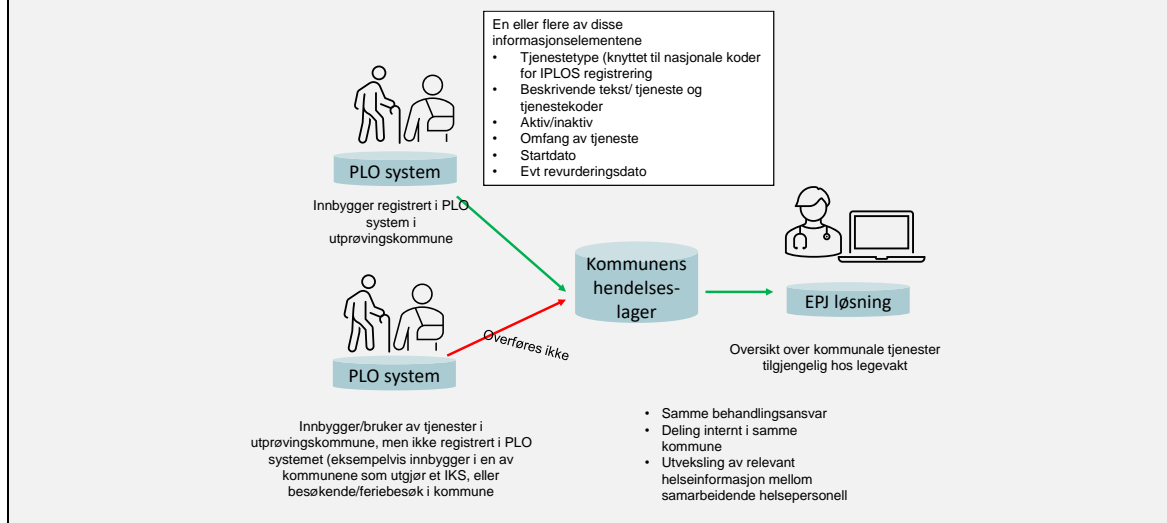
Forklaring til tilhørende teknisk skisse:

1. Saksbehandler i kommunen registrerer vedtak om tjeneste for innbygger/ pasient
2. Flyt av informasjon til hendelseslageret fra EPJ / saksbehandlingsløsning
3. Informasjonstjenesten «Kommunale tjenester» konsumerer hendelser fra hendelseslageret og gjør disse tilgjengelig via API til konsumerende systemer
4. Konsumerende systemer henter data fra tjenesten via API.
5. Det er en forutsetning at konsument, for eksempel tavleløsning, utvikles for visning av data.
6. Data om kommunale tjenester kan også konsumeres av EPJ-systemer eller fagsystemer hos fastlege og sykehus dersom det er etablert avtaler om deling av denne typen data.

Deling av informasjon «Oversikt over kommunale tjenester»

Informasjon kan deles mellom utprøvkommunens PLO-system og legevakts-system, innenfor rammen av gjeldende lovverk. Dette er med bakgrunn i deling av informasjon innenfor samme virksomhet (behandlingsansvarlig), samt hjemmel om deling av relevant helseinformasjon mellom samarbeidende helsepersonell (§§25 og 45). Det må gjøres en forhåndsvurdering av opplysningene (informasjonselementene) som deles.

Det vil kun være informasjon om innbyggere registrert i PLO-systemet i aktuell utprøvkommune som vil være tilgjengelig (i første omgang). Informasjon vil overføres fra informasjonstjenesten er igangsatt. Som et utgangspunkt vil registreringer foretatt før informasjonstjenesten er igangsatt fremkomme kun dersom det skjer en ny hendelse/ending på pasient/bruker. Det vil vurderes hvilke muligheter leverandør kan foreta uttrekk fra for å generere hendelser på



Tabell 3 Eksempel knyttet til deling av informasjon

Resultatmål

Gjennomføre en utprøving som kan dokumentere om det er mulig å hente og motta informasjon om vedtatte og pågående kommunale tjenester for en gitt bruker via en felles informasjonsplattform.

Oppdelt vil dette si å:

- etablere og konfigurere en plattform for informasjonsdeling i én kommune
- utvikle funksjonalitet for at plattformen kan motta relevant pasientinformasjon fra minst én sluttbrukerløsning for ett tjenesteområde
- utvikle funksjonalitet for at minst to ulike sluttbrukerløsninger og tjenesteområder kan hente informasjon fra plattformen
- utvikle en informasjonsmodell for å dele data om pågående og vedtatte kommunale tjenester
- avklart hvem som har eierskap/forvaltning til informasjonsmodellen
- vurdere om helsepersonell i aktuelle utprøvingstjenester har fått nyttiggjort seg tilgjengelig informasjon om oversikt over kommunale tjenester

4.2. NEWS2 måling:

- ✓ Oversikt over NEWS2 målinger vil være nyttig for flere ulike tjenester, grupper av helsepersonell eller løsninger
- ✓ Informasjon er av stor betydning for å vurdere videre forløp, behandling og tiltak, gi mulighet til å se endringer i vitale målinger, oversikt på endringer i helsesituasjon, bedre og helhetlig behandling og oppfølging
- ✓ Behovet vurderes relevant og sentralt for alle tjenesteområder som behandler somatisk sykdom
- ✓ Løsningseier NHN har beskrevet at behovet kan realiseres innenfor rammene på 12 måneder
- ✓ Informasjonen anvendes i helsefaglige vurderinger
- ✓ Vurderes å ha samfunnsmessig verdi for mer enn en kommune fordi informasjon brukes i vurdering av videre behandling eller tiltak, grunnlag for vurdering av endring i situasjon

Problembeskrivelse

Skåringsverktøyet NEWS skal hjelpe helsepersonell til å kunne se endringer i pasientens vitale tegn over tid og dermed oppdage eventuell forverring hos pasienten så tidlig som mulig. I 2017 ble NEWS oppgradert til NEWS2 og anbefalt brukt både i sykehus og i kommunale helse- og omsorgstjenester. NEWS2 inneholder faste parametere og score. Det er strukturerte målinger som legges inn i strukturerte maler. Det er derimot varierende hvordan helsepersonellens systemer ivaretar disse målingene. NEWS2 bør tas minst årlig, men alltid ved endring.

Pleie- og omsorgssystemene ivaretar ofte NEWS2 under det som kalles målinger eller prøvetyper. Måleverdi utenfor referanseverdien generer varsel. Ved bruk av tredjepartsløsninger eller papir for gjennomføring av NEWS2 må målinger overføres til pleie- og omsorgssystemet. Det er forskjellig fra de ulike løsningene hvorvidt det finnes definert funksjonalitet for å registrere score. Der det ikke finnes resulterer dette ofte i at selve scoren legges inn i et vanlig journalnotat som fritekst. Selve målingene og scoren ser man derfor ikke samlet.

Mange kommuner har i dag et stort fokus på NEWS2-målinger da det gir en økt pasientsikkerhet gjennom at det varsler tidligere endringer og gir rask oversikt før man når en kritisk forverring i pasientens tilstand. Dette styrker det forebyggende arbeidet. Det finnes i dag mange tredjepartssapplikasjoner, men også journalløsninger med funksjonalitet tilrettelagt for å gjennomføre og dokumentere NEWS2 og tilhørende målinger. Her oppstår det utfordringer når målingene ikke kan deles på tvers av løsningene, både gjennom at de ulike tjenestene kan benytte ulike løsninger, men også gjennom at man manuelt må overføre verdiene til journalløsningen som er hovedjournalen.

Det er behov for å overføre måledataene mellom tjenester (eksempelvis korttidsplasser, hjemmetjeneste, digital hjemmeoppfølging og ikke minst legevakt) ettersom mange av pasientene har en høyere NEWS2 score som «normal» verdi. Eksempler på sykdomsbilder er KOLS og hjertesvikt pasienter, men også pasienter med infeksjon, nevrologiske lidelser eller pasienter med respirasjonssvikt. På grunn av manglende oversikt over pasientens normaltilstander trigges ofte unødvendige alarmer/tiltak. Oversikt over pasientens utvikling over tid kan gjøre behandlingskontinuitet lettere og dermed øke tjenestekvalitet og pasientsikkerhet og redusere kostnader.

Det foreligger også et behov for deling av denne informasjonen f.eks. mellom Digital hjemmeoppfølging, korttidsheter, KAD og fastlege som skal gjøre videre vurderinger av tiltak basert på målingene og trendene. I dag må målingene i verste fall overføres fra et tredjepartssystem til EPJ (ofte manuelt), og deretter overføres manuelt over i en PLO-melding som igjen sendes til fastlege. Dette gjør at fastlegen ikke mottar informasjonen strukturert og kan lese de ulike målingene opp mot hverandre eller se trender. Det eksisterer

i dag ulike API'er som man hos noen få kommuner har begynt å bruke, men disse dekker ikke alle målinger som følger med NEWS2-scoring.

Behovet vurderes relevant og sentralt for alle tjenesteområder som behandler somatisk sykdom. Innen psykiatri er dette ikke like mye brukt, men det kan fortsatt være relevant for disse behandlerne å ha oversikt over historiske målinger ved akutte situasjoner. For mange tjenester, eksempelvis sykehjem og KAD/ØHD, er dette standard rutine ved innkomst. Legevakten anvender ikke NEWS2, men gjør samme type målinger med andre verktøy. De mottar/etterspør derimot ofte informasjonen fra andre, eksempelvis hjemmebaserte tjenester eller sykehjem, som ut ifra målingene skal vite når og om deres pasienter skal oppsøke legevakten.

Alle pasienter i hjemmesykepleien kartlegges også med NEWS2, ofte ved førstegangsbesøk. Dette er nødvendig for å kunne vurdere endring i tilstand.

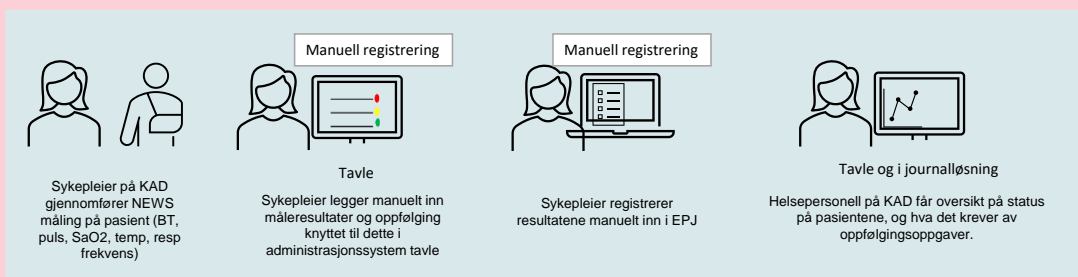
Eksempelcase «NEWS2»

Helsepersonell på KAD avdeling registrerer NEWS2 måleresultater på en pasient direkte inn i tavleløsningen. Informasjonen som registreres i tavleløsningen vil lagres i kommunens hendelseslager, og være tilgjengelig også fra EPJ system.

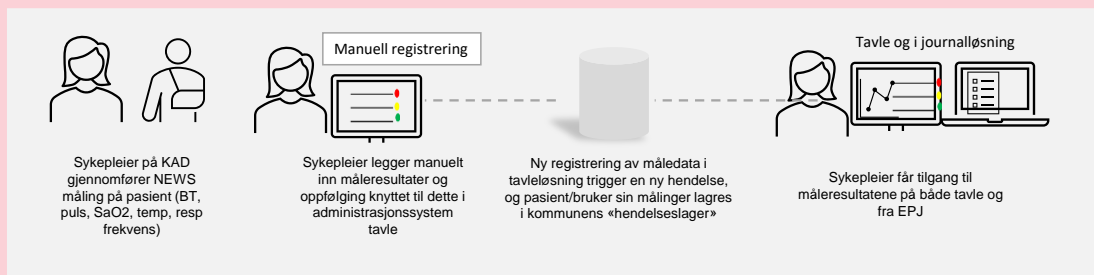
Involverte tjenesteområder: KAD

Involvert helsepersonell: Sykepleiere (evt andre helsepersonell), lege

AS IS



TO BE



Antatte gevinster i spesifikk brukerhistorie:



For meg som **pasient/bruker** gir det en trygghet å vite at mindre manuelle registreringer reduserer risiko og farer for feil. I tillegg gir det trygghet å vite at helsepersonellet gjør vurderinger basert på tilgjengelig historikk som sikrer at jeg unngår unødige tiltak og behandling



Som **helsepersonell** slipper jeg å gjøre manuelle registreringer og dobbeltføringer i flere ulike systemer. Det sparer meg tid og reduserer også risiko for at jeg skriver noe feil eller på feil pasient



Som **lege** blir det mer forutsigbart og gjør det lettere å ha tillit til at informasjon er korrekt. Når samme informasjon kan hentes mellom løsningene kan jeg også få relevant informasjon direkte i mitt arbeidsverktøy og se «trender» eller sammenligne resultater fra tidligere. Det gjør behandlingskontinuitet lettere, reduserer unødige tiltak og øker pasientsikkerhet

Under foreligger noen av gevinstene som er identifisert knyttet til å anvende informasjonstjeneste «NEWS2» i *spesifikk eksempelcase* på KAD.

Gevinster	For hvem, og hvordan fremkommer gevinsten?	Forutsetning for at gevinst skal kunne realiseres
Redusere unødige tiltak og behandling	Pasienten og samfunnet. Unødig innleggelse på sykehus koster ca kr 20.000. Unødig innleggelse på KAD koster ca kr 7500.	<ul style="list-style-type: none"> Etablering av kommunens hendelseslager Utvikling av nødvendige API for å tilgjengeliggjøre informasjon Godt samarbeid og motivasjon mellom aktørene Tilstrekkelige ressurser og kompetanse God involvering av fagressurser så ny funksjonalitet møter behovet Etablering av rutiner Opplæring/informasjon
Redusere dobbeltføring av lik informasjon i flere systemer	Helsepersonell. Det legges til grunn 16 registreringer pr døgn (8 pasienter, 2 ganger i døgnet). Antatt redusert tidsbruk er 10 min pr registrering, som tilsvarer ca 1000 kr pr døgn ¹¹ .	

Tabell 4 Eksempelcase brukerhistorie NEWS2

Autorativ kilde og mottagende system

Noen kommuner har egne applikasjoner utviklet for å gjennomføre NEWS2-målinger, andre registrerer målingene inn i journalløsninger. Det er dermed varierende grad av strukturert/ikke strukturerte felter.

Informasjonen kan gjøres tilgjengelig i helsepersonellens journalløsninger eller i andre løsninger som eksempelvis digital tavle eller tredjepartsapplikasjoner. I forbindelse med bruk av informasjonstjenesten kan det være knyttet til en måling på et av områdene listet opp under, eller en full NEWS2 (alle listet opp under). En full NEWS2 vil generere en score som er predefinert innenfor referanseområder.

¹¹ Baseres på et foreløpig kartleggingsarbeid av kost/nytte i tilsvarende prosjekt i en av kommunene

Aktuell informasjon som kartlegges og innhentes i målingene er blodtrykk, puls, SaO₂, temperatur, tilførsel av oksygen, bevissthetsnivå og respirasjonsfrekvens. Sykepleier legger manuelt inn måleresultater og oppfølging knyttet til dette i administrasjonssystem tavle.

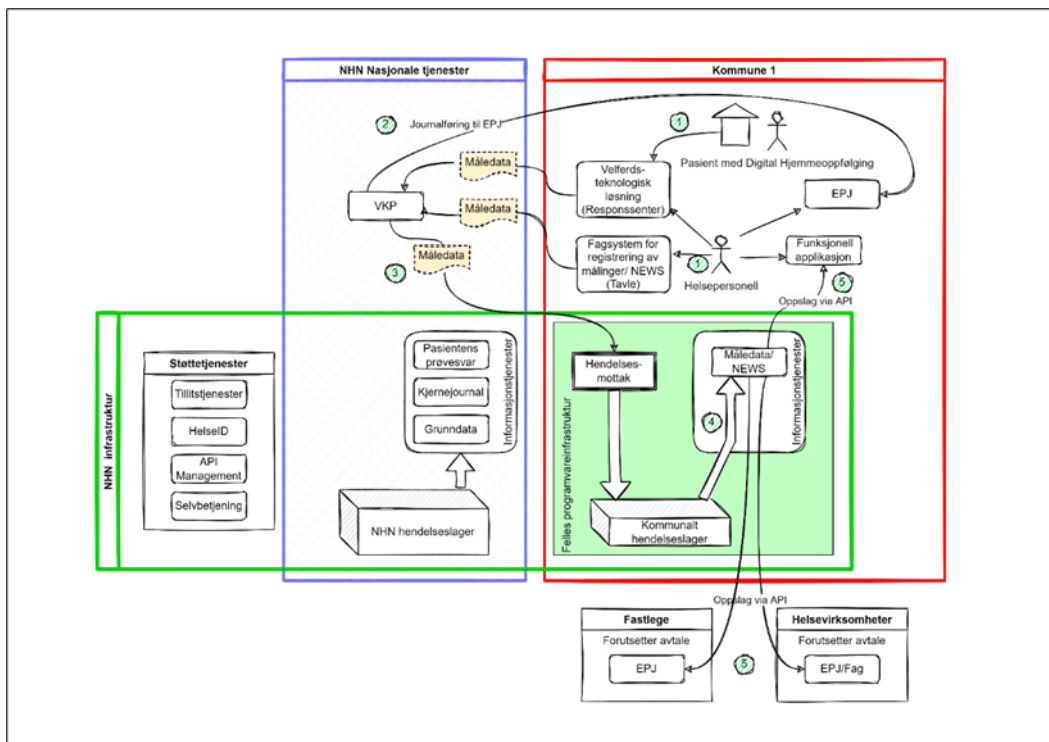
I EPJ-systemene er det i dag ulikt hvordan informasjonen vises. I enkelte løsninger har man egne områder for målinger. Her kan nye målinger legges inn som nye registreringer, en ny registrering pr type måling. Dersom en fullstendig NEWS2 skal overføres vil derfor hvert enkelt resultat på områdene legges inn som en registrering pr område, i tillegg til selve NEWS2-score. Det er systemadministrator som ofte kan konfigurere hvordan målingene skal se ut. Mange EPJ systemer vil da også kunne gi en graf eller «trend» på målingene på hvert område.

Informasjon vil overføres fra informasjonstjenesten er igangsatt. Registreringer foretatt før informasjonstjenesten er igangsatt vil derfor fremkomme når det skjer en ny hendelse/endring på pasient/bruker.

Informasjonselementer som kan være relevante i en informasjonstjeneste for å dekke behovet (må defineres endelig i videre arbeid):

- Respirasjonsfrekvens
- Oksygenmetning i blodet
- Tilførsel av oksygen
- Puls (regelmessig/uregelmessig)
- Systolisk blodtrykk
- Bevissthetsnivå
- Temperatur
- Score på hver kategori og Totalscore (Selve NEWS2 score er ikke så relevant uten selve målingene)
- Måledata i sammenheng og separert

Teknisk forslag til gjennomføring av NEWS2 målinger:



Figur 3 Teknisk skisse gjennomføring NEWS2

Forklaring til teknisk skisse:

1. En måling (eller serie av målinger) oppstår ute hos innbygger og fanges opp i *responsentløsning* i kommunen, eller legges inn (målinger + NEWS2-score) i *tavle-løsning*.
2. Målingene journalføres automatisk i kommunens EPJ gjennom *VKP*.
3. *VKP* sender i tillegg måledata til *Kommunens hendelseslager* via *Meldingsmottak*.
4. Tjenesten *Måledata/NEWS2* konsumerer hendelsene og gjør informasjonen tilgjengelig via API
 - a. Konsumering av måledata fra hendelseslageret inkluderer "oversettelse" til ønsket format, for eksempel FHIR + "profil"
5. Kommunen tilgangsstyrer hvem som kan konsumere fra NEWS2 API
 - a. Det er en forutsetning at konsument, for eksempel EPJ, utvikles for visning av data.
 - b. Måledata kan også konsumeres av EPJ-systemer eller fagsystemer hos fastlege og sykehus dersom det er etablert avtaler om deling av måledata.

En slik løsning vil kunne skalere til nye kommuner hvor alle komponenter levert gjennom NHN infrastruktur og FPI i teorien kan gjenbrukes direkte. Det som må etableres for en ny kommune er hovedsakelig løsning for datafangst fra kommunens EPJ- og fagsystemer og inn i det kommunale hendelseslageret.

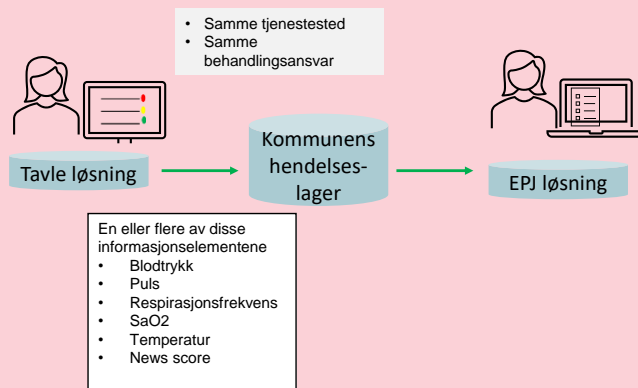
Avhengigheter til løsning

- Kommunen har tatt i bruk VKP for de aktuelle tjenestene
- Realisering av Måledatatjeneste gjennom PDS

Deling av informasjon «NEWS2»

Informasjon kan deles mellom utprøvkommunens tavleløsning og PLO-system innenfor rammen av gjeldende lovverk. Dette er med bakgrunn i deling av informasjon innenfor samme virksomhet (behandlingsansvarlig). I tillegg vil det i denne casen kunne være på samme tjenestested/tjenesteområde.

Informasjon om pasienter/brukere som er på KAD overføres til kommunens hendelseslager, og som et utgangspunkt er det kun informasjon som registreres etter at informasjonstjeneste er igangsatt som overføres. Dette vil vurderes i samarbeid med leverandører, hva som er mulighetsrommet



Tabell 5 Eksempel deling av informasjon NEWS2

Resultatmål

Gjennomføre en utprøving som kan dokumentere om det er mulig å hente og motta informasjon om NEWS2 måledata for en gitt bruker via en felles informasjonsplattform.

Oppdelt vil dette si å:

- etablere og konfigurere en plattform for informasjonsdeling i én kommune
- utvikle funksjonalitet for at plattformen kan motta relevant pasientinformasjon fra minst én sluttbrukerløsning for ett tjenesteområde
- utvikle funksjonalitet for at minst to ulike sluttbrukerløsninger kan hente informasjon fra plattformen
- utvikle en informasjonsmodell for å dele NEWS2 måledata
- avklart hvem som har eierskap/forvaltning til informasjonsmodell
- helsepersonell har nyttiggjort seg tilgjengelig informasjon om NEWS2 fra kommunens hendelseslager i sluttbrukerløsninger (eksempelvis redusert dobbeltføring)

4.3. Områder for læring fra utprøvingene

De beskrevne utprøvingstiltakene vil danne grunnlag for læring på flere områder. Blant annet:

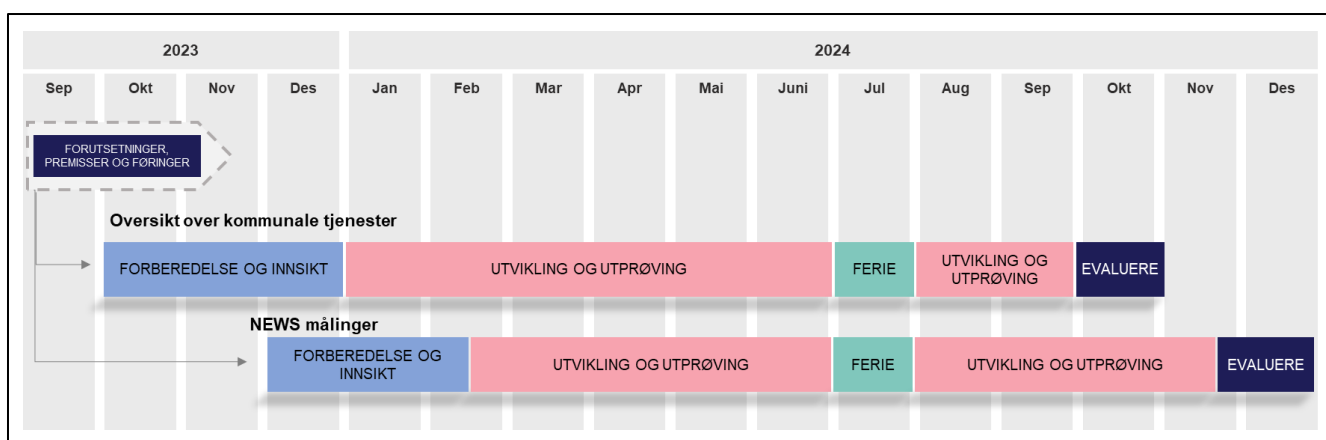
- Lære hva som kreves for å etablere gode samarbeidsformer hvor ulike aktører (kommune, stat, næringsliv) og leverandører (av sluttbrukerløsninger) samarbeider om å løse en konkret utfordring (informasjonsdeling mellom tjenesteområder)
- Lære om dagens sluttbrukerapplikasjoner kan utvikle støtte for en felles informasjonsplattform
- Lære hva som kreves for å etablere en ny utgave av felles nasjonal programvareinfrastruktur som felles plattform for ulike tjenesteområder i én kommune
- Lære hva en kommune må forberede for å ta i bruk en felles løsning basert på felles nasjonal programvareinfrastruktur
- Lære hva som kreves for å evne å skalere og utbrede resultatet fra utprøvingen

- Lære og erfare hva som er et gjennomsnittlig kostnadsnivå for utprøvinger og identifisere hva som er kostnadsdrivere.

5. GJENNOMFØRING AV UTPRØVINGER

I styringsdokumentet er gjennomføringsfasen planlagt i to perioder, hvor første utprøvsperiode har planlagt oppstart i løpet av andre halvår 2023 og med varighet ca 18 måneder. Den påfølgende gjennomføringsperioden er planlagt startet opp i forlengelsen av første periode. Planen for den andre perioden vil bli utarbeidet gjennom første periode, og oppdateres på bakgrunn av relevant erfaring fra utprøvinger. Hver utprøving representerer et isolert prosjekt, men legger samtidig grunnlag for det som kommer etter, både av nye utprøvinger og eventuelle etterfølgende perioder som skal bidra til å realisere målbildet.

Ved å kjøre prosjektene i parallell kan erfaringer deles og implementeres mellom og i begge prosjekter, samme team og ressurser kan delta og det gis større grad av kontinuitet og effektivitet.



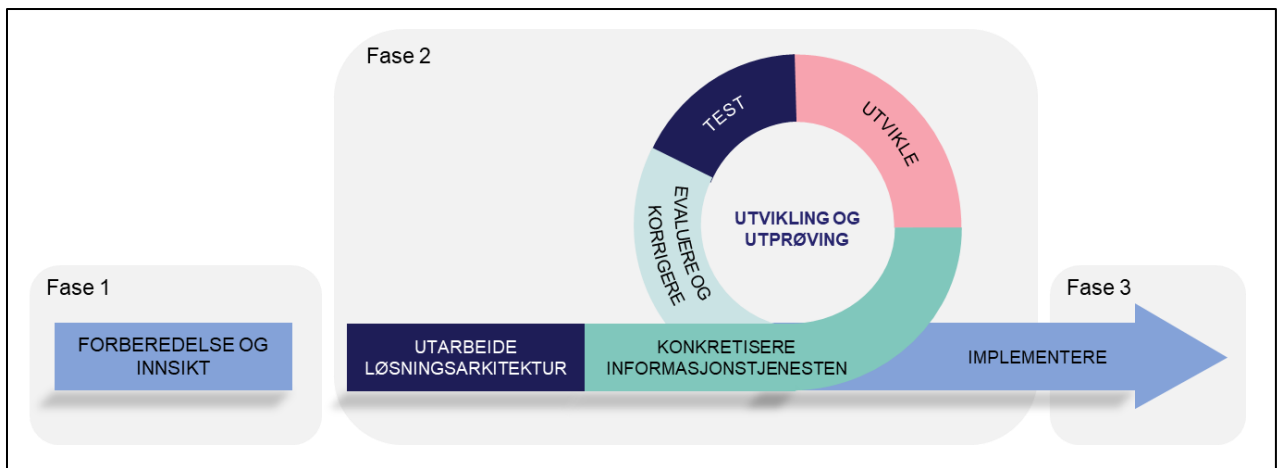
Figur 4 Plan for første utprøvsperiode

Prosjektene anbefales med oppstart høsten 2023, og er innbyrdes forskjøvet med et tidsintervall på ca 3 måneder. Fase 1 er beregnet å ta 3 måneder, fase 2 er beregnet til 8 måneder, og fase 3 er beregnet til 1 måned. Oppstartstidspunktet er tentativt og kan flyttes dynamisk. Planen justeres deretter.

Det å gjennomføre de(n) første utprøvingen(e) vil innebære en betydelig læring som vil være viktig som grunnlag for eventuelt videre utprøvinger.

5.1. Første utprøvsperiode

Hvert utprøvsprosjekt deles inn i tre faser «Forberedelser og innsikt», «Utvikling og utprøving» og «Evaluering».



Figur 5 Utpørings tre faser

5.1.1. Fase 1 Forberedelse og innsikt

Antatt varighet fase: 3 mnd

For å gjennomføre en utprøving er det nødvendig med forberedelser og innsikt. Dette gjelder både for utprøvkommunene, sentrale prosjektressurser, NHN og leverandørene. I denne fasen vil det foregå mange parallelle prosesser og oppgaver for de ulike aktørene. Prosessen med tilhørende oppgaver er skissert i oversikten under.

I denne fasen er det viktig at aktørene oppretter et planverk som sikrer at tilhørende aktiviteter ferdigstilles innenfor felles rammer. Koordinerings- og erfaringsdelingsmøter blir viktig for å sikre fremdrift og informasjonsflyt mellom de ulike aktørene. På tvers av aktørene må man enes om en arbeidsform som gjør det mulig å gjennomføre utprøvingene i en form som er smidig og som har tilstrekkelig mandat. Det bør foreligge korte veier mellom teknisk personell (på tvers av virksomheter), beslutningstagere (på tvers av virksomheter) og færrest mulig ledd (flat struktur). Det er likevel viktig å belyse hvilke oppgaver de ulike aktørene, spesielt utprøvkommunene, må gjennomføre i de ulike fasene i forhold til estimering av ressurser og kostnader.

Sentrale prosjektressurser	Utpøringskommune	NHN	Leverandør
<ul style="list-style-type: none"> Etablere team på tvers av aktørene Følge opp prioritering av behov for neste utprøvkingsfase Informasjon og forankring til andre kommuner Gjennomføre koordinering- og erfaringsdelingsmøter Evaluere og oppsummere erfaringer – oppdatere felles «rammeverk» for gjennomføring 	<ul style="list-style-type: none"> Etablere prosjektorganisasjon Prosess- og behovsarbeid (definere ønsket prosess, konkretisere behov) Identifisere og dokumentere gevinster (gevinstplan) Tekniske forberedelser (change) ROS DPIA Avtaleverk Dialog leverandør Informasjon og forankring 	<ul style="list-style-type: none"> Påbegynne utarbeidelse av nødvendig dokumentasjon for utvikling og bruk av FPI-komponentene Gjennomføre ROS analyse 	<ul style="list-style-type: none"> Dialog kunde Avklare muligheter i utprøving og rolle Utarbeide løsningsarkitektur

Figur 6 Oversikt over oppgaver og aktører fase 1

De **sentrale prosjektressursene** etablerer et team bestående av ressurser fra alle direkte involverte parter. Noe av det sentrale dette teamet må enes om er arbeidsform (struktur), ansvarsfordeling (oppgaver og ansvar) og leveranser. Utover dette vil de sentrale prosjektressursene først og fremst ha oppgaver som skal støtte utprøvkommunene i denne fasen. Det bør utarbeides et felles planverk for planlegging, gjennomføring og implementering som koordinerer og samordner de ulike aktørene i de ulike prosjektene. Der det er mulig bør det også utarbeides størst mulig grad av felles prosjektmateriell med felles

vurderinger som kan videreutvikles i den enkelte kommune (ROS, DPIA, gevinstplan, kost/nytte). De sentrale prosjektressursene vil spille en viktig rolle i å sikre kommunikasjon og informasjon til de kommunene som ikke er direkte involvert som utprøvningskommune. I tillegg kan de arrangere felles koordinerings- og erfaringsdelingsmøter med jevne mellomrom der aktørene deltar.

Som **utprøvningskommune** er det viktig å utarbeide en gjennomførbar prosjektplan i egen kommune. Dette inkluderer å avsette kompetanse og ressurser som er nødvendig i utprøvningsperioden, etablere en prosjekteier internt, utpeke prosjektleder/koordinator, og etablere styringsgruppe. Det må utarbeides en interessentanalyse som identifiserer hvilke ressurser i kommunen som bør involveres i prosjektperioden og på hvilke måter. Det anbefales at utprøvningskommunene legger til grunn KS Veikart for tjenesteinnovasjon eller prosjektveiviseren som metodikk for selve gjennomføringen av det lokale prosjektet.

Valg av konkret prosjekt (tjenester, systemer og løsninger) vil være opp til deltagende kommuner i samarbeid med relevante leverandører, basert på behov og muligheter (gradvis innføring) og de tiltakene som er prioritert sentralt. Utprøvningskommunen må avklare hvilke brukerhistorie(r) de ønsker å realisere i dialog med egne fagressurser og kartlegge nåværende og ønskede arbeidsprosesser. Det må også undersøkes nærmere hvilke systemer og tjenesteområder som er aktuelle for utprøving. Omfanget må defineres, og tydelige læringsmål utarbeides.

Utprøvningsprosjekt og de sentrale prosjektressursene bør vurdere modeller for å gjøre det attraktivt for leverandørene å delta. Utarbeidelse av felles business case der også leverandørenes effekt og verdi fremkommer kan være et av flere tiltak. I tillegg har flere av leverandørene ulike brukerforum. Her kan utprøvingene vises frem og informeres om slik at flere av kundene kjenner til arbeidet og vet hvilke muligheter det åpner for. Dette vil kunne bidra positivt for skalering og utbredelse generelt. Involvering av leverandørene er en viktig forutsetning for å kunne gjennomføre utprøvningsprosjektene.

Forankringen av arbeidet er helt sentralt, både i de enkelte avdelinger/tjenester og spesielt i ledelsen. Når man vet hvilke endringer man ønsker å oppnå, og hvilke effekter dette kan gi, bør det etableres en plan for informasjon og eventuelt opplæring for relevante aktører. For å teste ut endringer og effekter kan man vurdere å gjennomføre en «mock up¹²» eller andre typer skrivebordsøvelser for å verifisere og teste ut valgt brukerhistorie i praksis. Kommunene må utpeke en gevinsteier/gevinstansvarlig og etablere en gevinstplan.

I alle faser av en utprøving må det gjennomføres eller oppdateres en ROS og DPIA samt oppdatert behandlingsoversikt. I tillegg må det etableres en plan for teknisk gjennomføring i egen kommune.

Løsningseier bidrar med nødvendige ressurser til teamet (etablert av sentrale prosjektressurser) for å gjennomføre utprøvingene og vil, når det er naturlig ta en koordinerende rolle. Løsningseier vil påbegynne utarbeidelse av nødvendig dokumentasjon for utvikling og bruk av FPI-komponentene slik at leverandørene kan utføre nødvendig utvikling av systemer som skal benyttes i utprøvingene. Løsningseier vil også gjennomføre ROS analyse slik at kommunene kan benytte deler av denne som underlag i sine egne vurderinger.

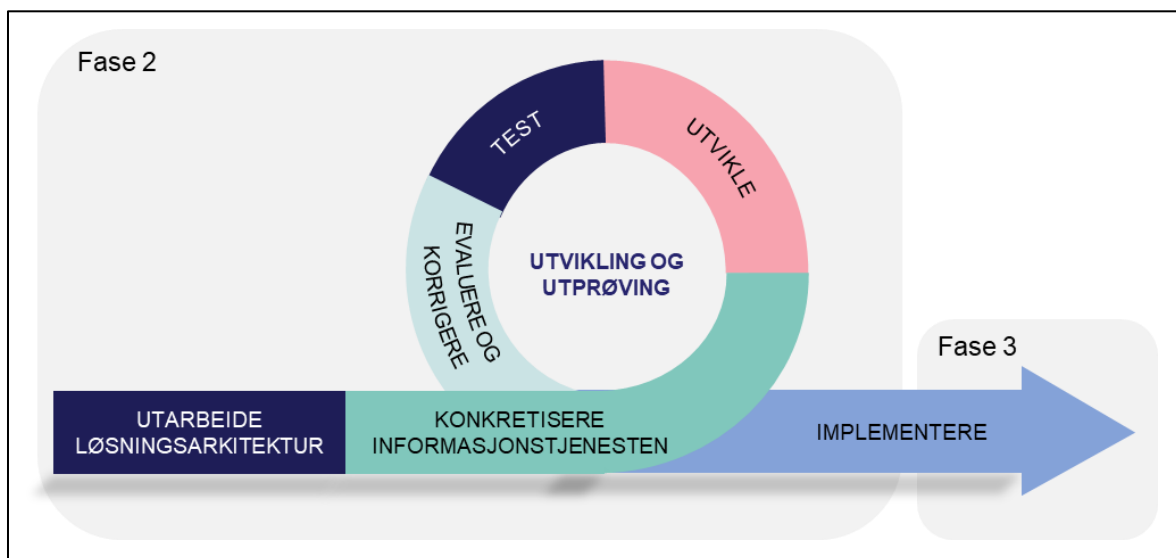
Leverandør er i aktiv dialog med kunde, og vurderer muligheter i utprøving. Påbegynner teknisk løsningsarkitektur.

¹² Mock up er en skala- eller fullstørrelsesmodell av et design eller en enhet, brukt til undervisning, demonstrasjon, designevaluering, promotering og andre formål

5.1.2. Fase 2 utvikling og utprøving

Antatt varighet: 8 mnd

I denne fasen bør det legges til grunn en grunnleggende smidig og stegvis tilnærming med korte iterasjoner og kontinuerlig læring og forbedring. Det er viktig at alle parter er innforstått med at vi er i en utprøving som vil medføre kontinuerlig forandring. Det vil ikke være mulig å bli enige om alt før arbeidet starter, men det testes, evalueres og korrigeres underveis.



Figur 7 Illustrasjon fase 2

Utpøvingskonseptet samt roller og ansvar til deltagerne er beskrevet og avklart i forberedelses- og innsiktfasen. Avtaler mellom de involverte aktørene skal være på plass før oppstart. Ressurser som forventes å gi tilbakemeldinger til utprøvingen må identifiseres. Dette inkluderer helsepersonell, pasienter eller andre relevante brukere av den gjeldende tjenesten.

Sentrale prosjekttressurser	Utpøvingskommune	NHN	Leverandør
<ul style="list-style-type: none"> Følge opp prioritering av behov for neste utpøvingsfase Informasjon og forankring til andre kommuner Begynne å planlegge skalering og utbredelse Gjennomføre koordinering- og erfaringsdelingsmøter Forberede for nytte og effektrealisering Evaluere og oppsummere erfaringer – oppdatere felles «rammeverk» for gjennomføring 	<ul style="list-style-type: none"> Vurdere og konkretisere informasjonsbehov Utarbeide plan for brukermedvirkning og informasjon/opplæring Gjennomføre informasjon og opplæring Bidra med tilgjengelig fagkompetanse for innspill til behov og funksjonalitet (i samspill med NHN og leverandører) Etablere plan for teknisk gjennomføring Signere relevant avtaleverk, oppdatere og godkjenne ROS og DPIA og behandlingsoversikt Etablere plan for, og lede implementering i egen kommune Gjennomføre merkantile prosesser knyttet til kontrakter Etablere felles rutiner for hendelser, feil og kontakt Drifte integrasjon og infrastruktur på egen side Oppdatere og forvalte informasjon i egen kommune 	<ul style="list-style-type: none"> Utforme løsningsarkitektur Vurdere og konkretisere informasjonsbehov Gjøre nødvendig utvikling ROS Signere relevant avtaleverk Utarbeide teknisk informasjon Etablere felles rutiner for hendelser, feil og kontakt Drift av infrastruktur og informasjonstjeneste 	<ul style="list-style-type: none"> Vurdere og konkretisere informasjonsbehov Utforme løsningsarkitektur Gjøre nødvendig utvikling Signere relevant avtaleverk Signere kontrakt med kommune Etablere felles rutiner for hendelser, feil og kontakt

Figur 8 Oversikt over oppgaver og aktører fase 2

Sentrale prosjekttressurser gjennomfører jevnlig erfarings- og koordineringsmøter med aktørene. I tillegg forbereder de for nytte og effektrealisering, og følger opp arbeidet knyttet til prioritering av behov for neste fase. Det bør planlegges for konkrete tiltak som skal gjennomføres dersom utprøving blir vellykket og det blir besluttet videre skalering og utbredelse til permanent tjeneste.

Utprøvingkommunene må, i samarbeid med løsningseier og leverandør av sluttbrukerløsningene, etablere en plan for gjennomføring og implementering i egen kommune, samt lede implementering i egen kommune. En plan for gjennomføring skal beskrive oppgaver som må være gjennomført og tidsfrister mellom aktørene, for å sikre koordinering. Dette involverer tekniske operasjoner (integrasjoner, brannmur/port arbeid). Det må også etableres en plan eller rutiner ved hendelser i felleskap.

Utprøvingkommune bør oppdatere ROS og DPIA i forkant av implementering basert på eventuell ny kunnskap i forberedelses- og innsiktsperiode.

Utprøvingkommunene må ha hoveddialog med egne leverandører som er relevante for utprøving. Deltagelse må avklares og avtales konkret for hvert enkelt utprøvingstiltak. Det er også utprøvingkommunene som må gjennomføre merkantile prosesser overfor leverandørene, også opp mot eksisterende kontrakter. De sentrale prosjekttressursene kan bistå ved behov.

I en smidig felles tilnærming må det være kort vei mellom aktørene. Det bør være få mellomledd, og heller fokus på felles og god informasjonsflyt i koordineringsmøter. Utprøvingkommunene må bidra med tilgjengelige ressurs(er) overfor NHN og leverandørene knyttet til utviklingen av informasjonstjenesten, samt ny funksjonalitet, slik at leverandørene får en god forståelse av behov og ønsket mål. Tidlig dialog er helt sentralt.

Utprøvingkommunen vil være ansvarlig for å utarbeide oppdatert dokumentasjon på hva som er gjennomført, både organisatorisk, funksjonelt og teknisk. Det er viktig at denne oppgaven ligger i utprøvingkommunen, både fordi valgt brukerhistorie, tjeneste og løsninger kan variere fra kommune til kommune, men også for å skape et eierskap til endringen som skal gjennomføres.

Omfanget av utprøvingene vil være av mindre karakter, og en av de positive effektene med en stegvis utvikling er derfor at opplæringsbehovet blir mindre og ikke komplekst. Informasjon om endringer og forankring av pågående prosess blir derimot enda viktigere, og må ikke undervurderes. Som en del av utprøvingprosjektet bør det også utarbeides en plan for opplæring/informasjon i egen kommune (både til berørte tjenesteområder, men også sentral administrasjon og ledelse).

Det bør utarbeides en kort og lettlest informasjon, og det bør også vurderes hvorvidt informasjonen skal tilpasses de ulike avdelingene og type personell. Innholdet bør fokusere på hva endringen skal gi av nytte, men også gi en forventningsavklaring rundt at dette er en utprøving som skal evalueres, og at ny funksjonalitet kan bli fjernet dersom utprøvingen ikke er vellykket. Det er en styrke å involvere berørte aktører i utarbeidelsen av informasjon, rutiner og prosesser for å øke forståelse og sikre eierskap. Disse vil også utgjøre viktige ressurspersoner som spiller en helt sentral rolle ute i organisasjonene både for å kunne svare på spørsmål, henvise til riktig instans sentralt eller gi trygghet og motivasjon. Ledere må la ansatte få avsette tid til å delta, og de ansatte må få tydelige forventninger til egen involvering.

Løsningseier vil ha tett dialog med leverandørene og ressurser i utprøvingkommune knyttet til teknisk løsningsarkitektur, krav til løsninger og plan for utvikling. Tilsvarende vil også løsningseier samarbeide tett med leverandører knyttet til test og implementering.

Leverandørene av sluttbrukerløsningene må utarbeide teknisk løsningsarkitektur (på bakgrunn av premisser og bestilling fra kommunene). I tillegg må de gjennomføre utvikling av ønsket funksjonalitet i tett samarbeid med relevante ressurser i utprøvingkommunene. Når utviklingen er gjennomført må leverandør oppdatere teknisk- og brukerinformasjon om

sluttbrukerløsningen som kommunen kan velge å ta i bruk. Leverandørene må også signere relevant avtaleverk (databehandlertavtale drift eller tjenestevtale).

Med tanke på skalering og utbredelse bør utprøvningsprosjektet og det sentrale prosjektet i samarbeid vurdere hvordan etablerte nettverk kan involveres for å sikre informasjon, forankring og motivasjon utover utprøvningskommunene.

Aktørene må sette av felles tid til test, både av enkeltfunksjonalitet, men også «ende til ende». I testsesjoner må aktørene identifisere hvilke kompetanse og ressurser som bør være representert.

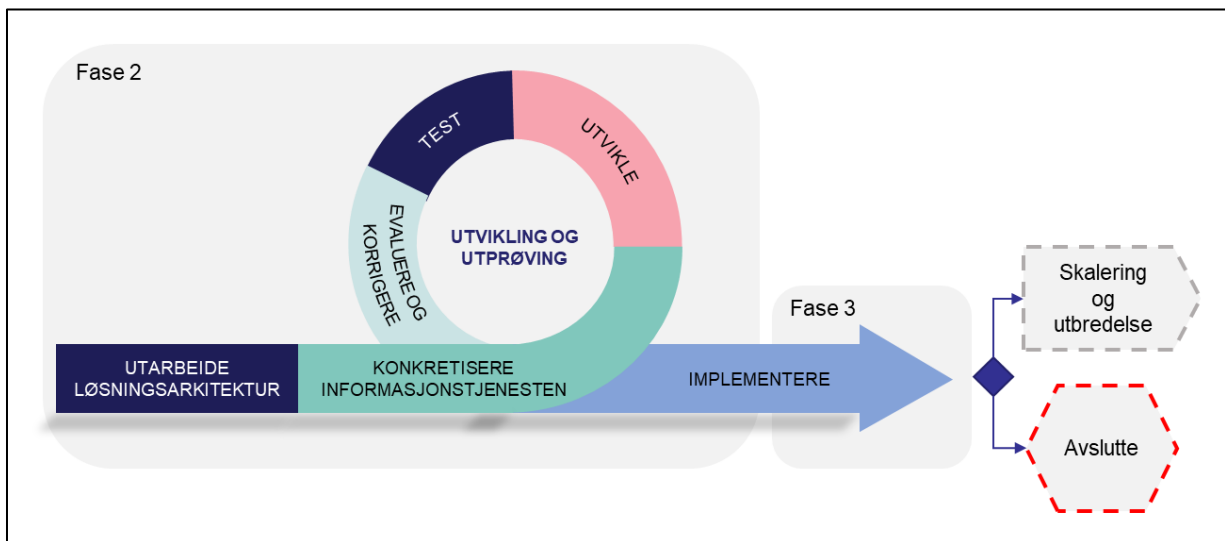
Alle aktørene må signere relevante avtaleverk for å gjennomføre utprøvingen. Dette gjelder både databehandlertavtaler og drift- eller tjenestevtale mm.

Når løsningen iverksettes er det viktig at både utprøvningskommune, leverandør og løsningseier har beregnet økt ressurspådrag i en innledende fase (et par uker). Dette fordi majoriteten av tilbakemeldinger, problemstillinger eller feil kommer innledningsvis. Det er viktig å utarbeide en felles plan og ha tett dialog og kommunikasjon i denne perioden. I tillegg må aktørene bli enige om felles plan og rutiner for hendelser, hvem har hvilket ansvar og hvem kontaktes når.

5.1.3. Fase 3 Evaluering og videreføring

Antatt varighet: 1 mnd

Når en utprøving avsluttes, må det foretas en samlet evaluering av utprøvingen. Det forutsettes at det er tatt en beslutning om enten å avslutte tiltaket eller industrialisere og globalisere i tråd med de initielle forventningene. Arbeidet, målsettingene og læringen må dokumenteres, for å sikre overføringsverdi til kommende tiltak.



Figur 9 Illustrasjon fase 3

Om det anbefales å ikke videreføre utprøvingen, skal like fullt arbeidet, målsettingene og læringen som har oppstått under utprøvingen dokumenteres. Hensikten er at flere kan dra nytte av erfaringene, slik at man ikke gjentar arbeid som ikke er formålstjenlig. Sluttrapporten kan også inneholde anbefalinger relatert til endret innretning, forutsetninger eller andre læringspunkter.

Sentrale prosjektressurser	Utpøvingskommune	NHN	Leverandør
<ul style="list-style-type: none"> • Følge opp prioritering av behov for neste utpøvsperiode • Informasjon og forankring til andre kommuner utover utpøvsperioden • Gjennomføre koordinering- og erfaringsdelingsmøter • Evaluere og oppsummere erfaringer – oppdatere felles «rammeverk» for gjennomføring • Forberede for nytte og effektrealisering • Følge opp beslutning om realisering som permanent løsning eller avslutning • Ved beslutning om permanent løsning – arbeide aktivt med konkrete tiltak for skalering og utbredelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Oppsummere og evaluere prosess og resultat • Videreføre tjenesten dersom vellykket • Bidra med erfaringer i dialog med andre kommuner 	<ul style="list-style-type: none"> • Oppsummere og evaluere prosess og resultat • Tilrettelegge for skalering og utbredelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Oppsummere og evaluere prosess og resultat • Industrialisere resultat fra utpøvsperiode

Figur 10 Oversikt over oppgaver og aktører fase 3

Sentrale prosjektressurser må sikre at føringer og forutsetninger for neste utpøvsperiode er på plass, samt følge opp beslutning om utpøvsperioden skal realiseres som permanent løsning eller avsluttes. Ved beslutning om permanent løsning må sentrale prosjektressurser arbeide aktivt med de konkrete tiltakene som er planlagt i tidligere faser knyttet til skalering og utbredelse.

Utpøvsperioden vil spille en særlig viktig rolle i å oppsummere og evaluere prosess og resultatet, samt videreføre tjenesten om den er vellykket. De kan også være viktige i dialog med andre kommuner som vurderer å implementere ny tjeneste.

Løsningseier må i tillegg til å oppsummere og evaluere prosess og resultat tilrettelegge for skalering og utbredelse av FPI med mer.

Leverandørene spiller en viktig rolle i å eventuelt industrialisere resultatet fra utpøvsperioden.

Videre skalering og utbredelse av vellykkede utpøvsprosjekt er beskrevet i kap 5.2.2 under «Videre utpøvsperioder».

5.1.4. Beslutning etter endt utpøvsperiode

Det forutsettes at man etter endt utpøvsperiode har grunnlag for å ta stilling til om utpøvsperioden har vært tilstrekkelig vellykket til at den kan realiseres som en permanent løsning eller om tiltaket avsluttes. Denne beslutningen bør så langt det er mulig tas i fellesskap mellom kommunene/KS, gjeldende leverandør og NHN.

Videre forvaltning og drift av utpøvsperiodene vil måtte bli avgjort i samspillet mellom kommune, NHN og leverandør i hver enkelt utpøvsperiode.

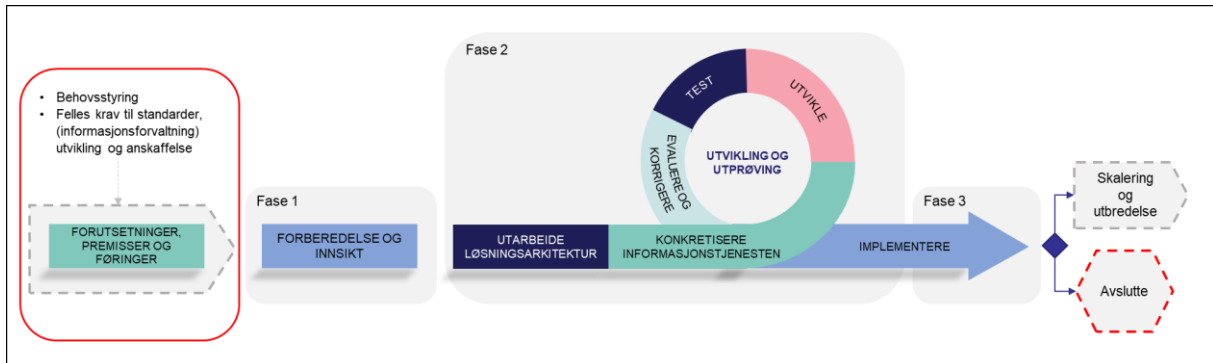
5.2. Videre utpøvsperioder

Det er utarbeidet forslag til en overordnet prosess for gjennomføring av utpøvsperioder etter første utpøvsperiode. Hensikten er å se nye utpøvsperioder i sammenheng med andre pågående og etablerte prosesser, både i kommunal sektor og nasjonalt. Dette er viktig for å sikre gjennomføringskraft og evne til skalering/utbredelse.

De avgrensede og konkrete utpøvsforsøkene er resultat av en prioritering av behov som er gjennomført våren 2023. Dersom utpøvsforsøkene er vellykkede må både sentrale prosjektressurser og leverandørene bidra til skalering og utbredelse. Dette er beskrevet i kap. 5.2.2. Dette blir en viktig del av avklaring av forvaltning og organisering av videre utpøvsarbeid, og må gjøres i tett samarbeid mellom aktørene.

5.2.1. Behovsstyring, premisser og føringer for senere utprøvningsperioder

Felles journalløft er regnet som en av de digitale fellesløsningene i nasjonal portefølje for kommunal sektor på e-helseområdet. Utprøvningsprosjektene vil være resultat og realisering av felles prioriteringer, føringer og premisser fra kommunal sektor. Det er kommunene som er sentrale i å melde inn behov/forslag til fremtidige utprøvinger. Felles kriterier¹³ (se grønn faktaboks under) og videre forvaltning vil derfor være avgjørende for å sikre at forslagene som meldes inn er innenfor felles rammer og mål.



Figur 11 Behovsstyringsprosess

¹³ Med kriterier for utprøving mener vi de fellesnevnerne vi legger til grunn for valg og prioritering av utprøvingstiltak

Behov eller andre innspill om videreutvikling av digitale fellesløsninger i kommunal sektor skal drøftes og forankres i den kommunale samstyringsstrukturen. Behovene meldes inn og behandles, med endelige anbefaling i KommlIT rådet, som grunnlag for å iverksette utprøving. Det bør også drøftes i den nasjonale rådsmodellen for e-helse for å sikre samordning nasjonalt.

Felles kriterier for utprøvningsprosjekt

Kvalifiseringskriterier vurderes som minimumskrav/forutsetninger som må oppfylles for de enkelte utprøvningsprosjektene – «må»-krav. Disse vil være absolutte for prosjekter som skal vurderes, anbefales og besluttes for utprøvinger. Vi anbefaler imidlertid at de ikke er like rigide i innmeldingsfasen for å unngå at vi går glipp av mulige prosjekt. Den andre kategorien er generelle vurderingskriterier. Disse er ikke absolutte eller ekskluderende, men inngår i et samlet vurderingsgrunnlag.

Kategori 1 - kvalifiseringskriterier

- Utprøvningsprosjektet gir konkret effekt/nytte
 - Hvilke effekter/hvilken nytte? Kvalitative eller kvantitative?
 - For hvilke aktører?
 - Gir prosjektet samfunnsmessig verdi for mer enn en kommune?
- Utprøvingen beskriver og realiserer en løsning som vil kunne ivareta krav til personvern og informasjonssikkerhet?
- Utprøvningsprosjektet bidrar til å oppnå effektmål om tilgang til relevant pasientinformasjon
- Utprøvningsprosjektet legger til rette for leveranser fra leverandørmarkedet
- Utprøvingen svekker ikke muligheten til å oppnå det overordnede målbildet som beskrevet i styringsdokumentet (finnes det elementer i utprøvingen som medfører en risiko for at for eksempel skalering kan medføre at det blir vanskeligere å realisere målbildet?)
- Utprøvningsprosjektet og behovet som skal løses er relevant og egnet for skalering og utbredelse til flere kommuner (har det potensiale for volum for felles tjeneste for informasjonsdeling)
- Utprøvningsprosjektet er forutsatt videreført i produksjon
- Utprøvningsprosjektet har et definert omfang, med et tydelig definert mål

Kategori 2 - vurderingskriterier

- Bidrar utprøvningsprosjektet til å nå et eller flere av effektmålene som beskrives i styringsdokumentet?
- Understøtter behovet for løpstekning knyttet til samhandling, og hvordan?
- Baseres utprøvingen, i den grad det er relevant og mulig, på integrasjoner basert på åpne, internasjonale standarder?
- Sikrer utprøvingen at relevant pasientinformasjon kan forvaltes av andre enn leverandør av sluttbrukerløsningene?
- Er det positiv kost/nytte for den konkrete utprøvingen? Hvis ikke, hvilken skalering må til for å oppnå positiv kost/nytte?
- Hvilken grad av kompleksitet har utprøvningsprosjektet?
 - Mange aktører/interessenter?
 - Aktører/interessenter som ligger utenfor prosjektets styringslinje?
 - Finnes det nasjonale løsninger som kan gjenbrukes eller videreutvikles for å realisere prosjektet?
 - Vil utprøvningsprosjektet kreve anskaffelser? Vil anskaffelsen gjøres en gang, eller være nødvendig for hver deltagende kommune? Er det en innovativ anskaffelse?
- Utfordrer utprøvningsprosjektet juridiske rammebetingelser? I tilfelle hvordan? Hva er foreslåtte avbøtende tiltak?
- Kan utprøvningsprosjektet gjennomføres innenfor en tidsramme på omtrent 12 måneder?

Felles kommunal journal forholder seg til den kommunale porteføljen med tilhørende prioriteringer, rekkefølge, rammebetingelser, premisser og føringer. De sentrale prosjekttressursene vil inngå som en del av forvaltning av nasjonale e-helse løsninger i KS.

For å understøtte utbredelse, og forutsigbarhet for involverte aktører er det viktig å fremstå koordinert og tydelig, samt å bidra til at tilgjengelig kompetanse og ressurser benyttes best mulig. Nasjonale ambisjoner og visjoner på e-helseområdet for kommunesektoren, fastsettes gjennom Felles plan og rammeverk (Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet) for kommunal sektor i den etablerte samstyringsstrukturen og politisk forankring i hovedstyret.

Dette danner utgangspunktet for en nasjonal portefølje for kommunal sektor på e-helseområdet.

KS jobber også i samarbeid med medlemmene med å etablere en samordnet leverandørdialog på et strategisk nivå. Ved å samle kommunal sektor i en felles dialog med leverandørene, kan dialogen føres på kommunenes premisser og bidra til felles prioriteringer. Samtidig som de mer operative aktørene som forvalter prosjekter for de digitale fellesløsninger som Felles kommunal journal holder en mer operativ dialog med sine respektive leverandører.

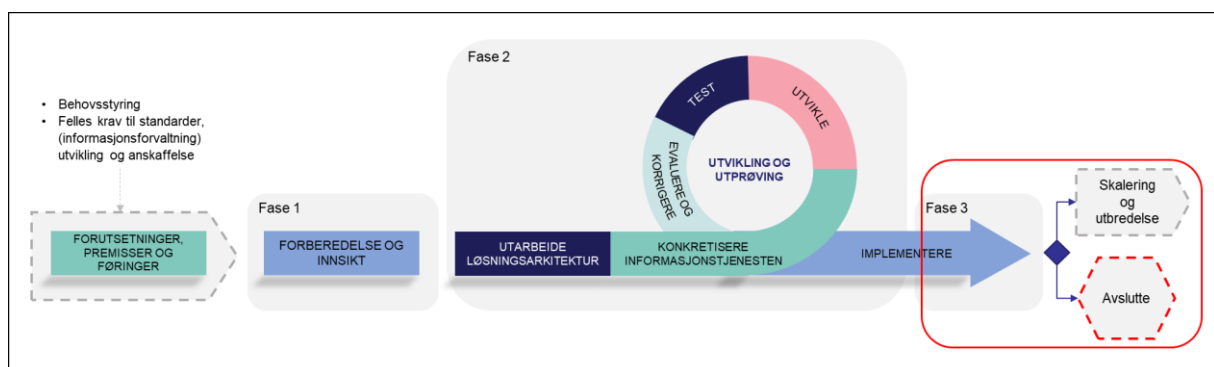
For å oppnå videre skalering og utbredelse oppleves det som en forutsetning at videre forvaltning avklares (behovsinnmelding og prioritering) og etableres gjennom allerede eksisterende strukturer. Når behovene som skal løses for den definerte tidsperioden er prioritert og avklart kan de enkelte utprøvningsprosjektene begynne.

5.2.2. Skalering og utbredelse av gjennomførte utprøvinger

En forutsetning for rask skalering er standardisering av informasjonstjenestene. Med standardisering blir det like informasjonstjenester i kommunene og skalering kan dermed utføres ved å "kopiere" informasjonstjeneste fra en kommune til en annen og kun gjøre mindre tilpasninger per kommune. Rent teknisk er med andre ord løsningen (FPI) godt tilrettelagt for skalering, men det er mange flere områder som må tilpasses og videreutvikles for at skalering, drift og forvaltning skal være effektivt. Det kreves derfor en egen utprøving som blant annet inkluderer videreutvikling og tilpasninger for å håndtere helheten, med leveranse av

- Støttefunksjoner (versjonering, tillitstjenester, effektiv distribusjon mv)
- Overvåking, monitorering, observability (proaktiv overvåking)
- Prosesser og ansvarsforhold på tvers av virksomheter (drift og forvaltning)

Utprøvingene skal gi resultat som gir grunnlag for «industrialisering» og «globalisering». Helt sentralt for å oppnå dette står evnen til å samordne, koordinere og fasilitere arbeidet, resultatene og læringen. Dette vil være blant de viktigste oppgavene til **sentrale prosjektressurser**. Det vil være helt sentralt å sikre at resultatet av utprøvingene ikke forblir enkeltstående utprøvinger i en eller flere kommuner, uten at det skjer systematisert læring mellom kommunene. Læring gjennom å prøve og feile kan skje internt i en kommune, men det er mer effektivt om kommuner prøver ut ulike løsninger og deler sine erfaringer.



Figur 12 Skalering og utbredelse

Kommunene står på forskjellige steder i dag, og noen kommuner/kommunesamarbeid vil kunne gå foran med et høyt ambisjonsnivå, mens andre kommuner mangler kompetanse, kapasitet eller andre nødvendige forutsetninger for gjennomføring. For å ivareta alle kommuner innenfor tiltaket kan sentrale prosjektressurser være en viktig fasilitator og samordner.

For å sikre skalering og utbredelse av vellykkede utprøvningsresultat bør sentrale prosjektressurser i samarbeid med aktørene blant annet:

- Sikre forvaltning av arbeidet med utprøvinger opp mot allerede etablerte strukturer slik at koordinering av kommuner og prosess rundt prioritering av behov og prøving og feiling blir effektiv
- Sørge for at kommuner arbeider koordinert og deler informasjon innenfor området
- Sørge for detaljert innsikt i gevinster og kostnader for å gi kommunene et best mulig beslutningsunderlag for å innføre
- Omsette læringer og erfaringer fra utprøvsperiode til målrettede tiltak for neste utprøvsperiode
- Bidra i aktiv leverandørdialog (fokus på fremtidige prioriterte behov og evne til globalisering og industrialisering)

Den enkelte utprøvskommunen spiller en viktig rolle i å gjennomføre erfaringsoppsummeringer fra utprøvsperioden som kan inngå som viktige justeringer til neste periode.

Leverandører (om ønskelig i samarbeid med utprøvs kommune og sentrale prosjektressurser) må evne å industrialisere og globalisere ny funksjonalitet til andre kunder med samme løsning.

6. RESSURSBEHOV OG KOMPETANSE

I alle utprøvingene vil det inngå ressurser fra de viktigste aktørene, utprøvs kommunene med sine lokale prosjektorganisasjoner, NHN med teknisk kompetanse, KS med støtteressurser og leverandører med kunnskap om de aktuelle tjeneste- og sluttbrukerløsningene.

I en utprøvs kommune er følgende ressurser og kompetanse identifisert i utprøvs kommunen. Det er gjort et overordnet estimat på antatt allokering i de ulike fasene av utprøvingene. Dette kan selvsagt avvike eller være ulikt mellom kommunene, og avhengig av om man er tidlig ute som utprøvs kommune eller kan høste mer erfaring fra allerede gjennomførte utprøvinger.

Rolle	Beskrivelse	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Prosjektleder/koordinator	Kontaktpunkt og koordineringspunkt for henvendelser fra prosjektet, leverandører eller NHN	X	X	X
Endringsledelse/gevinst	Ansvar for å sikre oppdaterte prosedyre og rutinemateriell, identifisere gevinster	X	X	X
Fagressurser tjeneste	Innspill tilknyttet behov Sentrale i utvikling og test Sentrale i implementering Sikre oppdaterte prosedyre og rutinemateriell	X	X	X
Systemforvalter	Overvåke daglig drift og forvaltning av integrasjonstjeneste for kommunens del Kjenne integrasjonstjeneste og grensesnitt mot andre tjenester og systemer godt	X	X	X

	Være førstelinjemottak av problemstillinger tilknyttet integrasjonstjenesten God kjennskap til eksisterende rutiner for hendelser, feil etc			
Systemeier	Signere avtale og sikre at avtaleverk overholdes Sikre at roller og ansvar for daglig drift og forvaltning er ivaretatt	X		
Teknisk driftsressurs	God kjennskap til integrasjonstjeneste og tilhørende tekniske grensesnitt mot systemer og løsninger God kjennskap til systemforvalter og eksisterende rutiner for hendelser, feil osv Bistå systemforvalter i feilsøk, retting mm ved behov Support feilsøk, feiloppretting	X	X	X
Personvernombud	Bistå i vurderinger knyttet til personvern, risiko og tiltak	X	X	
Informasjonssikkerhet	Bistå i sikkerhetsarkitektur Bidra i vurderinger knyttet til personvern, risiko og tiltak	X	X	
Gevinstansvarlig	Sørge for gjennomføring av de planlagte tiltakene for gevinstrealisering og følge opp at gevinstene blir realisert.	X	X	X
Arkitekt (virksomhet, løsning, integrasjon, system mm)	Kjenne systemlandskap, relasjoner og avhengigheter. Vurdere muligheter og utfordringer i valgt løsning Bidra i utarbeidelse av løsningsarkitektur, ROS mm	X	X	X
Kontraktsforvalter	Ansvarlig for å forvalte kontrakt med leverandører av løsninger og systemer på vegne av systemeier	X	X	X
Prosjekteier	Følge opp fremdrift, resultater, opprettholde gevinstarbeid	X	X	X
Behandlingsansvarlig	Ansvarlig for data som behandles Ansvarlig part i databehandleravtale og DPIA	X	X	X

Tabell 6 Identifiserte kompetanse/ressurser og allokering til fasene

7. RISIKO

Utprøving, uavhengig av valgt brukerhistorie, er forbundet med gjennomføringsrisiko. Det er kartlagt 14 risikoer som er blitt klassifisert og vurdert. Av de 14 risikoene er 1 klassifisert som lav, 8 klassifisert som moderat og 5 som høye. Det er utarbeidet forslag til tiltak.

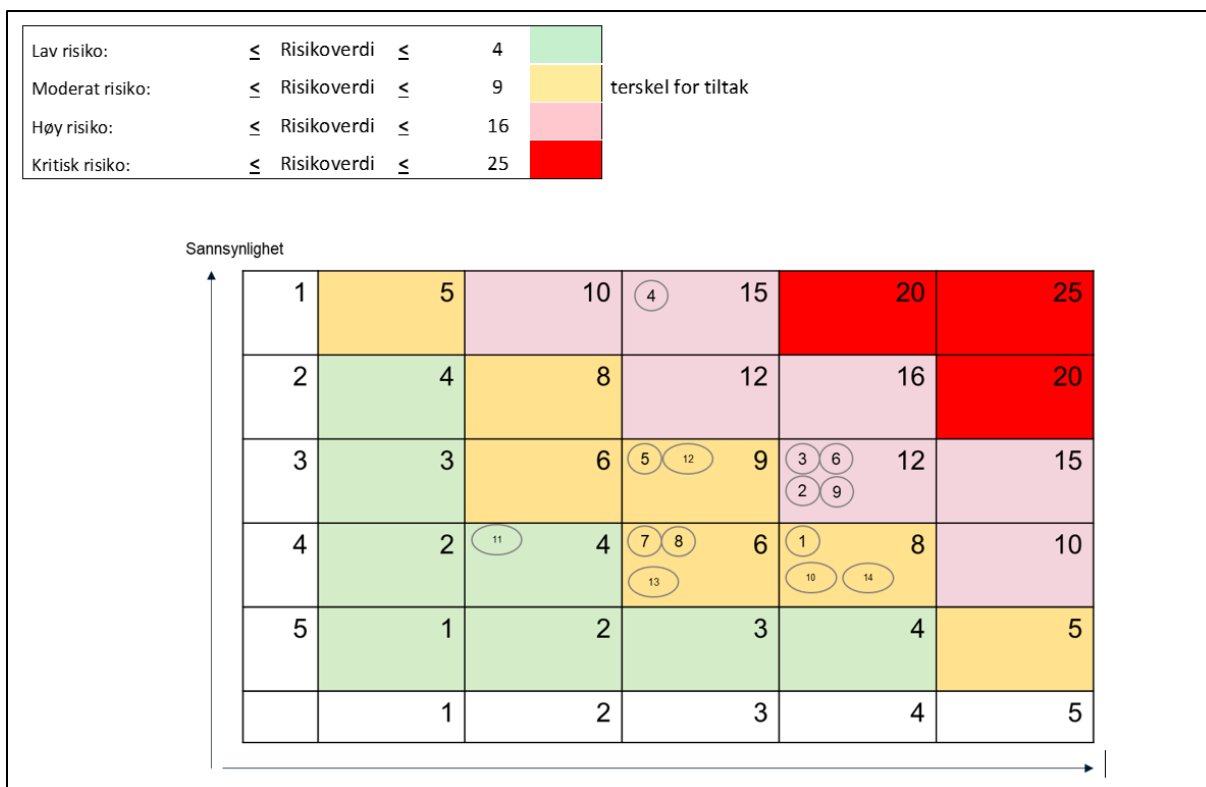
Tabellen nedenfor gjengir de identifiserte risiko.

ID	Risiko
1	Risiko for at ressurser ikke er tilgjengelig hos NHN
2	Risiko for at ressurser ikke er tilgjengelig i kommunene
3	Risiko for at ressurser ikke er tilgjengelig hos leverandør
4	Risiko for at NHN ikke har tilstrekkelige rammebetingelser til å delta i utprøving
5	Koordinering av involverte aktører
6	Manglende beslutninger og avklaringer
7	Leverandørene ønsker ikke å prioritere utvikling
8	Leverandørene priser ny funksjonalitet for høyt
9	Manglende finansiering av utprøvingene
10	Løsningen svarer ikke på helsepersonellens behov
11	Utprøvingen lar seg ikke globalisere
12	Løsningen blir teknisk komplekst
13	Hendelse som utfordrer vårt juridiske grunnlag
14	Hendelse knyttet til konfidensialitet, integritet eller tilgjengelighet, samt personvern

Tabell 7 Oversikt over identifiserte risikoer

I risikomatriksen nedenfor er de ulike risiko innplassert i matrisen i henhold til vurdering av sannsynlighet og konsekvens. Risikoproduktet er utarbeidet gjennom å multiplisere konsekvens med sannsynlighet.

Følgende tolking av risikoverdi opereres med.



Figur 13 Oversikt over identifiserte risiko

En tabell over samtlige risiko, sammen med mer detaljert informasjon om hver enkelt risiko, finnes i slutten av vedlegget.

8. KOSTNADER

Kostnadene er delt i to hovedkategorier - interne ressurskostnader og investering/utvikling. I arbeidet med kostnader er det tatt utgangspunkt i felles erfaringer fra tidligere prosjekter med omtrent samme omfang. Beskrevne kostnader er først og fremst indikative og dermed beheftet med en relativt stor usikkerhet i intervallet – 10% / + 50%.

Kostnader og finansiering er også beskrevet i kapittel 10 i styringsdokumentet.

8.1. Interne ressurskostnader

Kostnadene til ressurser er basert på erfaring fra lignende prosjekt gjennomført i en kommune. Det er også brukt eksempelcase «oversikt over kommunale tjenester» for å ha et konkret og felles utgangspunkt for diskusjonen. Interne ressurskostnader må dekkes av utprøvingskommunen.

Det er vår erfaring at det største ressurspådraget finnes i prosjektlederressursen. Selv om ressurspådraget vil kunne variere i perioden, bør det avsettes en 50 % prosjektlederressurs for å gjennomføre utprøvingen. I tillegg til prosjektleder bør prosjektgruppa bemannes tverrfaglig, blant annet med prosjektdeltaker(e) som er ansvarlig for endringsledelse og gevinstrealisering, ROS/DPIA, teknisk IT-kompetanse og fagkompetanse fra tjenesten(e). Det vil i noen grad også være behov for ressurser med kompetanse på eksisterende avtaler og anskaffelseskompetanse.

Disse ressursene vil ikke være påkrevd i hele prosjektfasen, men vil måtte påregne 20 % kapasitet i faser i prosjektperioden.

Dersom disse ressursene fordeles ut på de 3 planlagte fasene; forberedelse (3 mnd), gjennomføring (8 mnd) og evaluering/slutfase (1 mnd), kan et estimert ressurspådrag se slik ut:

Forberedelsesfasen:

- Prosjektleder/koordinator 50 %
- Endringsledelse og gevinst 30 %
- ROS/DPIA 30 %
- Teknisk driftsressurs 30%
- Fagressurser tjenesten 30%
- Anskaffelse 20 %
- Systemforvaltere og arkitekt 30%

Gjennomføringsfasen:

- Prosjektleder/koordinator 70 %
- Endringsledelse og gevinst 30 %
- ROS/DPIA 20 %
- Teknisk driftsressurs 20 %
- Fagressurser tjeneste 30 %
- Anskaffelse/kontraktsforvalter 10 %
- Systemforvaltere og arkitekt 30%

Evaluerings-/slutfasen:

- Prosjektleder/koordinator 50 %
- Endringsledelse og gevinst 10 %
- ROS/DPIA 0 %
- Teknisk driftsressurs 5 %
- Fagressurser tjenesten 20 %
- Anskaffelse/kontraktsforvalter 5 %
- Systemforvalter/arkitekt 10%

I tillegg til ressursene som jobber i prosjektet vil kommunen ha behov for ressurspådrag til styringsgruppe for prosjektet, prosjekteier, og gevinstansvarlig.

Ettersom estimatene er basert på erfaring fra tidligere gjennomførte prosjekter vil det alltid være mulighet for avvik i et fremtidig prosjekt.

Det estimerte anslaget på ressursbruk er gjort med utgangspunkt i en gjennomføring som følger plan og avtalt fremdrift. I gjennomføringen av en utprøving er det mange aktører som skal koordineres og samordnes, og forsinkelse vil derfor være en av de viktigste risikoene. Forsinkelse vil kunne kreve økt ressursbruk, som igjen kan øke kostnadene uforutsett. Det blir derfor viktig med en tydelig rolle og ansvarsfordeling, forventinger om å prioritere tid i gitte perioder samt mindre mellomledd i kommunikasjon for å motvirke forsinkelser som følge av koordinering.

Dersom kommunene må leie inn kompetanse eller ressurser til gjennomføringen vil dette også representere en økt kostnadsdriver for kommunen.

8.2. Investerings- og utviklingskostnader

Den andre store kostnadsposten er investerings- og utviklingskostnader. Kommunene har ulike løsninger, ulike leverandører og ulike avtaler i dag. Dette gjør det svært krevende å gi et felles prisoverslag. Det anbefales at utprøvingkommunen går i dialog med egen leverandør så tidlig som mulig for å få oversikt over muligheter og utfordringer, samt hva skissert utprøving vil innebære av kostnader.

Det er likevel noen forutsetninger som ligger til grunn som antatte kostnader gjennom valgt teknisk løsning:

- Kostnader for nødvendige ressurser som bistår til etablering og utvikling av FPI og øvrige kostnader belastes den enkelte utprøving.
- Systemene som er produsenter av delingsverdig informasjon, må kunne avlevere dette til et meldingsmottak som meldinger. Dette krever utvikling i eksisterende sluttbrukerløsninger. Dersom dette ikke er mulig å utvikle i løsningene må kommunen anskaffe/utvikle komponent som kan hente ut denne informasjonen fra sluttbrukerløsningene og avlere til meldingsmottaket.
- Utvikling av API (dersom det ikke finnes noe API'er på området fra før).

Det legges til grunn at direkte utviklingsarbeid mot egne leverandører og systemer vil kunne belastes den enkelte utprøvingkommune (gitt annen finansiering, eksempelvis tjenesteprismodell eller offentlig tilskuddsmidler vil denne forutsetningen endres). Ettersom ulike kommuner/leverandører har ulike avtaler er det ikke mulig å gi noen generell indikasjon på hvordan dette vil bli, det må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle.

Dekning av kostnader knyttet til drift, forvaltning og eventuell skalering av utviklede løsninger og tilhørende plattform, ut over utprøvingene, må avklares mellom aktørene og NHN før utprøvsperioden igangsettes, og dekkes av de kommunene som benytter de fremtidige løsningene.

8.3. Kostnader for å ta i bruk allerede utviklet funksjonalitet (resultat av utprøving)

Et sentralt mål er at løsningene kan industrialiseres og globaliseres. Leverandørene vil spille en viktig rolle i industrialiseringen av vellykkede resultat, og dermed kunne tilby løsningene til nye kunder.

Kommuner som skal ta i bruk løsninger som allerede er utviklet fra tidligere utprøvinger må forvente kostnader på følgende områder:

- Interne kostnader i forbindelse med *implementering* av ny løsning (nasjonalt utprøvd løsning)
- Eventuelle kostnader til egen leverandør for å ta i bruk standardisert funksjonalitet (allerede utviklet gjennom tidligere utprøvinger) og/eller tilpasning
- Eventuelle kostnader til nasjonal tjenesteleverandør (dekning av drift- og forvaltningskostnader og/eller andel av initielle investeringskostnader)

8.4. Risiko og usikkerhetspåslag

Det er mange usikkerheter og dermed risikoelement i et prosjekt med så ulike aktører, selv om omfanget er avgrenset og konkret. Det gjør det også vanskelig å gi noen generell vurdering av både kostnader og usikkerhet. Vi har i stedet lagt opp til at kommunene selv, på basis av våre generelle beskrivelser og estimater, gjør sine vurderinger ut fra egne forutsetninger.

Gjennomsnittsnivå i kostnader for utprøvinger og identifisering av spesifikke kostandsdrivere er også lagt inn som læringsmål med tanke på fremtidige utprøvinger og videre innføring.

Estimatene som utprøvs kommunene forankrer i egen organisasjon, og sammen med aktørene, bør inkludere et usikkerhetspåslag på mellom 10 og 20%.

9. AVHENGIGHETER OG FORUTSETNINGER FOR ET VELLYKKET RESULTAT:

Følgende avhengigheter og forutsetninger er identifisert for et vellykket resultat:

- Vi må følge en grunnleggende smidig og stegvis tilnærming med korte iterasjoner og kontinuerlig læring og forbedring. Det er viktig at alle parter er innforstått med at vi er i en utprøving som vil medføre stadig endringer. Det må ikke bli slik at alle må være enige om alle detaljer før arbeidet kan påbegynnes.
- Det er en sentral forutsetning at behov, føringer m.m. samordnes og koordineres på kommunal side. Dette forutsetter avhengighet til etablerte samarbeidsarenaer (gjenbruk av etablerte strukturer). Informasjonstjenesten vil forholde seg til føringene kommunene har blitt enige om. Samordning og koordinering er en forutsetning for skalering og utbredelse.
- Kommuner med relevante sluttbrukere må sitte tett på utvikling av informasjonstjeneste, samt ny funksjonalitet som må realiseres i sluttbrukerløsningene for å sikre at behovet møter sluttbrukernes behov
- Arbeidet må ha prioritering hos løsningseier(e)
- Det må foreligge tilgjengelig ressurser og kompetanse hos alle aktørene og arbeidet må koordineres
- Det må foreligge en beslutning og forankring i utprøvingskommunen om at kommunen skal delta og bruke nødvendige ressurser på utprøvingprosjektet
- Det må også foreligge en beslutning og forankring på tjenestestedene om at de ansatte skal bruke tid og nødvendig ressurser på å lære ny funksjonalitet
- Lokal prosjektleder og representant for lokal styringsgruppe bør ha tett dialog med sentrale prosjektressurser (eksempelvis gjennom erfaringsmøter eller andre koordineringsmøter) for å sikre at konkrete erfaringer og læringer overføres andre aktører og kommuner, og øke muligheter for skalering og utbredelse
- Det må finnes et avtaleverk som sikrer tilstrekkelig deltagelse og involvering i omfang og tidsperiode nødvendig for å gjennomføre en utprøving fra leverandørens side
- Dersom man tidlig avdekker at en skissert utprøving blir mer kompleks (teknisk eller organisatorisk) og går utover rammene som er satt skal beslutningstagere raskt informeres og avklares om utprøving skal stoppes.

IDENTIFISERTE RISIKOER

	Risikoområde	Beskrivelse	Konsekvens	K	S	R	Forslag til risikoreducerende tiltak
1	Ressurser er ikke tilgjengelig hos NHN		Prosjektet kan ha manglende fremdrift og føre til forsinkelser. I værste fall kan det føre til at nødvendig utvikling ikke gjennomføres	4	2	8	<ul style="list-style-type: none"> • Avklaring på forhånd og så tidlig som mulig • Forpliktende avtaleverk som inkluderer ressursallokering og tidsperiode • Jevnlig fokus på status på ressurser i koordinerings- og erfaringsdelingsmøter
2	Ressurser er ikke tilgjengelig hos kommune		Prosjektet kan ha manglende fremdrift og føre til forsinkelser. Kommunen evner ikke å iverksette utviklet løsning uten ressurser	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> • Avklaring på forhånd og så tidlig som mulig • Forpliktende avtaleverk som inkluderer ressursallokering og tidsperiode • Jevnlig fokus på status på ressurser i koordinerings- og erfaringsdelingsmøter
3	Ressurser er ikke tilgjengelig hos leverandør		Prosjektet kan ha manglende fremdrift og føre til forsinkelser. I verste fall kan det føre til at nødvendig utvikling ikke gjennomføres	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> • Avklaring på forhånd og så tidlig som mulig • Forpliktende avtaleverk som inkluderer ressursallokering og tidsperiode • Jevnlig fokus på status på ressurser i koordinerings- og erfaringsdelingsmøter
4	NHN får ikke rammebetingelser for å delta i utprøvinger		Utprøvningsprosjekt med NHN må stoppes. Prosjektet må finne nye løsninger.	5	3	15	<ul style="list-style-type: none"> • Interessepolitisk arbeid (gjennomføres av KS)

			Forsinkelse og mulig skrinlegges.				
5	Utfordrende å samordne og koordinere alle aktørene i utprøvingen	Det er vanskelig å få tak i riktige ressurser eller avklaringer i tide. Uklare roller og ansvar. Ledige møtetidspunkt. Mye koordinering også internt hos den enkelte aktør. Store ringvirkninger ved endringer	Risiko for forsinkelse. Kan føre til misforståelser.	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> • Tydelig rolle og ansvarsavklaring innledningsvis • Tidlig møteinnkallinger, forventning om å prioritere tid • Etablere prosjektressurser og kontaktlinjer internt som muliggjør enkel kommunikasjon • Mindre mellomledd – åpne for direkte dialog mellom aktører der det er nødvendig når det er nødvendig
6	Manglende beslutninger og avklaringer	Prosjektet må ha beslutninger for å velge riktig retning videre. Beslutninger må skje på kort tid. Utfordrende for besluttende aktører å holde seg informert og oppdatert	Risiko for endret omfang for utprøvingen eller tilleggsoppgaver som fører til forsinkelser Påvirke prioriteringer – i fravær av beslutning får du ikke prioritert	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> • Tydelig rolleavklaring for beslutningstakere • Tydelig mandat/prosjektbeskrivelse • Tydelig fremdriftsplan • Tilgjengelige prosjektverktøy og tilgang til oppdatert informasjon (rapportering og informasjonsflyt)
7	Leverandørene ønsker ikke å prioritere utvikling	Leverandørene har mange pågående aktiviteter som de ønsker å prioritere	Forsinkelser, og i verste fall skrinlegges	3	2	6	<ul style="list-style-type: none"> • Bytte til usecase som leverandør prioriterer
8	Leverandørene priser ny funksjonalitet for høyt	Leverandører priser den nye tjenesten for høyt til at kommuner ønsker å utvikle det og ta det i bruk	Forsinkelser og i verste fall skrinlegges	3	2	6	<ul style="list-style-type: none"> • Forhandle • Felles arbeid rundt businesscase og belyse mulighetsrom for kundesegmentet • Informere og forankre om hva som er i gang i andre kommuner • KS felles leverandørdialog (strategisk nivå) – formidle forventninger og forutsigbarhet

9	Manglende finansiering av utprøvingene	Dersom utprøvingen blir for kostbar eller forpliktet finansiering faller bort	Skrinlegges	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> Informasjon og forankring administrativt og politisk i kommunene
10	Løsningen svarer ikke på helsepersonellens behov	Helsepersonellet opplever ikke at ny funksjonalitet oppfyller behovet de hadde og tar det ikke i bruk Helsepersonell opplever at informasjonen ikke er oppdatert eller god nok kvalitet		4	2	8	<ul style="list-style-type: none"> Helsepersonell må sitte tett på i utvikling av ny funksjonalitet «Mock-up» eller andre skrivebordsøvelser for å teste funksjonalitet i forkant av utvikling Sikre at løsningen ivaretar kvalitet på data (i løsningsdesign) God tester som er utviklet og evaluering fortløpende Smidig metodikk som gjør at det er kort vei fra utvikling til evaluering og justering
11	Utprøvingen lar seg ikke globalisere	Informasjonstjenestene evner ikke å skalere fordi man ikke har klart å finne en god balanse på felles minimumsfunksjonalitet		4	1	4	<ul style="list-style-type: none"> Sette krav om at informasjonstjenestene skal være like i alle kommuner og tjenester. Finne felles minimumskrav
12	Løsningen blir teknisk komplekst	Kan være tekniske utfordringer hos en av aktørene vi ikke kjente til eller var mulig å planlegge for på forhånd	Forsinkelser, økte kostnader	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> Løse de tekniske utfordringene som dukker opp og inkludere som en del av utprøvingen Avsette risikomidler i budsjett Ta problemstilling til beslutningstagere Utarbeide ny løsningsarkitektur
13	Hendelse som utfordrer vårt juridiske grunnlag	Internt i en kommune er det greit å dele informasjon, men hvis det kommer noe som utfordrer dette (feil formål med behandling, samtykke, nye regulativer mm). Kan være ulike formål med behandling	Forsinkelser Midlertidig stans, og i værste fall skrinleggelse	3	2	6	<ul style="list-style-type: none"> Ta problemstilling til beslutningstagere Løse andre problemstillinger mens man venter på juridiske avklaringer

		knyttet til utprøving og produksjon					
14	Hendelse knyttet til konfidensialitet, integritet eller tilgjengelighet, samt personvern	Dersom det skjer en hendelse som er så alvorlig at det gis beskjed om å stanse	Forsinkelse, midlertidig stans, skrinlegges Fare for økonomiske konsekvenser eller bøter	4	2	8	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføre ROS og DPIA jevnlig og for alle relevante aktører • Vurdere forhåndsdrøfting • Vurdere relevant informasjon til registrerte av ny behandling • Gode rutiner for håndtering av hendelser og tydelig ansvars og rolleavklaring

Tabell 8: Identifiserte risikoer

Felles kommunal journal interim AS

Bilag 3.1.1:

Utfordringsbildet i kommunene – Samhandling og informasjonsdeling

Styringsdokument

Felles journalløft for kommuner

Bakgrunn

I dialog med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ble vi bedt om å gi en beskrivelse av og eksempler på ulike samhandlingsbehov som foreligger internt i en kommune, spesielt som følge av manglende tilgang til samlet og oppdatert pasientinformasjon

I forbindelse med dette har vi utarbeidet denne rapporten som kombinerer en kortfattet beskrivelse av dagens utfordringsbilde og brukerhistorier som eksemplifiserer ulike samhandlingsbehov. Brukerhistoriene som presenteres gir på ingen måte noe helhetlig bilde eller uttømmende oversikt over samhandlingsbehov, men det representerer noen konkrete eksempler på situasjoner helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester opplever regelmessig.

Kommunene har et «sørge for»-ansvar

Kommunene spiller en helt sentral rolle i å levere tjenester som skal møte innbyggernes behov gjennom ulike faser av livet. Som nyfødt og småbarn blir du fulgt opp på helsestasjonen. Etter noen år er det skolehelsetjenesten som tar ansvaret. Om du blir syk går du til fastlegen, eller om det haster, til legevakten. Og om du skulle bli utrygg eller ikke lenger klarer deg like godt på egenhånd, trenger du kanskje hjelp i hjemmet eller en sykehjemsplass. Kommunene leverer tjenester til oss som bor og oppholder oss i kommunen på mange ulike områder, og i alle livets faser og situasjoner. I hvert av disse møtene er det behov for samhandling og informasjonsdeling. Behovet for samhandling og deling av felles informasjon oppstår i flere dimensjoner:

- Mellom tjenesteder (mest innenfor, men også utenfor den enkelte kommune)
- Mellom personell innenfor det samme tjenestestedet
- I tid, både i forhold til historie og planlegning

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1) forutsetter at kommunene sørger for at alle personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. I tillegg har kommunen et ansvar for å sikre at innbyggernes behov for tjenester ivaretas på helhetlig vis på tvers av fagsektorer. Barnehage, skole og barnevern er eksempler på store tjenesteområder hvor kommunen skal bidra til et helhetlig og koordinert tilbud til innbyggerne. Dette innebærer at det er et betydelig kommunikasjons- og samhandlingsbehov internt i kommunen i forbindelse med kartlegging, saksbehandling, planlegging, gjennomføring og dokumentasjon.

Kartlegging av behov for deling av ulike typer helseinformasjon

For å få bedre innsikt i utfordringene knyttet til kommunikasjon- og samhandlingsbehov i en ordinær hverdag, gjennomførte vi i juni i år en workshop i samarbeid med helsepersonell fra samarbeidskommunene. Før samlingen ba vi deltagerne gjennomføre en observasjon av egen praksis for å kartlegge behovet for deling av ulike typer helseinformasjon i kommunen.

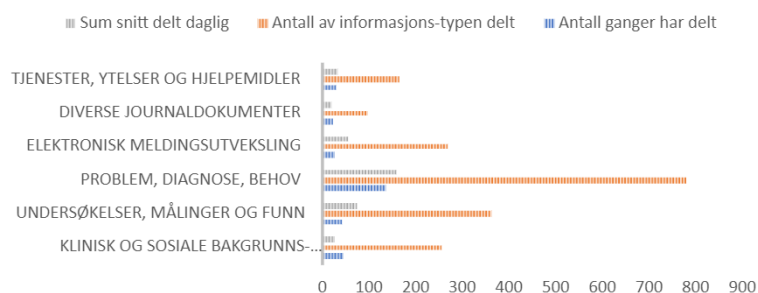
Det var tjue personer som bidro med selvbobservasjoner i perioden 25.05.-05.06.2022. De fleste deltagerne jobbet fem dager i den gjeldende perioden.

Selvbobservasjonene omfattet tjenesteområdene:

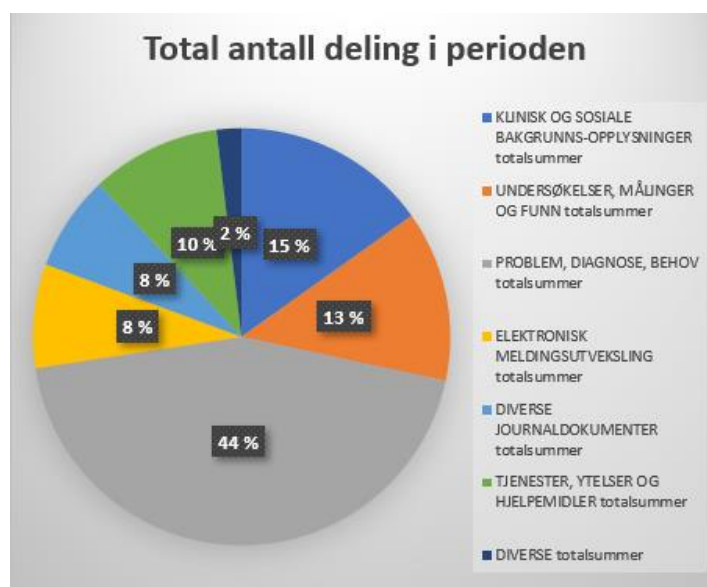
- legekontor/legevakt
- tjenester i hjemmet (hjemmesykepleie)
- helsestasjon
- rehabilitering
 - fysioterapi
 - ergoterapi
 - rehabilitering i sykehjem
- miljøtjeneste/psykisk helsetjeneste
- rusarbeid

I oversiktene er helseopplysningen delt i sju kategorier, der hver kategori innehar mange ulike informasjonstyper. Utenom elektronisk meldingsutveksling blir de ulike opplysningene i dag delt gjennom muntlig dialog, internmeldinger i EPJ, via telefon o.l. Resultatene viste at samtlige tjenesteområder delte alle kategoriene av opplysninger i et betydelig omfang.

DELING AV OPPLYSNINGER TOTALT ANTALL GANGER (5 DAGER) PÅ 20 RESPONDENTER

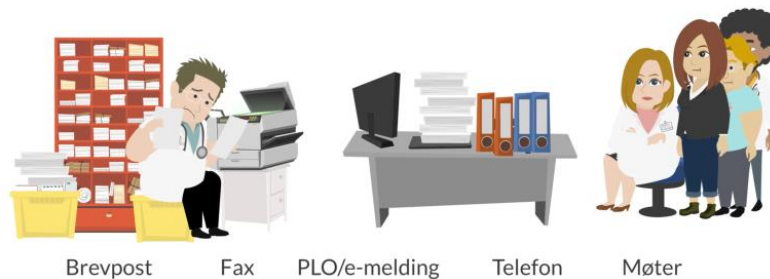


Fordeling av de ulike kategoriene er vist i figuren under.



Kommunene er ikke én samlet enhet, men et fragmentert landskap

Utover det enkelte helsepersonellens kunnskap og kompetanse er journalen det viktigste verktøyet. Journalen er også hovedkilden til livsviktig informasjon. For å dekke de ulike tjenesteområdene benytter de fleste kommuner flere ulike journalløsninger. Det er ofte 5-6 ulike journalløsninger i bruk i samme kommune, og de kommuniserer stort sett dårlig eller ikke i det hele tatt. Dermed er det liten eller ingen samhandling mellom løsningene, så selv internt i samme kommune får man ikke delt, eller samhandlet rundt, samme informasjon. Der man skulle delt informasjon direkte i løsningene må man i stedet kommunisere muntlig, per telefon, i møter, via e-meldinger eller på papir.



EKSEMPEL

Sykepleier Ida er på vakt i hjemmesykepleien. En lørdag formiddag, mens hun er ute hos en annen bruker, ringer vakttelefonen. Det er legevakten som ringer om en kvinne som har blitt behandlet hos dem. Hun har behov for hjelp til å sette en sprøyte blodfortynnende medisin en gang daglig de neste fem dagene. Ettersom det er lørdag er tildelingskontoret i kommunen stengt og legevakten melder derfor kvinnen direkte til hjemmesykepleien.

Legevakt og hjemmesykepleie bruker ulike systemer og kan ikke kommunisere via e-meldinger. Legevakten ringer derfor inn rapporten muntlig. Ida må notere ned navn, personalia og annen relevant informasjon som behov/problem, medikament og frekvens på en lapp. Kvinnen får i tillegg med seg et skriftlig notat hjem. Fastlegen mottar en epikrise fra legevakten, men fastlegen er først tilbake på mandag og benytter dessuten et annet journalsystem.

Mot slutten av vekten kommer Ida inn på kontoret. Hun setter seg ned foran pc-en for å dokumentere fra dagen. Hun må åpne journal på den nye brukeren, skrive en sammenfatning av det hun vet og kjenner til, åpne tiltak på brukeren, samt sende beskjed til tildelingskontoret så de kan kontakte bruker og skrive et vedtak på hjelp over helgen.

Gule lapper eller «svarteboka» med beskjeder til neste skift er fortsatt utbredt. Når nødvendig informasjon mottas på slik måte den leses inn manuelt i mottagerens eget system. Det er verdt å presisere at det ikke er noe galt i muntlig kommunikasjon, tvert om. Det er i mange sammenhenger en nødvendig måte å sikre at informasjon både er mottatt og forstått. Problemet er at muntlig kommunikasjon krever samtidighet (deltagerne er til stede samtidig), og det er ofte svært krevende i en hektisk hverdag. I tillegg skaper det merarbeid fordi den muntlige informasjonen må skrives ned på nytt når den er mottatt. Sist, men ikke minst, innebærer det en risiko for at informasjonen oppfattes, tolkes eller tastes inn feil. Effektiv samhandling betyr at man kan finne relevant informasjon *der og når behovet oppstår*, uten å måtte involvere tredjepart med mindre det er nødvendig for en dypere forståelse. Informasjonsmessig blir kommunen ikke en samlet enhet, men et fragmentert landskap.



Felles kommunal journal

EKSEMPEL

Yamal ble enkemann for et par år siden, og flyttet da til en leilighet i nabokommunen for å være nærmere datteren som er innom jevnlig og hjelper til så godt hun kan. Omtrent samtidig fikk han påvist en demensdiagnose. Han er glad for at han fortsatt kan bo hjemme. Fastlegen kjenner han godt og han har tilgang på kommunale tjenester som hjemmesykepleie, demenskoordinator og dagsenter.

En lørdag ettermiddag er Yamal ute og går i nabolaget. Etter en stund kjenner han seg ikke igjen og blir både redd og forvirret. Forbipasserende tilkaller politiet, og de følger Yamal til legevakten. På legevakten søker de opp Yamal i systemet, men der finner de ingenting ettersom Yamal, som nyinnflyttet, ikke har vært på legevakten i kommunen tidligere. I kjernejournal finner de hvilke medisiner han har mottatt via apotek, men ingen annen oppdatert informasjon.

Legevaktslegen kjenner ikke til at Yamal er dement. Hun gjør nødvendige undersøkelser for å utelukke diagnoser som infeksjon eller slag. Ettersom det er lørdag, er det kommunale tildelingskontoret stengt. Legevakten forsøker å kontakte datteren, men hun svarer ikke. Legevaktslegen og sykepleieren diskuterer seg imellom og vurderer at det oppleves uforsvarlig å sende Yamal hjem igjen gitt den informasjonen de har. De velger i stedet å legge han inn på sykehuset for tilsyn og observasjon over natten da de uten bakgrunnsopplysninger ikke kan utelukke annen årsak til forvirringen. Rundt midnatt tar datteren kontakt med legevakten som informerer om situasjonen og avtaler at hun kan hente faren dagen etter.

Hadde legevakten hatt tilgang til informasjon om demensdiagnose, eller allerede aktive tjenestetilbud i kommunen kunne innleggelse vært unngått. Legevaktslegen kunne fått et bedre grunnlag for tiltak ved å vite at nødvendige tjenester og ressurser allerede var på plass for at Yamal kunne sendes hjem, og at dette vil være det beste tiltaket for å gi trygghet innenfor kjente rammer. På denne måten ville kommunen spart et liggedøgn, Yamal ville sluppet den belastningen et opphold i fremmede omgivelser representerer og datteren ville sluppet å uroe seg for hvordan det gikk med faren på et nytt og fremmed sted.

Mangel på samhandling svekker pasientsikkerheten

Mangelfull eller fraværende samhandling kan innebære at helsepersonell har et mangelfullt grunnlag for å vurdere riktig nivå på helsehjelp og hva som bør iverksettes av nye tjenester eller tiltak. Mangel på informasjon utfordrer kontinuitet, trygghet for tilstrekkelig innsikt i pasient eller brukerens situasjon og dermed også riktig type og nivå på helsehjelpen. Det kan forringe et allerede planlagt forløp, og det kan i verste fall sykeliggjøre eller bidra til feilbehandling.

Ulike grupper av helsepersonell behandler i varierende grad de samme brukerne og pasientene. Behandlingen varierer avhengig av hvilken utdanning de har, i hvilken sammenheng de arbeider og av hvilken relasjon de har.

Fastlegene er uten tvil «navet» i helse- og omsorgstjenesten generelt og i den kommunale tjenesten spesielt. Fastlegen har også kontaktflater med flere aktører utenfor helsetjenesten. Gjennomsnittlig listelengde for fastleger er i overkant av 1000 innbyggere på landsbasis. I 2021 var det i gjennomsnitt 3 konsultasjoner hos fastlegen blant befolkningen som helhet, og klart flest i aldersgruppen 67-89 år (4,9 konsultasjoner hos fastlegen i aldersgruppen 80-89). Andre grupper av for eksempel multi- og langtidssyke er også oftere hos fastlegen, og har gjerne et større behov for oppfølging. Over tid etablerer fastlegen mye kunnskap om, og innsikt i den enkeltes situasjon. Dette dokumenteres godt i fastlegens journal, og kan være kommunisert til sykehjem eller kommunale helse- og omsorgstjeneste via standardisert elektronisk meldingsutveksling, men det er ikke alltid tilfelle. Fastlegene jobber som regel innenfor ordinær arbeidstid på hverdager, dvs. den tiden hvor resten av samfunnet også stort sett er åpent og tilgjengelig. I en slik hverdag er det lett å forstå at mange fastleger opplever at de stort sett har tilgang til den informasjonen de behøver.

For andre grupper er dette bildet helt annerledes. I kommunen er det mange helsearbeidere fra ulike fag- og tjenestegrupper som samarbeider om oppfølging av den enkelte pasient, døgnet rundt. Det er mange som jobber deltidsvakter, og ofte hyppige endringer i bemanningsplaner. Det gir et helt annet behov for enkel og umiddelbar tilgang til komplett og oppdatert informasjon, både for den enkelte helsearbeideren og for samhandlingen. Dette skiller seg eksempelvis fra det 1:1 forholdet fastlegen etablerer til sine pasienter over tid – med unntak av de tilfeller hvor pasienten er i behandling på sykehus eller hos spesialist.

Mange sykepleiere som jobber i tjenester i hjemmet, eksempelvis hjemmesykepleie, eller på sykehjem forholder seg nesten utelukkende til mennesker med varierende grad av kroniske og sammensatte lidelser. Dette kan dreie seg om innbyggere med et sammensatt og komplekst sykdomsbilde, med behov for tett oppfølging, akutte hendelser som fall eller brå sykdom eller endring i sykdomsbildet, kompliserte sår, legemiddelproblematikk eller lindrende og palliativ behandling. Grupper hvor behovet for mest mulig helhetlig kunnskap om tilstand, behandling og prognoser er av stor betydning. Dette er kunnskap som ikke er tilgjengelig i de kommunale systemene, og oftest er heller ikke de kommunale systemene selv samkjørt. I tillegg til mangelen på helhetlig informasjon jobber disse yrkesgruppene også til alle døgnets og årets tider. Dette er altså helsepersonell som ofte er alene på natt- eller helgevakt, eller i hjemmesituasjoner. I tillegg står sykepleieren i et avhengighetsforhold til fastlegen i forhold til medisinske vurderinger, spørsmål eller oppfølging av behandling. Da er behovet for et troverdig og helhetlig informasjonsunderlag og en god informasjonsflyt og kommunikasjon enda viktigere.

På toppen av det hele har pasientgruppene som behandles i de kommunale tjenestene oftest ulike behandlere, spesielt når det gjelder fastlege, og det kompliserer bildet ytterligere. Etersom tilgangen på nødvendig informasjon er så liten må sykepleierne ofte bruke mye tid for å få tak i riktig fastlege, gjerne via telefon. Dette er tids- og ressurskrevende i en oppjaget hverdag og det er også et «forstyrrende» element i fastlegens arbeidsdag. Hadde relevant informasjon om pasientene vært tilgjengelig for deling, hadde dette vært unngått.

Helsepersonell er på jobb alle dager i året og til alle tider av døgnet. Som hjemmesykepleier kan du ha ansvar for et stort antall brukere fra andre områder/distrikter, også mange du ikke kjenner fra tidligere. På allerede sårbare vakter som helg, kveld og natt er dette spesielt vanlig. Når du er hjemme hos brukerne og skal gjøre vurderinger av situasjonen, gjerne i

kontakt med legevakt eller andre aktører, ville tilgang til et helhetlig og oppsummerende bilde av brukernes historie og situasjon kunne ha uvurderlig betydning.

Helsepersonell i kommunale helse og omsorgstjenester er svært selvstendige og står ofte alene i mange vurderinger. De fleste har kjent på frustrasjon over mangelfull, fraværende eller ufullstendig informasjon, og dermed et uklart bilde. Som sykepleier i hjemmesykepleien eller på et sykehjem kan man ikke bare rope på en kollega, men må stole på egne avgjørelser. Om det trengs legehjelp må man forholde seg til legevakten utenfor fastlegens åpningstider. Når legen på legevakten skal ta sine avgjørelser, dvs. forordne eller avslutte behandling, må hun gjøre det basert på sykepleierens observasjoner og beskrivelser. Det er en vanlig arbeidsfordeling i helsetjenesten og på sykehusene. Hvis det er behov for ytterligere undersøkelse av pasienten må legen rykke ut til pasienten, eller pasienten transporteres til legekontor eller legevakt. Tilgang til helhetlig og oppdatert informasjon ville representert en betydelig kvalitets- og effektivitetsheving for begge parter, og dermed også bidratt til økt pasientsikkerhet.

EKSEMPEL

Hanne er sykepleier i hjemmesykepleien og går på vakt en fredag kveld. I rapporten står det at hun skal dosere et nytt legemiddel til Per. Hanne kjenner Per godt fra før og stusser litt over at han skal begynne med nettopp dette medikamentet. Hun mener å huske at det ble frarådet etter siste kontroll på sykehuset.

De siste ukene har Per vært mye frem og tilbake mellom sykehus, kommunal akutt døgnplass og legevakt. Det har ført til mange endringer i medisineringen. Per har multidose, og fastlegen hans må sende oppdatert ordinasjonskort til apoteket ved endringer.

Hanne skulle gjerne konferert med fastlegen for å være sikker på at beskjeden om oppstart med det nye medikamentet stemmer. Hun er redd det kan ha oppstått en misforståelse i all kommunikasjonen fram og tilbake mellom de ulike behandlerne. Men ettersom det er fredag kveld er fastlegekontoret for lengst stengt, og det åpner ikke før mandag morgen. Det er lege som må ta avgjørelser knyttet til medikamenter, så Hanne velger å konferere med legevakten.

Legevaktslegen har heller ikke informasjonen om bakgrunnen for oppstart, eller annen informasjon fra sykehusbesøk eller KAD. Hun har kun informasjonen om fastlegens ordinasjon via e-resept, og historikk fra Pers tidligere besøk på legevakten. Hun må dermed ta sin avgjørelse basert på sykepleiers resonnement, vurdering av bruk av medikamentets eventuelle bivirkninger/komplikasjoner mot eventuelt nytte.

EKSEMPEL

Anne jobber som spillutvikler når hun venter sitt første barn og skal følges opp i tilknytning til svangerskapet. Hun har hatt sin første oppfølging hos fastlegen, men ønsker å bruke jordmor på helsestasjonen i tillegg i oppfølgingen. Som gravid får Anne et «Helsekort for gravide» som til hennes store forbløffelse viser seg å være en utskrift på papir. Enda større blir overraskelsen når hun forstår at det forventes at hun selv skal ta vare på utskriften og sørge for at den er med i møte med ulike behandlere eller ved annen relevant kontakt med helsevesenet gjennom hele graviditeten. Helsekortet inneholder linjer der BT, vekt, mål, prøvesvar, samt skriftlig rapport fylles inn for hånd fortløpende. Er dette 2022 eller har jeg havnet i en alternativ virkelighet tenker hun, men fokuset på selve graviditeten og det som skal skje gjør at hun fort venner seg til tanken.

Fastlegen tar alle nødvendige innledende undersøkelser og noterer dette i sin pasientjournal, samt på helsekortet. I tillegg tar Anne obligatoriske blod- og urinprøver. Anne får også med seg blodprøveresultat på et eget papir.

Anne ønsker å gå til jordmor ved neste kontroll for å få bedre tid til samtale og spørsmål. Jordmor oppretter en ny journal i sitt journalsystem. Hun legger inn den samme informasjonen som fastlegen la inn i sitt system gangen før. Jordmor tar nye undersøkelser, som noteres i hennes journalsystem samtidig som hun noterer det for hånd på helsekortet som Anne heldigvis husket å ha med seg.

Anne forteller jordmor om økende smerter i bekkenet. Jordmor ber Anne kontakte fastlegen. Anne ringer fastlegen og bestiller time. Når hun kommer til timen må hun gjenta den samme informasjonen til fastlegen som hun allerede har gitt jordmor. Fastlegen leser i tillegg av den håndskrevne rapporten fra jordmor på helsekortet. Fastlegen anbefaler Anne å kontakte fysioterapeut.

Når Anne kommer til fysioterapeuten opplever hun å måtte gjengi informasjonen på nytt da fysioterapeuten ikke har tilgang til informasjonen fastlege eller jordmor har.

EKSEMPEL

På vei ut av sengen er Kari uheldig og faller på gulvet. Hun klarer ikke å komme seg opp, eller ake seg bort til trykksalv som ligger på nattbordet. Hun er redd og har vondt flere steder. To timer senere kommer hjemmesykepleieren Anne for å bistå med morgenstell og medisiner, og finner Kari liggende der hun falt. Kari gir uttrykk for smerter flere steder, og Anne er bekymret for om hun også kan ha slått hodet. Anne konfererer med legevakten, og det avtales å sende en legevaktsbil hjem til Kari. Anne er hos Kari mens de venter.

Legevaktslegen som kommer hjem til Kari har lite informasjon om henne i sitt system. Via Kjernejournal kan han se hvilke medisiner Kari har mottatt via apotek. I tillegg ligger det en epikrise fra et besøk på legevakten to år tidligere i forbindelse med en urinveisinfeksjon. I mangel av informasjon stiller legevaktslegen Kari flere spørsmål. Hvordan skjedde uhellet, hvordan opplever hun boforholdene, hvilke kommunale tjenester og bistand i hverdagen mottar hun, relevante sosiale forhold, bruk av medikamenter og eventuelle allergier. Kari har sterke smerter og er utmattet etter hendelsen. Hun orker ikke å svare på alle spørsmålene. Hjemmesykepleieren fyller ut med det hun husker eller finner i sitt system, men det er heller ikke uttømmende. Legevaktslegen har ikke tilgang til Kari sin medisinliste, men de sjekker multidosen og noterer hvilke medikamenter den inneholder. De finner også ordinasjonskortet som følger multidosen på papir som ligger i brukerpermen hos Kari.

Legevaktslegen skriver ut et innleggelsesnotat til akuttmottaket på papir, med en medikamentoversikt på bakgrunn av ordinasjonskort og multidoserull. Dette dokumentet følger Kari til akuttmottaket på sykehuset der hun innlegges.



Figur 1 Illustrasjon som viser antall mulige aktører og informasjonsbehov for pasientflyt ved fall hjemme

EKSEMPEL

Ida arbeider som sykepleier på et sykehjem. En gang i uken kommer sykehjemslegen innom i noen timer for å gjennomføre legevisitt. Olga, som er beboer på sykehjemmet, har fått påvist en urinveisinfeksjon og legen forskriver en antibiotika kur til henne. Hun forordner samtidig en rekvisisjon på urinprøve. Etter legevisittiten sørger Ida for umiddelbar oppstart av antibiotikakuren og at urinprøve blir sendt til laboratoriet for analyse.

To dager senere er Ida tilbake på arbeid. Hun ser fort at Olga fremdeles har betydelige symptomer på urinveisinfeksjon. I tillegg viser svaret på urindyrkingen at den valgte antibiotika-kuren ikke er gunstig. Ida kontakter sykehjemslegen som arbeider som fastlege på et privat legekontor. Legen har ikke tilgang til kommunale journaler når han er på legekantoret. Siden Olga ikke er en av pasientene på legens fastlegeliste har han heller ikke informasjon om henne i egen journal. Ida må informere legen om prøvesvaret og Olgas status slik at han kan vurdere alternativ medisinering og om det eventuelt skal tas andre prøver. Ettersom Ida ikke kan sende noen pleie og omsorgs-melding til legen ender hun med å bruke store deler av formiddagen på å prøve å få tak i legen på telefon.

Behov for tilgang til relevant informasjon der man er

I kommunale helse og omsorgstjenester brukes det mye tid på å sammenstille og holde oversikt over informasjon om pasienter og brukere. Flere oppgaver er overført til kommunene. Pasientene har ofte mange ulike og til dels kroniske tilstander, hvor forståelse av helhetsbildet er avgjørende. Liggetiden i sykehus blir stadig kortere, hjemmebehandling benyttes i forhold til sykere pasient- og brukergrupper, og det benyttes mer avansert

EKSEMPEL

Mari og Anders ble foreldre til Magnus for 1 år siden. Ved 1 årskontroll på helsestasjonen oppdager helsesykepleier avvik på percentilskjema og velger derfor å henvise Magnus til oppfølging hos fastlegen. Helsesykepleier sender henvisningen digitalt til fastlegen. Når Mari og Anders kommer til fastlegen med Magnus kan imidlertid ikke fastlegen få opp percentilskjemaene med målinger og trender. De må få en ny time og må selv sørge for å fremskaffe en utskrift av percentilskjemaet til neste gang.

medisinsk og sykepleiefaglig behandling i kommunene. I sum øker dette behovet for effektiv tilgang til relevant pasientinformasjon ytterligere i årene som kommer.

EKSEMPEL

Odd har kreft med spredning og er nå i livets siste fase. Både han og kona Lise er veldig takknemlig for at han får tilbringe den siste tiden hjemme, i nærheten av barna sine og i kjente omgivelser. Odd har mye smerter og kvalme og hjemmesykepleien er inntatt seks ganger i døgnet, samt ved ytterligere behov for å bistå med smerte- og symptomlindring. Kreftsykepleier i kommunen har også tett kontakt med familien og følger opp gjennom faste avtaler. Fastlegen er tett koblet på som medisinsk ansvarlig hjemme, og skjer det noe akutt vil det være legevaktsbil (eller ambulanse) som må tilkalles for bistand. Verken hjemmesykepleie/kreftkoordinator, fastlege eller legevakt deler informasjon gjennom samme system i dag.

Endringer skjer raskt. Hjemmesykepleien er derfor avhengig av å ha tett dialog med fastlegen, slik at det til enhver tid gis effektiv lindrende behandling for å unngå at Odd har unødvendige smerter eller annet ubehag. I tillegg må det avklares hvordan og hvem som skal kontaktes ved endringer eller behov som oppstår utenfor åpningstid.

En lørdag når hjemmesykepleieren Line kommer forteller Lise at Odd er blitt tyngre i respirasjonen og virker noe mer urolig. Line vurderer at det har sammenheng med sykdomsbilde og at hun derfor ønsker å kontakte legevakten. Legevakten har ikke relevant historikk i sitt system, men får en muntlig sammenfatning av Line over telefonen. De er på plass innen kort tid.

Lise og Odd vil helst bruke tid og krefter sammen med hverandre og resten av familien, og slippe unødige spørsmål eller instruksjoner. De opplever god hjelp og støtte fra helsepersonellet, men at det stadig dukker opp nye pleiere som har behov for oppdatering av situasjonen og behovene. Legevaktslegen er nødt til å stille Lise og Odd, samt hjemmesykepleieren Line flere spørsmål for å danne seg et godt bilde av situasjonen, samt relevant historikk, tiltak, utvikling av forløp og tilstand. Han kjenner ikke Odd fra tidligere. Denne informasjonen utgjør grunnlaget for vurderinger han gjør knyttet til videre hjemmesituasjon, ordinasjon av medikamenter og dose, samt eventuelle medikamenter ved behov med tilhørende prosedyre.

Legevaktslegen sender sitt notat til fastlegen, samt gir Line en utskrift på papir som hun tar med inn på kontoret ved vaktslutt for å oppdatere medisinalister, tiltaksplan og annen relevant informasjon før hun informerer kveldsvakten i rapport.

Helsepersonell har ikke nødvendigvis tilgang til nødvendig informasjon der de er. Dette kan være medisinske opplysninger og diagnoser, legemiddelopplysninger, eller informasjon om pågående eller planlagte behandlinger. E-meldinger har gitt samhandlingen ett stort løft, mellom kommunene og sykehus, men også i forhold til fastlegene. Likevel – mangel på ressurser og mobile verktøy til oppfølging gjør at det kan gå flere timer mellom svarene på informasjonsforespørsler – i noen tilfeller kan det bety tap av tid, i andre fall betydelig og unødige kostnader og i verste fall tap av liv eller helse. Kunne helsepersonell selv innhentet informasjonen de har tjenstlig behov for gjennom egne arbeidsflater, hadde samhandling først og fremst vært knyttet til overgang mellom behandlere, ikke basis informasjonsinnhenting.

EKSEMPEL

Marte arbeider som kommunal fysioterapeut og har stilling ved den kommunale rehabiliteringsavdelingen. I tillegg til en stillingsprosent på kommunal rehabiliteringsavdeling har hun også en liten stillingsbrøk på kommunal helsestasjon. Her er hun en gang i uken for å vurdere barn etter forespørsel fra lege eller helsesykepleier. Rehabiliteringsavdelingen og helsestasjon har to ulike leverandører for elektronisk pasientjournal.

Ved en konsultasjon av Henrik, et barn på helsestasjonen, vurderer Marte at det er behov for en lengre oppfølging. Hun sender derfor melding til tildelingskontoret slik at Henrik får vedtak på tjenester ved rehabiliteringsavdelingen. I tillegg legger hun en videre plan for behandling og dokumenterer funn og vurderinger som er gjort. Når Henrik kommer til rehabiliteringsavdelingen møter han Marte igjen, men nå i rollen som fysioterapeut på rehabiliteringsavdelingen.

Siden Marte benytter et annet journalsystem på rehabiliteringsavdelingen enn på helsestasjonen har hun ikke tilgang til egne notater, funn og vurderinger, eller plan for behandling. I en oppjaget hverdag kjenner ikke Marte seg trygg nok på om hun husker godt nok. Selv om hun er god til å huske og sammenstille informasjon velger hun for sikkerhets skyld å gjøre undersøkelser på nytt, og dokumentere funnene og behandlingsplanen for andre gang, men i et annet system.

Journalsystemene i kommunale helse og omsorgstjenester har manglende funksjonalitet for innhenting og sammenstilling av informasjon fra andre behandlere og tjenester. Dagens systemer er lite strukturerte. Systemene krever mange manuelle operasjoner, og dobbeltføring er vanlig. Mangel på «obligatoriske felter» utfordrer også god datakvalitet fordi systemene tillater stor variasjon i personlig praksis. Muligheten til å notere i fritekst er viktig og i noen tilfeller helt nødvendig, men det som kan være strukturert informasjon bør følge faste format. Så lenge systemene tilbyr liten prosessstøtte blir det opp til hver enkelt hvordan man forvalter systemet og informasjonen man legger inn. Det blir også fort manuelt hvordan informasjonen oppdateres og forvaltes. Det foreligger dokumentasjonskrav til tjenestenes leveranser, og det forutsettes sporbarhet i prosessene, eksempelvis at pasienten har fått klargjort, utlevert og administrert medikament.

Selv om de fleste systemer tilbyr mobile arbeidsflater er det fortsatt mange prosesser eller registreringer man kun har tilgang til fra stasjonær pc, eksempelvis bruk av e-meldinger. Hjemmesykepleien må kjøre inn på kontoret for å kunne sjekke og behandle e-meldinger, samt registrere ulike målinger, lete frem informasjon eller omprioritere personell. Det er en uholdbar situasjon når utvikling og behov for tjenester fremover forutsetter at stadig mer må utrettes på samme tid og med de samme ressursene.

EKSEMPEL

Petter er på vakt på legevakten en torsdag kveld. I løpet av vekten ankommer en mann som er blek og klam, har sterke magesmerter, og dårlige vitale målinger. Petter finner lite relevant historikk i journalsystemet.

Pasienten blir brått dårligere, og ulike behandlingstiltak blir igangsatt. Hjertet stanser og hjertekompresjoner igangsettes, men til ingen nytte. Mannen erklæres død kort tid etterpå.

Legevakten tar kontakt med pårørende, og informerer blant annet om hvilke tiltak som ble forsøkt, men dessverre uten nytte. Pårørende opplyser da om at pasienten var registrert som HLR – altså en person som har erklært og bekreftet at han ikke ønsker gjenopplivningsforsøk. Dette var ikke registrert i dokumentasjon i legevaktens journalsystem, og dessverre heller ikke i kjernejournal.

Petter får en kraftig reaksjon når han tenker på hvordan denne mannens avslutning på livet ble, helt mot hans ønsker. Hadde han visst dette innledningsvis ville han gitt smertelindring og fokusert på å skape ro og trygghet.

Innbyggers behov for samlet informasjon for en aktiv rolle

I helse- og omsorgssektoren er det pasientforløpene som er «produksjonskjeden», og det er kunnskapen – informasjonen – om den enkelte innbyggeren som driver forløpet. Sektoren er med andre ord helt informasjonsdrevet. Da sier det seg selv at tilgangen til en mest mulig helhetlig, oppdatert og korrekt informasjon er av helt essensiell betydning, både i behandlingen av den enkelte, men også knyttet til å kunne utvikle tjenestene ved å utnytte nye løsninger innen informasjonsteknologi slik at vi kan frigjøre tid til pasientbehandling.

Hvert år er det mange innbyggere som opplever å få feil behandling. Deling av informasjon vil ikke alene kunne sikre at det ikke gjøres feil, men oppdatert informasjon og medikamentliste vil i stor grad redusere denne risikoen. Ulike aktører har ulike kilder der det produseres informasjon, dette kan resultere i flere «sannheter». Felles relevant informasjon gir helsepersonell én felles «sannhet», ikke mange.

EKSEMPEL

Randi har hjertesvikt og diabetes og er i tett kontakt med flere deler av helsevesenet. Spesialisthelsetjeneste, fastlege, diabetes poliklinikk, fysioterapeut samt hjemmesykepleie. Det hender også hun har måttet bruke legevakten. Randi opplever at de ulike behandlerne sjelden har oversikt over hva de andre har gjennomført av behandlinger eller vurderinger. Derfor arkiverer hun alle utskrifter hun får fra de ulike behandlerne i en grønn perm som hun har med seg når hun skal til avtaler. Dette kan være epikriser, generelle notat, medisinlister, prøvesvar, tiltaksplan/prosedyre som hjemmesykepleien følger samt vedtakene hun får fra kommunen.

Randi har fått noen alvorlige sår på beina på grunn av diabetes. Hun får ukentlig bistand av hjemmesykepleien til å stelle sårene. Fastlegen er medisinsk ansvarlig. Randis sår følges først og fremst opp av diabetes poliklinikk der hun er innom ca. annenhver uke, litt avhengig av sårenes tilstand. Det er poliklinikken som utarbeider sårprosedyrene. Når Randi har vært på konsultasjon sendes en rapport/epikrise til fastlegen, men Randi må selv ta med en utskrift som hun kan gi til hjemmesykepleien. I tillegg ber hun alltid om en ekstra utskrift som hun legger i permen, tilfelle det skulle bli spørsmål fra en av de andre behandlerne. Randi blir frustrert over at hjemmesykepleien ikke kan få samme informasjon som fastlegen, når det er de som følger dette opp i det daglige.

Randi har lært viktigheten av å få med seg informasjonen selv ettersom hun ofte har timer på poliklinikken på fredager, og oppdatert informasjon fra fastlegen til hjemmesykepleien ofte komme først uken etter.

Det er en nasjonal målsetning at innbyggerne skal få delta mer aktivt i egen behandling og oppfølging. Dagens systemer underbygger ikke dette i nevneverdig grad siden informasjon ligger spredt i ulike systemer avhengig av hvilke behandlere man har vært hos. Informasjonen kan i svært liten grad anvendes eller brukes aktivt i oppfølging eller behandlingsformål. Pasientene skal være informert og involvert i egen behandling, det er nedfelt som en absolutt rettighet. Da må de som selv ønsker det sikres kunnskap og innsikt. Vi vet at mange opplever at de blir friskere når de er bedre informert om egen situasjon og prognose, og involvert i egen behandling.

EKSEMPEL

Lars er 92 år, men bor fortsatt hjemme sammen med kona. En søndag midt i middagstid ringer han sønnen som bor langt unna, men som er «brukerstøtte» for faren. Arne er fortsatt aktiv bruker av pc og også sosiale medier. En av hans tekstmeldinger til sønnen var; «Erik – ring meg – Facebook virker ikke!»

Denne søndagen er det skriveren som er problemet. Den har på et eller annet vis koblet seg av pc-en. Erik forstår i og for seg at det er kjedelig, men ikke at det «brenner» midt i søndagsmiddagen, så han spør hva det er som er så viktig.

Lars forteller at han skal til øyelege neste morgen og da må han ha med seg utskrift av medisinlisten sin. Den har han i et Word-dokument som ha oppdaterer løpende og han har den med til alle besøk hos helsepersonell, som det jo har blitt flere av gjennom årene.

Bakgrunnen for at Lars er så nøye på medisinliste er at han noen år tidligere var hos en tannlege og fikk gjort et enkelt kjeveinngrep. Tannlegen forskrev den vanlige smertestillende kombinasjonen av Paracet og Ibuprofen. Helt ok for de fleste, men ikke for folk som f.eks. har hatt magesår eller tilsvarende problem. Tannlegen glemte å spørre om dette hadde vært noe problem og Lars fulgte forskrivningen, og ble så dårlig at han måtte innlegges, og det tok et par år før han var noenlunde restituert.

Lars hadde lært at ingen andre enn han selv har den komplette informasjonen og selv «ufarlige» medisiner som kan kjøpes over disk, kan brukt av feil personer representere en betydelig risiko. Lars hadde forstått at det ikke var noen andre som kunne ha full oversikt over hvilke medisiner han til enhver tid brukte, så da måtte jo han ta ansvar.

Behov for informasjon til styring og kvalitetsforbedring

Kommunene har et betydelig og økende behov for gode styringsdata fremover. Vi går en utfordrende tid i møte der behovet for helse og omsorgstjenester vil øke dramatisk. Vi må kunne utnytte og styre ressursene våre effektivt, der og når behovet oppstår, men dagens journalløsninger tilbyr lite strukturerte styringsdata og det som eventuelt finnes er vanskelig å få hentet ut. Gode styringsdata vil i tillegg være essensielt for å måle og optimalisere kvalitet på tjenestene som gis, samt kunne legge til rette for å planlegge opplæring og kompetansebehov for å møte fremtidens behov.

Hvorfor er FKJ viktig for å understøtte utfordringer i samhandlingen?

Felles tilgang til relevant informasjon skal bidra til å gi helsepersonellet som står ute i tjenestene hver dag en trygghet om at valgene og avgjørelsene som tas er på bakgrunn av riktig og til enhver tid oppdatert informasjon. Helsepersonellet skal få effektive arbeidsflater der denne informasjonen finnes tilgjengelig i deres arbeidsverktøy, der og når de behøver det. Dette skal bidra til økt pasientsikkerhet, høyere kvalitet og mer effektivitet i tjenestene. Økt samhandling og tilgang til et mer helhetlig bilde av den enkeltes situasjon bidrar til muligheter for mer forebyggende fokus fremfor kun behandlende.

Felles kommunal journal interim AS

Bilag 3.1.2:

Gjennomføring og resultat knyttet til informasjonsbehov

Styringsdokument

Felles journalløft for kommuner

1. INNLEDNING	1
2. INNSPILL TIL INFORMASJONSBEHOVENE.....	2
2.1. Aktørfora	2
2.2. Arbeidsmøte og kartlegging med helsepersonell (selvobservasjon og arbeidsmøte).....	2
3. RESULTAT FRA INNSPILLSRUNDER OG KARTLEGGING	4
3.1. Aktørfora	4
3.2. Selvobservasjon og arbeidsmøte	7

1. INNLEDNING

I dette bilaget gis en kort beskrivelse av arenaer prosjektet har brukt for involvering og medvirkning, hvordan dette er gjennomført, samt hvilke resultater arbeidet har gitt.

Behovsbildet prosjektet opererer innenfor er bredt, og inkluderer flere ulike tjenesteområder og profesjoner. Det foreligger et grundig utredningsarbeid fra tidligere, både gjennom Konseptvalgutredningen¹ (2018) og i Sentralt styringsdokument (SSD) for Akson i 2020². Her var over 40 kommuner og 300 helsepersonell involvert i behovsarbeidet³. Tidligere utredninger inneholder betydelige kartlegginger av funksjonelle brukerbehov i en løsning. Samhandlingsbehov mellom forvaltningsnivå er også godt beskrevet, mens det foreligger relativt sett mindre underlag knyttet til informasjons- og samhandlingsbehov mellom aktørene internt i en kommune. For vårt formål har dette vært utfordrende ettersom vårt fokus ikke er på hele sektoren, men primært inn mot kommunene, samtidig som det er internt i kommunene at samhandlingsbehovet er størst. Det å kartlegge disse utfordringene har derfor vært en viktig oppgave for prosjektet.

I dette bilaget beskrives hvilke arenaer prosjektet har fått innspill til informasjons- og samhandlingsbehov. Når vi referer til informasjons- og samhandlingsbehov sikter vi til det informasjonsbehovet helsepersonell har for å kunne samhandle, gi forsvarlig helsehjelp samt ivareta pasient og brukere best mulig. Arenaene som beskrives er aktørfora, samt arbeidsmøte med helsepersonell. Selvobservasjon som ble gjennomført av helsepersonell i forkant av arbeidsmøte beskrives også.

Resultatene som presenteres i bilaget er forslag til plattformens avgrensning innledningsvis. Hensikten er derfor å gjøre vurderingene og resultatene tilgjengelig.

¹ <https://www.ehelse.no/publikasjoner/konseptvalgutredning-nasjonal-losning-for-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste>

² <https://www.ehelse.no/publikasjoner/sentralt-styringsdokument-akson-helhetlig-samhandling-og-felles-kommunal-journallosning>

³ Prop 1S, faktaboks 4.1, s.73

2. INNSPILL TIL INFORMASJONSBEHOVENE

2.1. Aktørfora

Prosjektet har siden begynnelsen av 2022 gjennomført «aktørfora»⁴. Dette er en arena for økt involvering av relevante aktører, og det har vært viktig at deltakerne i aktørforaene omfatter interessentene som blir påvirket av prosjektet. Deltagere fra kommuner, bruker- og pasientforeninger, fag- og profesjonsorganisasjoner og nasjonale aktører har deltatt.

Aktørforum er gjennomført som digitale arbeidsmøter over 2-4 timer med jevn frekvens for å sikre en kontinuitet i arbeidet frem mot et leveringsklart styringsdokument. I hvert aktørforum har ulike forhåndsdefinerte tema blitt drøftet, for å få faglige innspill, samt for å gå mer i dybden på innhold sammen med deltagerne. Målet har vært å få en trygghet for opplevd nytteverdi, innspill på retning, samt konkretisere og videreutvikle selve løsningsforslaget.

Tematikken og deltageres tilbakemeldinger har gitt oss både større trygghet for at behov og utfordringer på ulike områder er gjenkjennbare og reelle, og gitt innspill til nye behov eller områder. Disse innspillene er også inntatt i behovsgrunnlaget.

Informasjons- og samhandlingsbehov har vært direkte og indirekte tematikk for aktørfora tre ganger.

I første møte (aktørforum 1) ble behovet for samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester drøftet. Prosjektet presenterte et sett hypoteser knyttet til samhandling, for tilbakemeldinger og innspill til disse. I de videre møtene med samme tematikk fokuserte vi på informasjonsmodell. I aktørforum 3 (gruppe 2) presenterte vi en generisk informasjonsmodell og ba om høynivå tilbakemeldinger på bruken av en slik modell, noen tanker rundt de ulike informasjonskategoriene i modellen, samt hvem/hvilke roller som burde være involvert i informasjonsforvaltning. I aktørforum 4 (gruppe 1) gikk vi dypere inn i den samme modellen og ba gruppene prioritere først domeneområdene i modellen etter viktighet, og videre vurdere hvilke informasjonskategorier som er viktigst innenfor de prioriterte domenene.

Etter gjennomføring av aktørfora så vi et behov for ytterligere innspill på samme tematikk. Man valgte derfor å arrangere et arbeidsmøte med helsepersonell fra samarbeidskommunene for å gå dypere inn i tematikken, og videreføre arbeidet som ble gjort i aktørfora.

2.2. Arbeidsmøte og kartlegging med helsepersonell (selvobservasjon og arbeidsmøte)

For å innhente behov knyttet til intern samhandling i en kommune eller mellom kommuner inviterte prosjektet helsepersonell fra samarbeidskommunene, representert fra ulike tjenesteområder til å bidra inn i identifiseringen av samhandling- og informasjonsbehov. Deltagerne ble bedt om å prioritere sett ut fra et helsefaglig perspektiv, hva de mente vil gi størst nytte. Arbeidet innebar en systematisering av hvilken informasjon som i stor grad ble dokumentert, lest og delt gjennom flere arbeidsvakter, for å hente ut tall og grunnlag for bruk, samt behov for ulik informasjon. Det ble også gjennomført en diskusjonsøvelse for en prioritering i de ulike tjenestene av informasjonstyper, samt knytte disse til konkrete brukerhistorier.

Deltagelsen ble begrenset til noen av kommunenes tjenesteområder. Disse var:

- Legevakt
- Fastlegekontor
- Hjemmetjenester
- Institusjon
- Rehabilitering (inkl. ergoterapi/fysioterapi)
- Psykisk helse
- Miljøtjenester

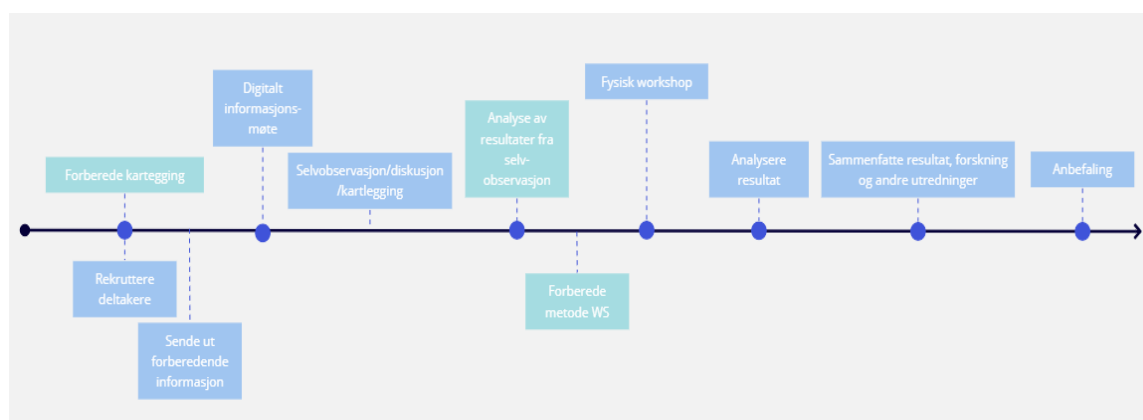
⁴ Siste aktørfora avholdes 18.10.22

- Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Bakgrunnen for begrensningen var utfordringen i å frigi ressurser til denne type arbeid, og at det var ønskelig å begrense omfanget for å få en kvalitetsmessig god oppfølging og gjennomføring både før og etter arbeidsmøtet. Det er også en formening om at resultatene disse tjenesteområdene vil gi, vil være representativt for flere mindre tjenester. Basert på resultatene kan det vurderes med supplerende utredninger for å kvalitetssikre resultatet, opp mot andre tjenester. Som nevnt tidligere vil det være viktig med videre arbeid knyttet til identifisering, konkretisering og prioritering av informasjonsbehov før eventuelle utprøvinger.

2.2.1. Forberedende (kvalitativ) selvobservasjon

I forkant av det fysiske arbeidsmøtet ble det gjennomført en forbedrende (kvalitativ) selvobservasjon. Denne ble gjennomført ved at deltakerne gjennom en uke på egen arbeidsplass skulle ha fokus på bruk av informasjon i journalsystemer, med hovedvekt på helseopplysninger. Denne selvobservasjonen inkluderte en systematisering av hva som ble dokumentert, lest og delt av informasjon i løpet av den enkelte vakt. Dette ble dokumentert i eget skjema. Formålet med en innledende selvobservasjon var å hente ut tall på konkret bruk av informasjon, samt bidra til en bevisstgjøring på tematikken før arbeidsmøte.



Figur 1 Oversikt over tidslinje og aktiviteter

2.2.2. Fysisk arbeidsmøte og tilhørende aktiviteter

I arbeidsmøtet ble deltagerne delt inn i grupper ut fra tjenesteområdene man representerte. Gruppene bidro til å kvalitetssikre resultatene fra selvobservasjon. Her fikk de presentert samlede tall fra sine tjenesteområder, og besvarte og diskuterte spørsmål og problemstillinger rundt dette.

Spørsmål til drøfting og kvalitetssikring av resultat fra selvobservasjonene:

- Kjenner alle seg igjen i resultatene og var disse som forventet?
- Er det noen av informasjonstypene som har en sammenfallende betydning slik dere ser det?
- Er det noen av informasjonselementene som er avhengig av hverandre?
- Er det noe annet dere bemerket dere ved resultatene, evt. andre innspill som bør med?

De ble også bedt om å prioritere informasjonselementene/arketyperne de ble presentert for under selvobservasjonen, samt diskutere og begrunne prioriteringen som ble gjort. Dette ble deretter grunnlag for å utarbeide noen brukerhistorier som belyste informasjonselementet, med blant annet begrunnelse for gevinster i forbindelse med deling av disse helseopplysningene eller konsekvenser av å ikke ha disse opplysningene oppdaterte og delbare.

<p>Informasjonstype: Kommunale tjenester (Tjenester, ytelser og hjelpemidler)</p> <p>Berørte aktører: Legevakt og Pleie og omsorg (hjemmetjeneste)</p> <p>Case (hva er utfordrende og trenger å løses?): En innbygger blir akutt syk og ankommer legevakt, det er behov for oppdatert informasjon om pasienten er mottaker av kommunale tjenester (i egen EPJ) og i hvilken grad</p> <p>Årsak til behov for informasjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - For å kunne forstå helhetsbilde av pasienten - Innhente og få svar dersom pasienten ikke er klar og orientert - Vurdere om videre behandlingsforløp kan dekkes av evt. tjenester eller om dette f.eks. krever innlegges ved korttid <p>Om du hadde denne opplysningen kontinuerlig oppdatert i din EPJ hva ville gevinstene vært for deg som helsepersonell?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enkelt kommunisere med f.eks. hjemmetjenester om økt/endret behov ift. oppfølging av behandling - Bedre faglig beslutninger <p>Gevinster for pasient?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unngått unødig innleggelse - Bedre oppfølging og tryggere forløp <p>Hvilke konsekvenser kan det få om denne opplysningen ikke deles?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Økte kostnader og unødig ressursbruk i kommunen - Dårligere pasientsikkerhet

Figur 2: Eksempel på mal brukt for å utarbeide brukerhistorier på relevante informasjonselementer

3. RESULTAT FRA INNSPILLSRUNDER OG KARTLEGGING

Resultatene legges til grunn for å understøtte mulige områder for en oppstart i første utprøvinger, og gi oss et overblikk over trender flertallet har besvart som viktigst. Innspillene vil derimot ikke legges til grunn for en prioritering alene. Dette har sin bakgrunn i at deltagerne ikke er gitt nødvendig forutsetninger for å sette seg godt inn i bakgrunn, forankre resultater eller innspill, samt ikke alle tjenesteområder har vært representert. Resultatene beskrives i det følgende.

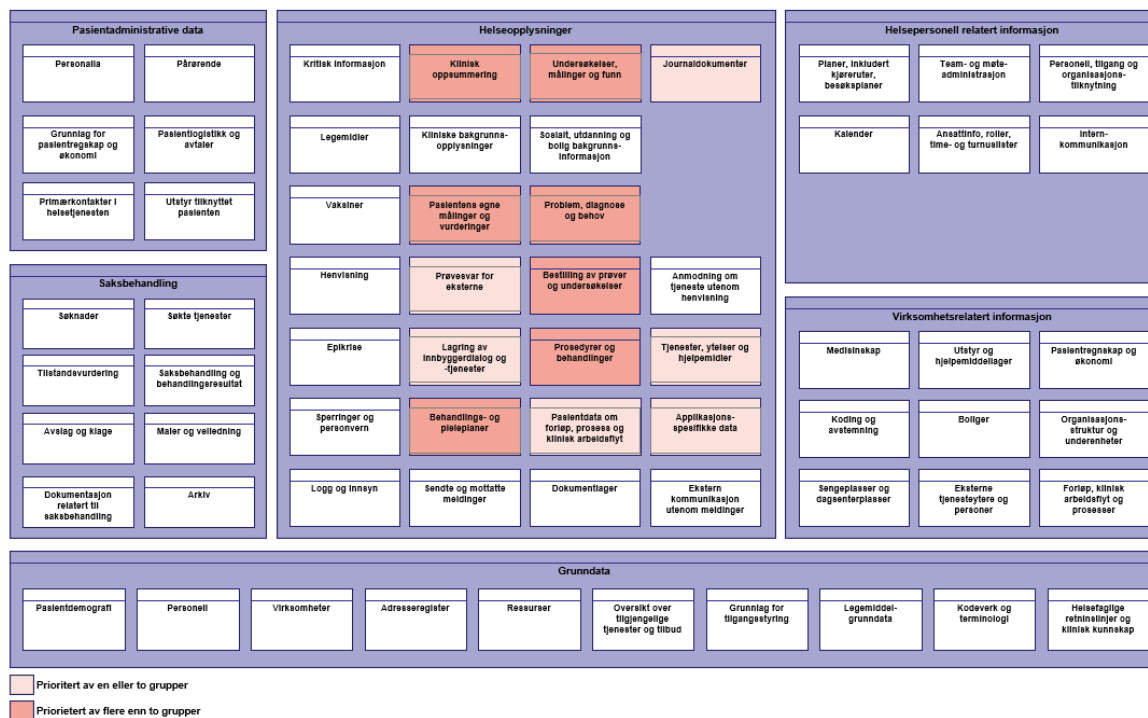
Sammenstilling av resultatene skal bidra til en oppfatning om hva som er et hensiktsmessig startpunkt for informasjonsdeling i plattformen. Det må legges til grunn at endringer som oppstår i de nasjonale strategiene, samt hva som blir hensiktsmessig i en gjennomføringsfase kan resultere i at prioriteringene ikke blir som tenkt, eller endrer seg over tid etter oppstart. Dette må derfor sees på som et utgangspunkt. Prioriteringene er kun sett på fra et helsefaglig perspektiv og tar ikke hensyn til andre elementer som bør med i en utarbeidelse av en overordnet prioritering for gjennomføring.

3.1. Aktørfora

Aktørfora 3 (gruppe 2) og aktørfora 4 (gruppe 1) hadde tematikk som innebar vurdering av informasjon og samhandlingsbehov, samt vurderinger med utgangspunkt i informasjonsmodellen. Oppgavene var både knyttet til prioritering av domeneområder og informasjonskategorier.

I aktørfora 3 gruppe 2 var tematikken «Informasjonsmodeller i plattformen». Deltagerne ble gitt samme problemstillinger, uavhengig av tilhørighet eller virksomhet. De ble stilt to spørsmål/oppgaver. Det ene var hvorvidt det var greit å prioritere helseopplysninger før andre informasjonsområder. Den andre oppgaven var å gjennomføre en vurdering av hvilke informasjonskategorier innenfor helseopplysninger som ville være viktigst i en begynnelse. Det var enighet om at helseopplysninger var en viktig prioritet.

Figur 3 oppsummerer hvilke informasjonskategorier som ble prioritert innenfor domeneområdet helseopplysninger. De som er lys rosa ble prioritert av en eller to grupper, de mørkerosa ble prioritert av flere enn to grupper.



Figur 3: Aktørfora 3 gr 2 resultater på viktigste informasjonskategorier

Oversikten viser at flere kategorier er prioritert av to eller flere grupper. Eksempler på noen av disse er *problem, diagnose, og behov, klinisk oppsummering, og undersøkelser, målinger og funn*. I tillegg ble det nevnt behov for administrering av legemidler som ikke finnes som en egen boks i denne modellen.

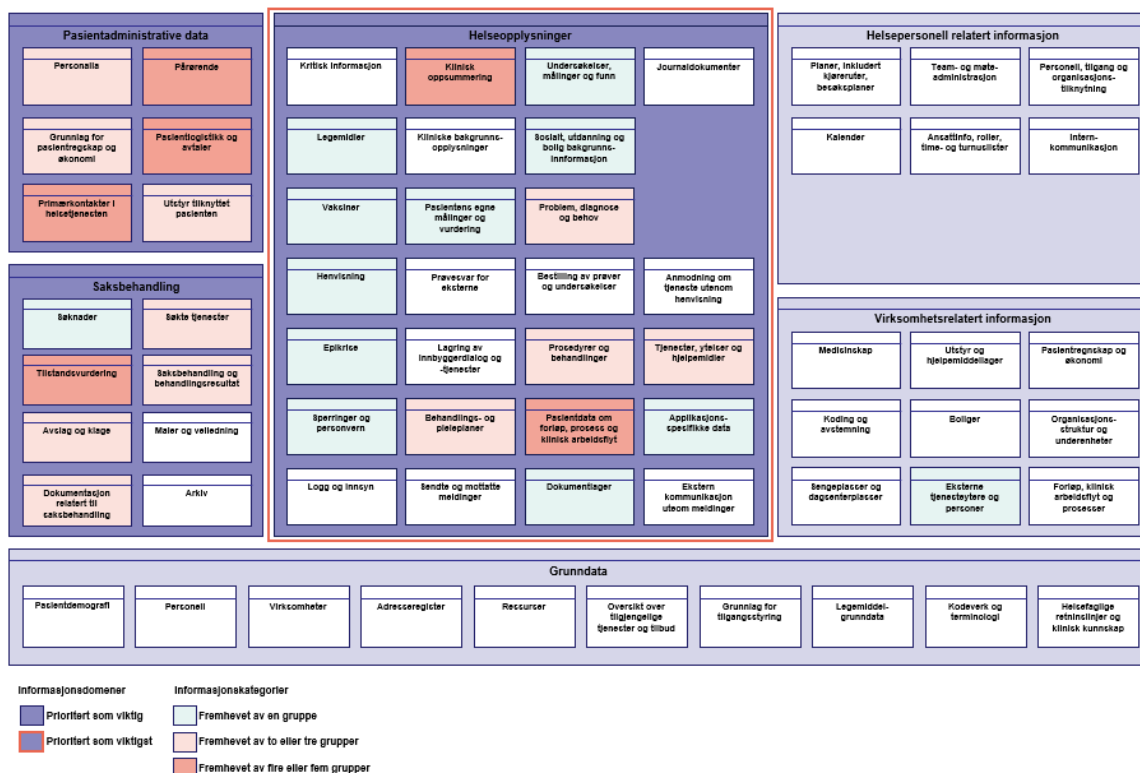
Til noen av kategoriene ble det også gitt innspill til eller stilt spørsmål ved om noe av funksjonaliteten og informasjonen ble løst nasjonalt. Dette gjaldt eksempelvis Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP), og om den bidro til pasientens egne målinger og behandlingsplan/egenbehandlingsplan. Tilsvarende ble det gitt innspill til at Pasientens prøvesvar kunne løse prøvesvar for eksterne (prøver som blir sendt til sykehus mm). Helsenorge.no vil håndtere lagring av innbyggerdialog og tjenester, samt om det ikke burde opprettes et eget nasjonalt dokumentlager eksempelvis for journaldokumenter.

I aktørforum 4 (gruppe 1) var tematikken «Kommunale informasjon- og samhandlingsbehov». I aktørforum 4 ble oppgavene tilpasset de ulike aktørgruppene for å få en innsikt i de ulike gruppens meninger, og for å se om det forelå variasjoner i dette. Selv om vi ser mange fellesnevnerer er det også noen ulikheter basert på de ulike gruppens svar, for eksempel ulike prioriteringer mellom deltakere fra kommuner og fag- og profesjonsorganisasjoner.

Første problemstilling omhandlet domeneområder, og hvilke av domeneområdene som ble ansett som viktigst for samhandling internt i og mellom kommuner. Det ble åpnet for innspill på tvers av hele modellen og domeneområder, og det kunne prioriteres inntil tre domeneområder. Her gikk de ulike aktørene samlet inn i grupper og diskuterte seg frem til et svar.

Gruppene var enige om at helseopplysninger, saksbehandling og pasientadministrative data var de viktigste domeneområdene for samhandling internt i, og mellom kommune. Resultatene viste likevel at det samlet var informasjonsdomenet helseopplysninger som ble fremhevet som viktigst.

Figur 4 viser hvilke informasjonselementer som de ulike gruppene prioriterte. Den lysegrønne fargen indikerer at kategorien ble prioritert av en gruppe, den lyserosa fargen indikerer at den ble prioritert av to eller tre grupper, mens den mørkere røde fargen indikerer at informasjonskategorien ble prioritert av fire eller alle fem gruppene. Prioriteringen kunne gjøres innenfor alle domeneområdene de valgte ut, derfor er prioriteringen gjort på et bredere område enn i aktørfora 3 (der det var avgrenset til helseopplysninger).



Figur 4: Oversikt over prioriterte informasjonskategorier i aktørfora 4 gruppe 1

3.1.1. Oppsummering

- Felles for begge sesjoner var at helseopplysninger kom ut som det domeneområdet som flest prioriterer som viktigst innledningsvis, men det ble poengtert at dette ikke utelukker at de andre domeneene også er viktige å få på plass i en stegvis utvikling.
- Det ble trukket frem at mange av de ulike informasjonselementene har avhengighet til hverandre, og at også PAS (pasientadministrative) opplysninger ble trukket frem som viktig å se i sammenheng med andre informasjonselementer.
- Innenfor domeneområde helseopplysninger er det følgende informasjonskategorier som definerer seg som felles prioriterte områder på tvers av begge aktørfora:
 - Klinisk oppsummering
 - Prosedyre og behandling
 - Tjenester, ytelser og hjelpemidler
 - Behandlingsplaner
 - Problem, diagnose og behov
- Det er en vanskelig øvelse å gjøre en prioritering av informasjonskategorier fordi det er mange utfordringer med informasjonsdeling i kommunale helse- og omsorgstjenester i dag, og det er mange ulike profesjoner og tjenester med ulike behov. Det er også utfordrende å gjøre en slik øvelse i et format som et aktørfora som er over en kort tidsperiode og med lite mulighet for forankring og innspill til innholdet i forkant. Derfor vil ikke resultatene fra aktørfora legges til grunn for en prioritering (også med bakgrunn i forventningsavklaringer til møtearenaen), men vi velger likevel å se på innspillene som viktige for å forstå trenden i hva flertallet prioriterer, og hvilke områder vi kan velge å se nærmere på i videre arbeid.

3.2. Selvobservasjon og arbeidsmøte

3.2.1. Selvobservasjon

Selvobservasjonene ble utført i perioden ultimo mai-primus juni 2022 og de fleste har gjennomført kartlegging over 5 vakter/dager i perioden. Det er 20 deltagere som har sendt inn sine selvobservasjoner.

Tabellen under viser en oppsummering av innmeldte selvobservasjoner inndelt i kategorier av informasjonselementer.

	Antall "personer" som har lest/dokumentert informasjonselementer i kategorien	Antall ganger informasjonselementer i kategorien er lest/dokumentert	Antall "personer" som har delt informasjonselementer i kategorien	Antall ganger informasjonselementer i kategorien er delt (kun når antall ganger er oppgitt)	Antall "personer" som har vurdert viktigheten av informasjonselementer i kategorien	Snitt Viktig for alle informasjonselementene i kategorien (fra 1-3)
KLINISK OG SOSIALE BAKGRUNNS-OPPLYSNINGER totalsummer	112	768	47	256	159	1
UNDERSØKELSER, MÅLINGER OG FUNN totalsummer	100	879	41	362	103	2
PROBLEM, DIAGNOSE, BEHOV totalsummer	286	1725	137	779	309	2
ELEKTRONISK MELDINGSUTVEKSLING totalsummer	45	539	25	269	37	1
DIVERSE JOURNALDOKUMENTER totalsummer	58	444	23	96	72	2
TJENESTER, YTELSE OG HJELPEMIDLER totalsummer	88	493	31	166	94	2
DIVERSE totalsummer	20	91	6	10	22	1,5

Figur 5 Resultater fra selvobservasjon

Gjennom svarene som ble sendt inn ser man enkelte svakheter med selve malene for selvobservasjon, der gjennomførelsen av dokumentasjonen har blitt tolket ulikt av noen. Dette igjen har ført til at man ikke får helt korrekte konkrete tall over bruk av helseopplysningen, men heller ser «trender» i bruken. Det må også tas høyde for at benevnelsen av de ulike helseopplysningene kan være tolket ulikt. Med bakgrunn i dette, valgte man nettopp å bruke første del av arbeidsmøte til en kvalitetssikring av resultatene pr. tjenesteområde. I diskusjonene rundt dette kom slike ulike tolkninger frem, som var viktig å få frem før man gjennomførte en prioritering i gruppen. Tallene og dokumentasjonen som presenteres må derfor leses og tolkes med disse mulige utslagsgivende forutsetningene.

3.2.2. Arbeidsmøte

Gjennom arbeidsmøtet ble det tydelig at de ulike tjenesteområdene har et omfattende behov for helseopplysninger i forbindelse med oppfølging og behandling av pasientene som mottar kommunale helsetjenester.

Informasjonsbehovene ble i arbeidsmøtet kun diskutert gjennom et helsefaglig perspektiv, hvor deltakerne ikke tok høyde for restriksjoner eller begrensninger i dagens lovgivning eller teknologi. Vi vil her presentere på et overordnet nivå hvilke opplysninger og informasjonselementer helsepersonellet som deltok diskuterte seg frem til at hadde størst betydning i form av nytte og bruk i en arbeidshverdag.

Det var to informasjonselement som skilte seg ut i diskusjon blant de ulike grupperingene av helsepersonell i arbeidsmøte.

Sammendrag av helseinformasjon under kategorien «Kliniske og sosiale bakgrunnsopplysninger», samt *Kommunale tjenester* under kategorien «Tjenester, ytelser og hjelpemidler» var informasjonselementer som flere grupper i arbeidsmøte anså som relevante og viktige for gjennomføring av behandling og oppfølging av pasientene.

Sammendrag av helseinformasjon ble prioritert på bakgrunn av å inneholde sentral bakgrunnsinformasjon for å kunne behandle pasienten, og en forutsetning for gode pasientforløp og pasientsikkerhet. Det ble også pekt på som et grunnlag for å avdekke behov.

Kommunale tjenester ble ansett som viktig for å avgjøre videre tiltak og behandling, samt for å få nødvendig bakgrunnsinformasjon for innblikk i pasientens situasjon og nettverk.

Eksempel på brukerhistorie knyttet til «Sammendrag av pasientinformasjon»

Berørte aktører: Hjemmetjeneste, fastlege, tildelingskontor/saksbehandler, pasient

Case: Ny pasient som har vært hos fastlege og trenger hjelp i hjemmet

Årsak til behov for informasjon: Må kjenne til problemstilling, hjelpebehov, hva pasienten klarer selv, hva er viktig for pasienten

Gevinster ved tilgjengelig og oppdatert sykehistorie (helsepersonell):

- Tidsbesparende (slipper å hente inn informasjon) – forhindre like spørsmål
- Informativt
- Bedrer pasientsikkerhet
- Kvalitetssikring i alle ledd

Gevinster for pasient:

- Forhindre å måtte dele samme informasjon om igjen
- Trygghet
- Brukermedvirkning

Konsekvenser ved mangel på deling av opplysningen:

- Pasienten får dårligere tjeneste
- Pasienten kan få feil tjeneste

Eksempel på brukerhistorie knyttet til «Kommunale tjenester»

Berørte aktører: Pasient, Psykisk helse team i kommunen, legevakt

Case: Ung dame, sammensatt problematikk, bosatt i annen kommune. Personlighetsforstyrrelse, selvskading, multibruker av helsetjenester, har flere kommunale tjenester.

Årsak til behov for informasjon:

Validere opplysninger kan gi et godt grunnlag for å vurdere eksisterende tjenester:

- Riktig nivå på helsehjelp
- Hva skal iverksettes av evt. nye tjenester/tiltak

Gevinster ved tilgjengelig og oppdatert sykehistorie (helsepersonell):

Tryggere i avgjørelsen i forhold til denne pasienten

Gevinster for pasient:

- Kontinuitet
- Trygghet
- Riktig nivå på helsehjelp

Konsekvenser ved mangel på deling av opplysningen:

- Forringe et allerede planlagt behandlingsforløp
- Sykeliggjøre pasienten

I tillegg var det flere informasjonselementer i alle kategorier som ble nevnt som relevante;

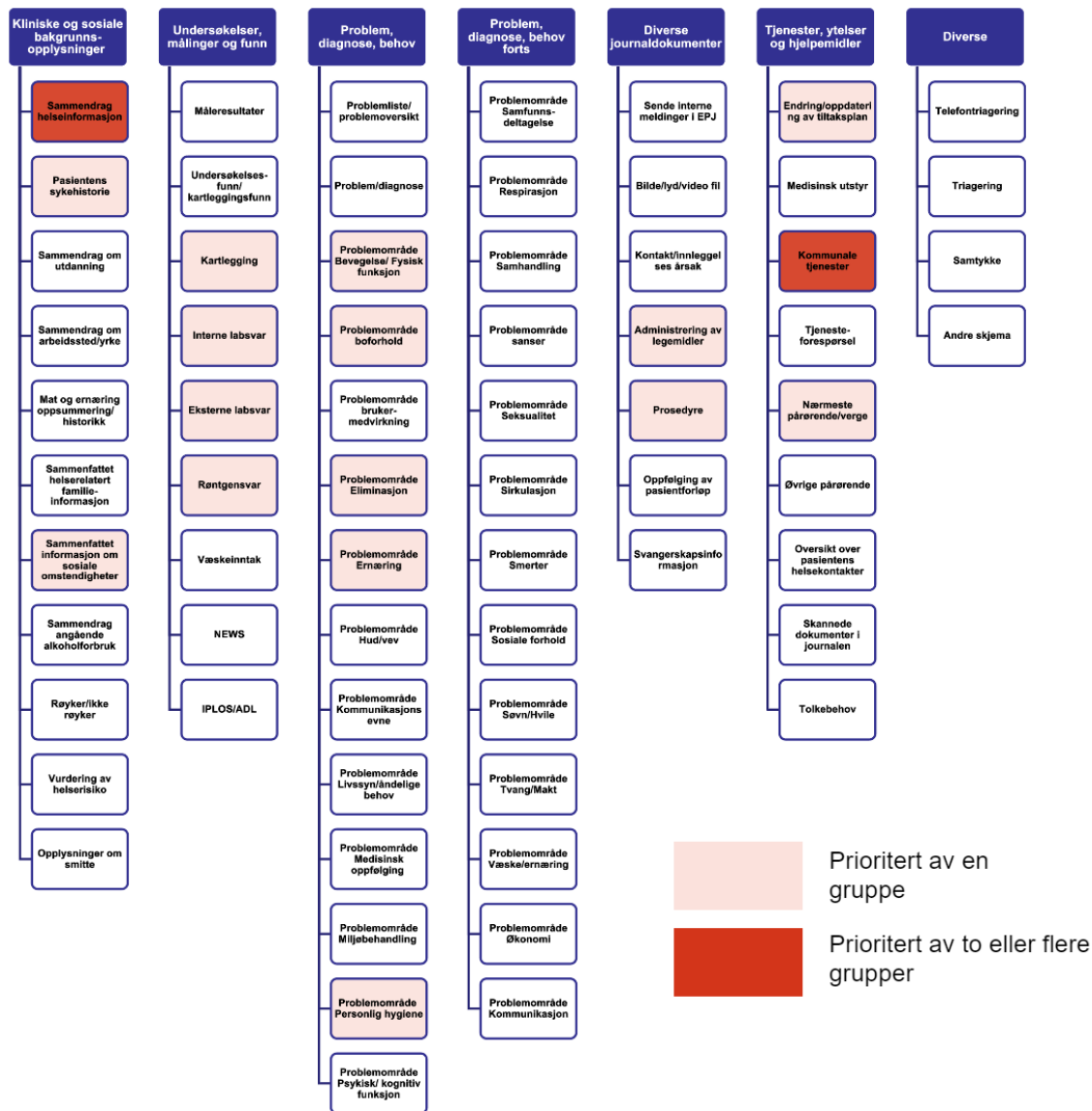
- **Sammenfatning av sosiale omstendigheter** ble også prioritert som viktig informasjon, og dette omhandler informasjon om hus og bosituasjon, familie og nettverk. Dette er viktig for å avgjøre både tiltak og behandling. Dette kan eksempelvis være viktig informasjon i situasjoner der en pasient har økt hjelpebehov, men ikke grunnlag for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Det kan sørge for riktigere behandlingsnivå, styrke pasientsikkerheten og gi verdifull informasjon i om dette er kjent eller nyoppstått problemstilling. Helsepersonellet vil bruke mye mindre tid på å innhente

informasjon fra pårørende eller andre aktører før en vurdering av videre hjelpebehov kan gjøres. For pasientene vil det kunne bidra til økt trygghet og pasientsikkerhet. Ved å ikke ha informasjon tilgjengelig kan det føre til økt belastning på andre kommunale tjenester, økt belastning på pårørende eller feil vurderinger av pasientens behov og dermed fare for nye eller flere skader.

- **Tiltaksplan** ble ansett som viktig med bakgrunn i å få informasjon om hvordan pasientens helseutfordringer løses.
Dette kan eksempelvis være sentral informasjon når pasienten skal behandles av andre enn primærtjeneste, eksempelvis av hjemmesykepleie på permisjon fra langtidsplass. For pasienten vil det bidra til å kunne ivareta allerede pågående behandling og redusere risiko for å forringe, utsette eller ødelegge pågående behandling. Det vil bedre pasientsikkerheten, og ikke minst pasientens opplevelse av trygghet ved å kjenne igjen det som utføres. For helsepersonellet vil det være viktig informasjon i å ivareta en ny pasient og pårørende i løpet av en kort periode.
- **Problemområde Eliminering** ble prioritert som viktig for pasientens velvære, og spesielt for pasienter som ikke kan si ifra selv. Dette er viktig informasjon for å få innblikk i om det har vært historikk på lignende tilstand hos pasienten fra før, og hva er gjort av helsepersonellet. For pasienten kan det bety raskere riktig behandling, og unngått sykehusinnleggelse. For helsepersonellet kan det bety å få igangsatt tidligere tiltak før pasienten opplever mer ubehag og smerte.
- **Problemområde Ernæring** er viktig for pasientens velvære og spesielt for pasienter som ikke kan si ifra selv. Informasjon er viktig for pasienten for å sikre riktig ernæring, og tilførsel av næring på riktig måte. For helsepersonell vil man redusere behov for å innhente informasjon, Pasienten vil ikke bli skadet i spisesituasjon, og man vil redusere risiko for at pasient blir lidende av ubehandlet underernæring eller tilsvarende
- **Administrasjon av legemidler** er sentralt for å ha oversikt over at pasienten tar medisinen sin, til riktig tid. I tillegg vil det være viktig informasjon knyttet til hvordan medisinen skal tas, eller hvorfor. Dette skal sikre at pasienten får riktig medisin til riktig tid, og forebygge feilmedisinering eller dobbelmedisinering.
- **Problemområde fysisk funksjon** er viktig for å kunne vurdere hjelpebehov, for å finne restriksjoner/hvor mye man kan belaste, se til begrensninger. Det er viktig å kjenne pasientens funksjonsnivå på forhånd for å møte pasienten på best mulig vis. Fysisk funksjon vil også være viktig som grunnlag for behandlingsplaner
- **Problemområde boforhold** er essensielt for å få et godt innblikk i pasientens situasjon, eksempelvis vite om pasienten trygt kan sendes hjem. Boforholdene sier mye om pasientens evne til å ta vare på seg selv. Informasjon om boforhold er også viktig grunnlag for vurderinger om behov for tilrettelegging. Ønskelig med oversikt over hjelpemidler og sosiale forhold (ektefelle) hjemme. For pasient vil dette kunne føre til tryggere overføring til hjemmet og raskere utskrivning, redusert sannsynlighet for reinnleggelse og økt livskvalitet. For helsepersonell vil slik informasjon bety spart tid, unngåtte bestillinger av hjelpemidler som allerede er til stede, samt bedre innblikk for å lage behandlingsplaner. Konsekvensen av å ikke ha slik informasjon kan være lengre opphold, flere reinnleggelser, økt ressursbruk og utrygghet hos pasient.
- **Kartlegging** er viktig for å ha relevant informasjon om utredningsbehov eller tidligere kartlegginger samt hjelpebehov. Eksempler på kartlegginger kan være SPPB (balanse/fysisk funksjon), ernæring, ADL, NEWS mm. Informasjon om kartleggingsaktiviteter kan være verdifulle i flere situasjoner, eksempelvis dersom en pasient overflyttes mellom tjenester på grunn av fallerende almenntilstand og for vurdering av omsorgsnivå. For pasienten vil det bidra til raskere igangsetting av behandling, og for helsepersonell vil det bidra til at kartlegginger kan forekomme raskere, eller unngås. Dersom informasjon ikke deles kan det bidra til unødvendige kartlegginger, økt tidsbruk, feilvurderinger og urealistiske mål.

I det fysiske arbeidsmøte fikk deltakerne presentert resultatene av selvobservasjon. Totalen ble presentert i plenum, mens resultater sammenstilt pr. område ble delt ut før deltakerne gikk i gang med gruppeoppgaver. De ulike gruppene har tolket oppgavene likt, men løst disse noe ulikt. Enkelte grupper opplevde det som utfordrende å skulle si om noen informasjonselementer var viktigere enn andre og har derfor nevnt flere informasjonselementer enn de ble bedt om.

Figuren under⁵ illustrerer hvordan helsepersonellet vurderte bruk og viktighet av informasjonselementene i de ulike kategoriene gjennom diskusjon og gruppeoppgaver.



Figur 6 Resultater av vurdering av bruk og viktighet

Den lyserosa fargen indikerer at den ble prioritert en gang, den mørkere røde fargen indikerer at informasjonselementet ble prioritert flere ganger.

De ulike informasjonselementene i figuren over samsvarer ikke på alle punkt med øvrige tabeller i dokumentet, ettersom vi i denne modellen har brukt navngivningen helsepersonellet selv brukte i arbeidet under arbeidsmøtet. I tillegg har man før arbeidsmøte komprimert kategorier og navngitt disse noe annerledes for å sikre forståelse for innhold.

⁵ Modellene kan avvike mellom aktørfora og arbeidsmøte for helsepersonell for det var ikke alle kategorier som var med i arbeidsmøte. Følgende kategorier var utelatt: applikasjonsspesifikke data, pas. egne målinger, prøvesvar fra eksterne, lagring av innbyggerdialog og tjenester og bestilling av prøver og undersøkelser

I modellen ovenfor representerer kategorien «Kliniske og sosiale bakgrunnsopplysninger» også kategoriene som ble presentert som egne kategorier i aktørfora; «Klinisk oppsummering» og «Sosialt, utdanning og bolig bakgrunnsinformasjon». Kategorien «Problem, diagnose, behov» inkluderer også kategoriene «Pasientdata om forløp, prosess og klinisk arbeidsflyt», «Prosedyrer og behandlinger» samt «Behandlings- og pleieplaner».

Felles kommunal journal interim AS

Bilag 3.1.3:

Beskrivelse av informasjons- kategorier og elementer

Styringsdokument

Felles journalløft for kommuner

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING.....	1
2. BESKRIVELSE AV INFORMASJONSKATEGORIER	1
3. BESKRIVELSE AV INFORMASJONSELEMENTER INNENFOR INFORMASJONSKATEGORIENE.....	5

1. INNLEDNING

I dette bilaget beskrives hvilke informasjonskategorier (behov) vi peker på som et anbefalt omfang i innledende fase, samt hvilke informasjonselementer som finnes i hver av disse kategoriene. Bilaget må også sees i sammenheng med Bilag 3.1.2 der prosjektets innspillsarbeid og resultat presenteres. Bilaget må også sees i sammenheng med Vedlegg 3.2 der informasjonsmodellen, nivåene av informasjonsmodellen (domeneområde, kategori og element), samt avgrensninger som er gjort beskrives.

Prosjektets utprøving og gjennomføringsstrategi innebærer konkrete og avgrensede utprøvningsprosjekt i samarbeid mellom kommuner, næringsliv, NHN og prosjektet. I neste fase av prosjektet må man gå i dybden på de eksakte informasjonsbehovene som skal dekkes i utprøvingen. Ut fra en smidig og brukerorientert tankegang er det kommunene og det helsepersonellet som deltar i utprøvingen som må bidra i vurderingen av hvilke tjenesteområder og informasjonselementer som gir størst nytteverdi. Det er viktig for å skape eierskap, og for å finne frem til de beste brukerhistoriene. Det må være en prosess der utprøvkommune(r) i samarbeid med leverandør(er), NHN, og andre kommuner, veier behov og muligheter for forbedring av arbeidsprosesser, og virkning for aktørene opp mot teknologiske muligheter og begrensninger.

Med utgangspunkt i et identifisert totalomfang skal dette bilaget (sammen med Bilag 3.1.2) gi en *indikasjon* på hvilke informasjonsbehov som man fra et helsefaglig ståsted *kan benytte* i utprøvinger eller i *videre planlegging* knyttet til behov- og produktkø.

2. BESKRIVELSE AV INFORMASJONSKATEGORIER

For å beskrive informasjons- og samhandlingsbehovet har vi benyttet et kunnskapsgrunnlag som bygger på materialet fra Akson-utredningen. Det er også gjennomført arbeidsmøter i regi av prosjektet. Resultatene fra arbeidsmøtene presenteres i Bilag 3.1.2.

De 9 informasjonskategoriene (behovene) som vi peker på i en innledende fase er derfor – i ikke-prioritert rekkefølge:

- a. Klinisk oppsummering
- b. Undersøkelser, målinger og funn
- c. Journaldokumenter
- d. Kliniske bakgrunnsopplysninger
- e. Sosialt, utdanning og bolig bakgrunnsinformasjon
- f. Tjenester, ytelser og hjelpemidler
- g. Prosedyrer og behandlinger (inklusive behandlingsplaner)
- h. Problem, diagnose og behov
- i. Applikasjonsspesifikke data

Hver av disse 9 kategoriene inneholder ytterligere ett nivå av informasjon på ulike områder. For å få bedre forståelse av hva dette er, samt kunne anvende og formidle modellen i arbeidsmøter og i samhandling med helsepersonell har det vært nødvendig med en kategorisering. Derfor har vi valgt å legge informasjonselementene (arketyper) fra OpenEHR til grunn, for å ha et felles utgangspunkt i diskusjoner. De 9 kategoriene, samt hvilken informasjon vi har kategorisert inn under disse er nærmere beskrevet i det følgende.

Under er en beskrivelse av gjeldende informasjonskategorier og innhold (informasjonselementene). Noen av informasjonselementene er lagt til i modellen etter innspill som har kommet gjennom arbeidet i andre arenaer. Noen av kategoriene vil inneholde sammenfallende beskrivelse og informasjonselementer. Dette har bakgrunn i at modellen har vært tilpasset og endret underveis. For ordens skyld beskrives alle kategorier som er benyttet både i aktørfora og arbeidsmøte, selv om kategoriene er blitt endret i etterkant av dette, for å tydeliggjøre for prioriteringene som er gjort i de ulike fora.

Informasjonskategori: KLINISK OPPSUMMERING**Beskrivelse:**

Klinisk oppsummering omtales ofte som «pasientens sykehistorie» i kommunal sektor. Dette er en fritestoppsummering av pasientens helse og omfatter ofte identifiserte helseproblemer, helsetjenester som er gitt, klinisk fortolkning og pasientens forståelse. Oppsummering av denne typen brukes ofte både ved konsultasjon, planlegging av helsehjelp, behandlingsplaner/pleieplaner o.l.

Informasjonskategori: UNDERSØKELSER, MÅLINGER OG FUNN**Beskrivelse:**

Strukturert dokumentasjon av undersøkelser, målinger og funn utført av helsepersonell internt i virksomheten, for eksempel på en konsultasjon, i hjemmesykepleie, sykehjem e.l. Dette er informasjonselementer som vil være i daglig bruk i kommunale helsetjenester.

Hva er underliggende informasjonselementer:

- Måleresultater
- Undersøkelsesfunn/kartleggingsfunn
- Kartlegging
- Interne labsvar
- Eksterne labsvar
- Røntgensvar
- Væskeinntak
- NEWS
- IPLOS/ADL

Informasjonskategori: PROBLEM, DIAGNOSE, BEHOV**Beskrivelse:**

Dette er nåværende og tidligere informasjon om en diagnose, tilstand, problem, hendelse eller situasjon som kan medføre helseproblem. Den bør inkludere en liste over tidligere sykdommer og problemliste, aktuelle diagnoser og problemstillinger, funksjonsnivå og behov for tjenester o.l.

Hva er underliggende informasjonselementer:

- Problemliste/problemoversikt
- Problem/diagnose
- Problemområde Bevegelse/Fysisk funksjon
- Problemområde Boforhold
- Problemområde Brukermedvirkning
- Problemområde Eliminering
- Problemområde Hud/Vev
- Problemområde Kommunikasjonsevne
- Problemområde Livssyn/Åndelige behov
- Problemområde Medisinsk oppfølging
- Problemområde Miljøbehandling
- Problemområde Møtereferat
- Problemområde Personlig hygiene
- Problemområde Psykisk/kognitiv funksjon
- Problemområde Respirasjon
- Problemområde Samfunnsdeltakelse
- Problemområde Samhandling
- Problemområde Sanser
- Problemområde Seksualitet
- Problemområde Sirkulasjon
- Problemområde Smerter
- Problemområde Sosiale forhold
- Problemområde Søvn/Hvile
- Problemområde Tvang/Makt
- Problemområde Væske/Ernæring
- Problemområde Økonomi
- Problemområde Kommunikasjon

Informasjonskategori: JOURNALDOKUMENTER

Beskrivelse:

Dokumentasjon av kliniske og medisinske opplysninger fra behandling som ikke inngår i de andre kategoriene. Dette kan være tekstlig og ustrukturert informasjon basert på dagens dokumentasjonspraksis, men kan også ha noe støtte for strukturert informasjon og forskjellige dokumenttyper. Journaldokumenter bør skille på notater som er mest relevant internt i virksomheten, og kliniske oppsummeringer (eget punkt) som er mer relevant og forståelig på tvers av aktører. Noen journalnotater er kun nyttige internt i virksomheten og bør i så fall ikke deles eksternt annet enn med pasienten selv. Tilgang til å skrive og lese journaldokumenter kan likevel være viktig for applikasjoner selv om data ikke skal deles med andre, fordi dokumentasjon av helsehjelp er så sentralt i alle slike applikasjoner og det ofte er et ønske om å samle slik dokumentasjon et sted på tvers av applikasjoner og leverandører. Administrering av legemidler er en funksjon som i dag ligger i pasientjournalssystemer. KS har bedt om at dette skal bli del av Sentral forskrivningsmodul og det kan i så fall håndteres nasjonalt. Allikevel ser man at flere leverandører nå planlegger funksjonalitet for administrering av legemidler. For denne informasjonskategorien er det også en kobling til medisindispensere som leveres ut til innbyggere (velferdsteknologi). Administrering av vitaminer og kosttilskudd kan også være relevant innenfor denne kategorien. KS er i gang med et forprosjekt knyttet til legemiddelhåndtering, og dette blir viktig arbeid å koordinere inn mot.

Hva er underliggende informasjonselementer:

- Bilde/lyd/video fil (mediafil)
- Sende interne meldinger i EPJ
- Kontakt/ innleggelses årsak
- Administrering av legemidler
- Prosedyre
- Oppfølging av pasientforløp
- Svangerskapsinformasjon

Informasjonskategori: TJENESTER, YTELSE OG HJELPEMIDLER

Beskrivelse:

Dette er en oversikt over nåværende og tidligere kommunale og statlige tjenester og ytelser og hjelpemidler i bruk hos/av innbygger. Der innbygger benytter velferdsteknologi er det naturlig å inkludere beskrivelse av hendelser håndtert av responscenter. Inkluderer pågående bruk av hjelpemidler og utstyr og pågående bruk av tjenester/ytelser

Hva er underliggende informasjonselementer:

- Medisinsk utstyr
- Kommunale tjenester
- Tjenesteforespørsel
- Nærmeste pårørende /verge
- Øvrige pårørende
- Oversikt over pasientens helsekontakter
- Skannede dokumenter i journalen

Informasjonskategori: PROSEDYRER OG BEHANDLINGER

Beskrivelse:

Dokumentasjon av hvilke prosedyrer og behandlinger som er utført på pasienten. Vil typisk være koblet til pleie- og behandlingsplaner.

Hva er underliggende informasjonselementer:

- Prosedyre
- Oppfølging av forløp
- Behandlingsplan

Informasjonskategori: APPLIKASJONSSPESIFIKKE DATA**Beskrivelse:**

I noen tilfeller vil det være hensiktsmessig at applikasjonsleverandører får lagre spesifikke data på plattformen i sine egne formater. På sikt kan slike data spres ut i den mer gjenbrukbare delen av plattformen. Dette kan gjøres ved at datasettene ovenfor kan utvides med applikasjonsspesifikke variable, eller at det opprettes en helt parallell lagring.

Hva er underliggende informasjonselementer:

- Egne arketyper og templater

Informasjonsgruppe: DIVERSE**Beskrivelse av informasjonsgruppe:**

Dette er en oversikt over nåværende og tidligere kommunale og statlige tjenester og ytelser og hjelpemidler i bruk hos/av innbygger. Der innbygger benytter velferdsteknologi er det naturlig å inkludere beskrivelse av hendelser håndtert av responscenter. Inkluderer pågående bruk av hjelpemidler og utstyr og pågående bruk av tjenester/ytelser

Hva er underliggende informasjonselementer:

- Endring/oppdatering av tiltaksplan
- Medisinsk utstyr
- Kommunale tjenester
- Tjenesteforespørsel
- Nærmeste pårørende /verge
- Øvrige pårørende
- Oversikt over pasientens helsekontakter
- Skannede dokumenter i journalen
- Tolkebehov

3. BESKRIVELSE AV INFORMASJONSELEMENTER INNENFOR INFORMASJONSKATEGORIENE

Her følger en mer detaljert beskrivelse av de ulike informasjonselementene innenfor kategoriene.

Informasjonskategori	Informasjonselement	Beskrivelse av informasjonselement
Klinisk og sosiale bakgrunnsopplysninger	Sammendrag om helseinformasjon	Generisk dokument som inneholder sammendrag av helseinformasjon om et individ.
	Anamnese	Et individs sykehistorie/anamnese, som fortalt til kliniker eller dokumentert direkte av individet.
	Røykeanamnese	Røyker eller tidligere røyker
	Utdanningssammendrag	Sammendrag eller varig (persistent) informasjon om et individs nåværende og tidligere utdanning eller opplæring.
	Familie anamnese	Sammenfattet informasjon om helserelaterte forhold hos familiemedlem

	Sosial anamnese	Oppsummerende informasjon om sosiale omstendigheter eller erfaringer som kan ha en innvirkning på et individs helse.
	Alkohol anamnese	Sammendrag eller detaljer om et individs tidligere og nåværende bruk av alkohol.
	Arbeidssammendrag	Sammendrag eller varig (persistent) informasjon om et individs nåværende eller tidligere arbeid og/eller roller.
	Helserisiko	Vurdering av potensiale og sannsynlighet for fremtidige uønskede helseeffekter, bestemt ut fra spesifikke risikofaktorer.
	Mat og ernæring oppsummering	Summary of the food and nutritional situation for an individual.
Undersøkelser, målinger og funn	Undersøkelsesfunn	For å registrere en fritekstbeskrivelse og klinisk tolkning av observerte funn ved fysisk undersøkelse av et organsystem eller anatomisk struktur.
	Analyseresultat	Resultatet av en individuell laboratorieanalyse. For å registrere ett enkelt laboratorieresultat innenfor områder som medisinsk biokjemi, hematologi, immunologi og transfusjonsmedisin.
	Blodtrykk	Måling av blodtrykket som uttrykk for det arterielle blodtrykk i det systemiske kretsløp. For registrering av et individs systemiske arterielle blodtrykk.
	Puls/hjertefrekvens	Måling av puls/hjertefrekvens, eller eksplisitt puls eller hjertefrekvens, og beskrivelse av tilhørende egenskaper.
	Kroppsvekt	Registrering av et individs kroppsvekt - både målt og estimert.
	Høyde/lengde	Individets høyde eller lengde målt fra isse til fotsåle.
	Kroppsmasseindex	Beregnet verdi som gjenspeiler individets kroppsmasse på grunnlag av dens høyde og vekt.
	EKG resultat	Registrere målinger av elektrisk aktivitet generert av hjertet i en kort tidsperiode, og kliniske tolkninger av denne målingen
	Kartlegging av symptomer/sykdomshet stegn	Svar på forhåndsdefinerte spørsmål om symptomer eller sykdomstegn

	Kroppstemperatur	Måling av kroppstemperatur som skal gjenspeile et individs kjernetemperatur
	Pulsoksymetri	Blodoksygen og beslektede målinger, målt ved pulsoksymetri eller puls-CO-oksymetri.
	Væskeinntak	Mengden væske som er drukket av, eller administrert til et individ.
	NEWS/PEWS	NEWS (National Early Warning Score) er et skåringsverktøy som benyttes for å gi en objektiv vurdering av grad av klinisk forverring hos en pasient. Denne versjonen følger retningslinjer utgitt av the UK Royal College of Physicians.
	NEWS 2 skår	En enkel evalueringsskår for å identifisere klinisk forverring hos en pasient.
Problem, diagnose og behov	Problemliste	En varig og oppdaterbar liste over en hvilken som helst kombinasjon av diagnoser, problemer og prosedyrer som kan ha betydning for klinisk beslutningsstøtte og utøvelsen av helsehjelp, ved at den kan presenteres i et system for å gi et raskt overblikk over et individs sykehistorie.
	Problem/diagnose	Detaljer om én identifisert helsetilstand, skade, funksjonshemming eller annet forhold som påvirker et individs fysiske, mentale og/eller sosiale velvære.
	Kartlegging av problemer/diagnose	Svar på forhåndsdefinerte spørsmål om problemer eller diagnoser.
	Anbefaling	Et forslag, råd eller anmodning om klinisk oppfølging.
	Differensialdiagnoser	En eller flere alternative sykdommer som kan tenkes å passe med aktuelle symptomer, kliniske undersøkelser og resultater av supplerende undersøkelser.
	Klinisk grunnlag	Grunnlaget for et klinisk utsagn. Registrere eksplisitte detaljer om grunnlaget for et klinisk utsagn, for eksempel en problem/diagnose, risiko for overfølsomhetsreaksjon, helseisiko, eller kontraindikasjon.
Journaldokumenter	Fortløpende notat	Dokument brukt for å registrere detaljer om helserelaterte hendelser som har hendt som ledd i omsorg av et individ og/eller individets helsestatus, funn, meninger eller planer som er gyldig på tidspunktet det registreres.

	Rapport	Dokument som brukes for å kommunisere informasjon til andre, ofte som svar på en forespørsel.
	Mediafil	En mediafil, samt tilknyttede metadata, som er ervervet eller brukt forbindelse med en helsetjeneste.
	Klinisk kontakt	Interaksjon, kontakt eller omsorgshendelse mellom et individ og helsepersonell.
	Kontaktårsak	For å registrere årsaken til kontakt mellom helsepersonell og individet.
Klinisk oppsummering	Klinisk sammendrag	Fritekstsammendrag eller oversikt om en pasient fra helsepersonellens perspektiv, med eller uten tilhørende fortolkninger.
Prosedyrer og behandlinger	Prosedyre	En klinisk aktivitet som er utført i undersøkende, diagnostisk, kurativ, terapeutisk, evaluerende, prognostisk eller palliativ hensikt. Registrere informasjon om aktiviteter som må gjennomføres for å utføre en klinisk prosedyre, inkludert planlegging, fastsetting av tidspunkt, utførelse, utsettelse, kansellering, dokumentering og fullføring.
	Oppfølging av forløp	Registrerer hendelser i et pasientforløp.
	Behandlingsplan	Et rammeverk for støtte registrering av alle aspekter av en behandlingsplan.
Tjenester, ytelser og hjelpemidler	Medisinsk utstyr	Et instrument, apparat, implantat, materiale, programvare eller lignende som er benyttet i utførelsen av helsetjenester. I denne konteksten er medisinsk utstyr et bredt spekter utstyr med fysiske, mekaniske, termiske, programvaremessige eller tilsvarende virkemåter. Utstyr som har en farmakologisk, metabolsk eller immunologisk virkning ekskluderes spesifikt. Arketyper tar høyde for registrering av engangsutstyr samt varig utstyr som krever sporing, vedlikehold eller jevnlig kalibrering, og tar høyde for at hvert enkelt medisinsk utstyr har spesifikke behov for dataregistrering.
	Kommunale tjenester	Brukes for å dokumentere pasientens kommunale tjenester
	Tjenesteforespørsler	Dokument som sendes fra en helsetjenesteyter til en annen, med hensikt om å forespørre om råd, en tjeneste eller overføring av ansvar.
Applikasjonsspesifikke data	Egne arketyper og templatler	

Gjennom arbeid sammen med kommunene og helsepersonell har man identifisert flere informasjonselementer som benyttes i kommunene, men som ikke er standarder for i OpenEHR per i dag. Under har man kategorisert disse informasjonselementene i samme kategoriene som ovenfor. Disse informasjonselementene bør utredes videre, det vil si utrede om de kan inngå i noen av dagens standarder i OpenEHR, eller om det er behov for videreutvikling.

Informasjonskategori	Informasjonselement	Beskrivelse av informasjonselement	Kommentar
Kliniske og sosiale bakgrunnsopplysninger	Vold og trusler	Historikk rundt problematikk rundt vold og trusler	
	Selvordsforsøk	Historikk selvmordsforsøk	
	Amming	Opplysninger om pasient er ammende	
Problem, diagnose, behov	Bevegelse/Fysisk funksjon	Nåværende og historiske beskrivelser av situasjon, mål og prosedyre dersom dette er et problemområde for pasient Gjelder alle informasjonselementer under	Alle elementene under kategorien beskriver typiske elementer i en pleie-/behandlingsplan i kommune. Noen informasjonselementer er viktig å ha en historikk rundt i tillegg til øyeblikksbilde
	Boforhold		
	Brukermedvirkning		
	Eliminasjon		
	Hud/vev		
	Kommunikasjonsevne		
	Livssyn/Åndelige behov		
	Medisinsk oppfølging		
	Miljøbehandling		
	Personlig hygiene		

	Psykisk/kognitiv funksjon		
	Respirasjon		
	Samfunnsdeltakelse		
	Samhandling		
	Sanser		
	Seksualitet		
	Sirkulasjon		
	Sosiale forhold		
	Søvn/Hvile		
	Tvang/Makt		
	Væske/ernæring		
	Økonomi		
	Kommunikasjon		
	Motorisk utvikling		
	Helseundersøkelse		
	Utvikling		
	Helsekort		
Diverse	Kartleggings skjemaer	Ulike typer kartlegginger og scoringer som er gjennomført, eksempelvis rundt ernæring, fall o.l.	
	Selvrapportering	Data generert med utstyr som pasienten selv administrerer, evt., skjema sendt inn av pasienten selv	

Felles kommunal journal interim AS

**Bilag 3.2.1:
Alternative journalstrategier -
muligheter og utfordringer**

Styringsdokument

Felles journalløft for kommuner

Bakgrunn

Dette notatet er en overordnet gjennomgang og vurdering av muligheter og utfordringer ved ulike løsningskonsepter, herunder null-alternativet (fortsette som i dag), handlingsrommet knyttet til Helseplattformen/Epic, bruk av suiteløsninger generelt, samt et plattformbasert økosystem for informasjonsdeling, jfr. plan for Felles kommunal journal.

Overordnet vurdering av Null-alternativet

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1) forutsetter at kommunene sørger for at alle personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. I tillegg har kommunen et ansvar for å sikre at innbyggernes behov for tjenester ivaretas på et helhetlig vis på tvers av fagsektorer, der ikke minst barnehage, skole og barnevern er eksempler på store tjenesteområder hvor kommunen skal bidra til et helhetlig og koordinert tilbud til innbyggerne.

Dette innebærer at det internt i kommunen er et betydelig informasjons-, kommunikasjons- og samhandlingsbehov i forbindelse med kartlegging, saksbehandling, planlegging, gjennomføring og dokumentasjon.

Kommunale tjenesteområder er gjennomregulert. For å løse oppgavene har de fleste kommuner flere ulike journalløsninger som dekker de ulike tjenesteområdene og pasientgruppene for å ivareta kravene stilt i lov og forskrift. Problemet er at det i regelen er liten eller ingen samhandling mellom disse løsningene. Samhandlingen skjer fortsatt muntlig, per telefon, i møter, via e-meldinger eller på papir, og bare via journalsystemene hvis tjenestene som samhandler har samme løsning.

Dermed har for eksempel den kommunale legevakten ikke oversikt over hvilke andre kommunale tjenester en gitt pasient mottar. Det innebærer at de oftest har et mangelfullt grunnlag for å vurdere riktig nivå på helsehjelp, hva som bør iverksettes av nye tjenester eller tiltak.

Mangel på informasjon utfordrer kontinuitet, trygghet for tilstrekkelig innsikt i pasientens situasjon og dermed også riktig nivå på helsehjelp. Det kan forringe et allerede planlagt forløp, og det kan i verste fall sykeliggjøre eller bidra til feilbehandling av pasienten.

Mellom 30 og 50 % av kommunens ressursinnsats til helse- og omsorgstjenester er knyttet til ressurskrevende brukere. Disse mottar flere tjenester og har flere parallelle utfordringer, noe som gjør at intern samhandling og tilgang til relevant og oppdatert informasjon er svært viktig for å ivareta et helhetlig perspektiv og tilnærming. Alt i alt utfordrer dette pasientsikkerheten, men også kvaliteten og effektiviteten i tjenestetilbudet der vesentlig tid går tapt i jakt på informasjon. Ikke minst oppleves det svært utfordrende sett fra innbyggernes perspektiv.

Det er godt dokumentert at behovet for helse- og velferdstjenester allerede i løpet av kort tid vil føre til bemanningskrav som ikke kan dekkes. Derfor er det helt nødvendig å innføre løsninger som bidrar til bedre og mer effektive arbeidsmåter, slik at nivået på tjenester og pasientsikkerhet kan ivaretas innenfor rammen av tilgjengelige ressurser.

Selv om nullalternativet i og for seg representerer kjente og velprøvde løsninger så er det løsninger som ikke på noen måte alene løser dagens eller fremtidens utfordringer. I tillegg vil selv nullalternativet innebære behov for betydelige investeringer for den enkelte kommune, men uten at det gir noen samordnende effekt.

Det er følgelig et *avgrenset mulighetsrom* basert på dagens løsninger.

Utfordringene med dagens situasjon er kort oppsummert:

- **Dårlige løsninger for helsepersonell**
Sluttbrukerløsningene er oftest gammeldagse, er i stor grad knyttet til dokumentasjon av vedtak mer enn å gi prosess-støtte - og reflekterer i beste fall hvordan man tidligere har jobbet og åpner i liten grad for prosessforbedringer.
- **Begrenset digital tilgang på informasjon mellom tjenestene**
Dagens løsninger er stort sett avkoblet og samhandling skjer først og fremst via elektroniske meldinger. Det fordres ofte dobbeltarbeid for å få samme informasjon inn i to ulike løsninger.
- **Utvikling er svært krevende og skjer som regel på leverandørs premisser**
Det har vært lite samordning på kundesiden og mange løsninger er derfor tilpasset den enkelte kunden. Videre utvikling er dermed ofte lokal, og leverandørens kapasitet er lav. Tilgang til utviklingsressurser er vanskelig tilgjengelig og må som regel passes inn i forhold til leverandørens mulighet, heller enn kundens behov.
- **Informasjonen forblir innelåst hos leverandør og brukes på leverandørs premisser**
Pasientinformasjonen lagres i løsningene og tilgjengeligheten styres via brukergrensesnittet. Det innebærer at det for alle praktiske formål er leverandøren som kontrollerer informasjonen og tilgangen til den. Det gjør at informasjonen oftest ikke er tilgjengelig for andre formål eller for deling mellom ulike applikasjoner, noe som vanskeliggjør bruk og samhandling.
- **Bidrar ikke til utvikling av marked og nye løsninger**
Fordi informasjonen er låst inn i de ulike løsningene opplever kunden ofte et avhengighetsforhold til gjeldende leverandør (leverandør lock-in). Det skyldes at bytte av leverandør er svært krevende og kostbart, noe som svekker markedet og dets evne og mulighet til innovasjon og endring. I tillegg innebærer det at nye leverandører i liten grad kan benytte eksisterende informasjon til egne løsninger, noe som krever at alle må utvikle egne «suiter», som igjen gjør at utvikling av selv enkel funksjonalitet er svært krevende og kostbart.
- **Legger ikke til rette for endring av arbeidsprosesser, understøtter ikke kommunenes behov**
Dagens løsninger er basert på tilgjengeliggjøring av egen informasjon og er derfor lite tilrettelagt for pasientforløp på tvers av tjenester. Lav utviklingstakt og eldre teknologi utfordrer evnen til å legge til rette for nye arbeidsmåter basert på samhandling i og mellom ulike yrkesgrupper, tjeneste- og forvaltningsnivå.
- **Svært varierende kompetanse i ulike kommuner**
Den digitale kompetansen er i beste fall varierende i norske kommuner. Der de største kommunene har miljø med kompetanse og bredde innen de fleste områder er dette i mindre eller liten grad tilfelle etter hvert som størrelsen på kommunene synker. En del kommuner inngår i ulike former for samarbeid som bidrar til en bedret situasjon, men utfordringen er ofte at fokus først og fremst er rettet mot drift og forvaltning av eksisterende løsninger. Digital transformasjon og IT som verktøy for omstilling, effektivisering og kvalitetsheving er mindre framtrepende.

Oppsummering

I dette bildet anses nullalternativet *ikke* som et reelt alternativ.

Handlingsrommet basert på Helseplattformen sin kontrakt med Epic®

Helseplattformen gikk i produksjon i Trondheim kommune 07.05.2022. Dette er oppstarten av et journalsystem som binder kommunen sammen med tanke på journalverktøy og informasjonsdeling, til beste for innbyggere, pasient og helsepersonell. I tillegg vil det – etter hvert som de ulike sykehusene i helseregion Midt-Norge kobles på, også koble kommunen sammen med spesialisthelsetjenesten. Men det markerte samtidig begynnelsen på slutten av en anskaffelsesprosess som startet i november 2016, med at man åpnet for at leverandører kunne prekvalifisere seg. Det forventes at prosjektet skal jobbe med utbredelse i regionen fram til 2027. Etter hvert som systemet oppnår moment i utbredelse i Midt-Norge – både i spesialist- og kommunehelsetjenesten - blir nytteverdien med felles prosesser og datadeling tilsvarende tydelig. Selve prosessen med å skaffe et nytt journalsystem går tilbake til 2012, og vil dermed ha tatt rundt 15 år fra starten til siste kommune er i gang med løsningen. Kontraktperioden er 20 år.

I det følgende gis en kortfattet beskrivelse av bakgrunn for prosjektet;

- Rundt årtusenskiftet ble journalsystemet DocuLive fra Siemens (senere Cerner) innført på de fem universitetssykehusene (Ullevål, Rikshospitalet, Haukeland og regionsykehusene i hhv Trondheim og Tromsø) samt noen sentralsykehus og mindre enheter.
- I 2012 var det kun Helse Midt-Norge som fortsatt hadde DocuLive som valgt løsning, mens de tre øvrige regionene hadde valgt å gå over til DIPS Classic.
- Cerner®, som hadde kjøpt DocuLive, men som hadde et eget system de ønsket å promotere ga beskjed om EndOfLife dato for løsningen.
- I 2013 ble dermed behovet for nye systemer opplevd som akutt i Helse Midt. Med utgangspunkt i en målsetting om en samhandling basert på tilgang til samme infomasjonskilder ble anskaffelse for hele sektoren i Midt-Norge igangsatt.
- Ingen norske leverandører klarte å kvalifisere seg i den internasjonale anbudsprosessen
- Ved inngangen til 2019 var det to kandidater igjen, hhv Cerner og Epic. Da St. Olavs hospital valgte Epic sin laboratorieløsning i et eget anbud våren 2019, valgte Cerner å trekke seg fra den videre prosessen.
- Epic signerte etter direkte forhandlinger en avtale med kontraktsverdi på 1,2 mrd kroner med Helseplattformen i mars 2019.
- Nedslagsfeltet for løsningen er kommuner (herunder fastleger) og helseforetak i Trøndelag og Møre og Romsdal samt Bindal kommune i Nordland fylke og i dag også Os i Østerdalen (Innlandet fylke).
- Anskaffelsen ble utformet slik at det kun er disse tjenestestedene som kan ta løsningen i bruk. Skal nedslagsfeltet utvides til andre kommuner må anskaffelsen gjennomføres på nytt. Det medfører en mulighet for at andre leverandører enn EPIC vinner, noe som i tilfelle vil forhindre gjenbruk av Helseplattformens løsning.
- Data fra alle tjenestesteder som tar i bruk løsningen konverteres og migreres inn i EPIC
- Helseplattformen AS eies av Helse Midt-Norge og deltagende kommuner. Det står for utrulling, drift og forvaltning av løsningen
- Helseplattformen er gitt status som en utprøvingsarena for «Én innbygger – én journal» og det er gjort betydelig innsats på en del områder som koding og tilpasning til nasjonale løsninger.

I forbindelse med den videre innføringen av Helseplattformen som en felles løsning på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge vil det, med rimelig grad av sannsynlighet, komme spørsmål om ikke EPIC også kan innføres for de kommunale helse- og omsorgstjenestene i resten av Norge.

Dette handlingsrommet er avgrenset av flere, primært anskaffelsesrettslige forhold, men også det finansielle grunnlaget for en slik utvikling.

Ad. anskaffelsesrettslige forhold vedr. utvidelse av kontrakten med EPIC

I konkurransebeskrivelsen for Helseplattformen er det geografiske nedslagsfeltet tydelig avgrenset og det er slik sett ikke mulig å tiltre kontrakten for kommuner utenfor Midt-Norge. Det forutsetter i tilfelle en ny konkurranse hvor det geografiske området utvides slik at alle norske kommuner omfattes. Det vil i tilfelle være en ny og åpen konkurranse, med mulighet for at andre leverandører vinner. Erfaringene i de nordiske landene tilsier at ved den etterfølgende konkurranse tildeles kontrakten til en annen suiteleverandør eller en nasjonal leverandør(er). Årsaken til dette har dels vært erfaringene fra foregående implementeringsprosjekt og/eller at øvrige tilbydere har forbedret sine tilbud for å unngå en svekket konkurransesituasjon i markedet.

Ad. finansielt grunnlag for tilsvarende tilnærming som Helseplattformen

Finansielt har Helse Midt-Norge dekket programkostnadene og i tillegg er framtidige driftskostnader fordelt 70/30 mellom hhv regionene og kommunene. Bakgrunnen for denne delingen har vært en erkjennelse av at regionene uansett måtte innføre nytt system og at kostnadsnivået uansett ville ligget på et slikt nivå. Dette har selvsagt representert en stor fordel for kommunene, men prisen for kommunene som er basert per innbygger per år er like fullt estimert til ca 385,- NOK. Kapasitets- og kompetansemessig har også helseregionen bidratt med det meste som ikke er rettet spesifikt mot kommunale tjenester.

Den fordelene dette har representert for de midt-norske kommunene er det ikke realistisk å hente ut på samme vis i de øvrige regionene. Årsaken til det er at disse tre helseregionene har egne strategiske langtidspå program for utvikling av journalløsning basert først og fremst på dagens modell med bruk av DIPS. Alternativt ville regionene måtte avslutte sine pågående program, noe som ville medføre tapsavsetninger i milliardklassen i forhold til tidligere investeringer, noe som sannsynligvis er helt uaktuelt i dagens situasjon. Det innebærer at tre sentrale styrker ved Helseplattformen (sett fra en kommunal synsvinkel) ikke vil være realistiske utenfor Midt-Norge. Det gjelder:

1. Tilgang til regionenes kapasitet og kompetanse. De tre øvrige helseregionene har egne program og det vil ikke være mulig å trekke på deres kompetanse i noen tilsvarende grad som Helseplattformen. Det innebærer at kommunesektoren i en helt annen grad må sikre nødvendig kapasitet og kompetanse på egen hånd. Det vil være krevende ettersom kommune-Norge ikke er organisert på en måte som gjør at dette er kapabiliteter som er lett tilgjengelig. Det ser vi eksempelvis i arbeidet med FKJ allerede. Det betyr også en større økonomisk belastning ettersom man vil være tvunget til å benytte eksterne tjenester i en langt større grad enn Helseplattformen, tjenester som er langt dyrere enn om man benytter egne ansatte.
2. Programkostnadene vil falle på kommunene selv ettersom helseregionene har egne program som det er investert betydelige midler i og som det fortsatt er betydelige investeringsplaner i forhold til.
3. Framtidig drift og forvaltning av løsningen vil være kommunenes eget ansvar og der man i Helseplattformen må svare for 30% av kostnadene vil kommunene utenfor Helse-Midt måtte dekke 100%.
4. Samhandling med regionene vil ikke være sømløs som i Helse-Midt, men forutsetter integrasjon, enten direkte eller via nasjonale løsninger. Det vil også forvanske en slik løsning og bidra til ytterligere kostnadsvekst.

I nedslagsfeltet til Helseplattformen (Møre og Romsdal og Trøndelag, samt Bindal i Nordland og Os i Innlandet) bor det ca 750.000 mennesker. En pris på 385,- per innbygger gir en samlet kostnad på knappe 390 MNOK. Det er vanskelig å si hva tilsvarende pris ville blitt per innbygger i resterende del av landet, men tatt i betraktning at all finansiell støtte fra de regionale helseforetakene er borte er det grunn til å frykte at prisen minst nærmer seg det dobbelte, dvs. ca. 750,- per innbygger per år. I Norge bor det ca 5,5 millioner innbyggere, og det betyr at det utenfor Midt-Norge dreier seg om ca. 4.750.000. Hvis vi gjør et konservativt anslag på 500,- per innbygger per år vil det samlet gi en utgift på ca. 2,4 milliarder per år. Det er neppe et kostnadsnivå som er bærekraftig.

Oppsummering

Det er *ikke mulig* å utvide dagens kontrakt med EPIC om Helseplattformen til andre deler av den norske helse- og omsorgstjenesten. I lys av at spesialisthelsetjenesten i øvrige deler av landet *ikke vurderer* overgang til EPIC eller en annen suiteløsning, kan det reises betydelig tvil om det er finansielt grunnlag for en anskaffelse tilsvarende Helseplattformen for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Muligheter og utfordringer generelt ved en suiteløsning

En suiteløsning (ofte programvarepakke eller applikasjonspakke) er en samling av dataprogrammer (applikasjonsprogramvare eller programmeringsprogramvare) med relatert funksjonalitet, som deler et lignende brukergrensesnitt og muligheten til enkelt å utveksle data med hverandre. Løsningen er oftest basert på tilgang til den samme datakilden (databasen), men tilgangen er som regel proprietær (ikke åpen eller basert på internasjonale standarder) og lite eller u-tilgjengelig for andre løsninger enn de som inngår i selve suiten.

De fleste av dagens journalsystem er typiske suiteløsninger selv om det går en liten bevegelse i retning av å kunne tilgjengeliggjøre informasjon for tredjepart (andre leverandører av løsninger) via grensesnitt som eksempelvis HL7-FHIR. Eksempler på suiteløsninger er store internasjonale aktører som Epic og Cerner, og i varierende grad, nasjonale aktører som DIPS/Aidn, Visma Profil og Geric fra Tieto/Evry.

Helseområdet er ulikt i alle land både knyttet til finansiering, organisering, juridiske bestemmelser og kultur. Derfor er det en fordel at suiteløsningene i utgangspunktet er generiske utviklingsverktøy som kan tilpasses den enkelte brukerorganisasjon. Det innebærer at innføring av systemene ofte krever betydelig tilpasninger, både av systemet og av den mottagende organisasjonen. Dette er krevende og kostbart, og vil ofte kreve at helsepersonellet organiserer og tilpasser arbeidsprosesser i retning av løsningens oppsett fordi alternativet er dyrt og arbeidskrevende.

De internasjonale suiteløsningene (spesielt Epic og Cerner) representerer i dagens marked det fremste av kliniske arbeidsflater og dokumentasjonssystem. De to systemene har p.t. en kundeliste som inkluderer de aller fleste store og prestisjetunge sykehus og universitet, spesielt i USA, men også internasjonalt. Samtidig er det viktig å minne om at dette er løsninger som er utviklet primært for spesialisthelsetjenesten og som – før Apotti i Finland og Helseplattformen i Midt-Norge – hadde liten konkret erfaring med løsninger innen primærhelsetjenesten.

Muligheter med suiteløsninger

Målt i forhold til dagens situasjon er det spesielt tre åpenbare *fordeler* med å innføre en suiteløsning på tvers av en eller flere/alle kommuner.

- For det første medfører det at alle i samme løsning vil jobbe med og ha tilgang til den samme informasjonsmengden. Det betyr at dagens situasjon med mangelfull eller fraværende informasjonsdeling vil bli løst mellom de aktørene som deler løsning. For kommunikasjon med andre aktører vil utfordringen forbli de samme.
- Sist, men ikke minst er utviklingspotensialet mye større fordi dette er leverandører som opererer i store internasjonale markeder og hvor fokus på forskning og utvikling er enormt. I 2019 hadde Epic en omsetning på mer enn 3 milliarder dollar og de oppgir at 40% gikk til forskning og utvikling. Det er klart at det gir resultat.

Utfordringer med suiteløsninger

Målt i forhold til de behovene vi ser i framtiden og hvor vi befinner oss i dag ser vi også en rekke *utfordringer* med å velge en suiteleverandør i tradisjonell forstand.

- Informasjonen er fortsatt i varierende grad innelåst hos leverandør og bruk vil dermed fortsatt skje helt eller delvis på leverandørs premisser. Suiteleverandørene leverer informasjonsplattform som en del av en helhetlig løsning der tilgang til informasjon og videre utvikling av plattformen skjer på leverandørens premisser. Kundene har selvsagt mulighet til å komme med forslag og innspill til forbedring, men i et bredt marked med mange ulike kunder med tilhørende ulike interesser er det utfordrende å bli hørt. I en plattformtankegang gis mulighet til å bytte ut leverandører når bedre alternativer tilbys. Dette i kontrast til suiteløsninger som typisk gir brukeren anledning til å *skru på/tilpasse* løsningen mot en kostnad. Anledning til å bytte ut er konkurransedrivende og støtter innovasjon og pluralitet i leverandørmarkedet.
- Utviklingsbehov havner i en internasjonal kø
Jfr. foregående punkt vil norske kommuner raskt kunne bli en marginal gruppe i en kø med veldig mange store¹ og – økonomisk og merittmessig – tunge aktører. Risikoen for å bli en salderingspost i utviklingsperspektivet er betydelig. Dette styrkes av det faktum at de største aktørene også kommer fra markeder som er veldig mye større enn det norske og hvor muligheten for å omsette en tilpasning er mange ganger større.
- Anskaffelse av en suiteløsning forutsetter en prosess (selve anskaffelsen) som kan ta opp mot 3-4 år.
Det å beskrive behov, gjennomføre en internasjonal kvalifisering og deretter konkurranse, for endelig å ferdigstille en kontrakt med valgt leverandør er en omfattende, kompleks og tids- og ressurskrevende operasjon. Selv om vi på en del områder ville kunne gjenbruke erfaring og underlag fra Helseplattformen vil også mye måtte tilpasses våre behov og dagens situasjon.

¹ Norges befolkning representerer eksempelvis mindre enn 50% av populasjonen (kundene) til det amerikanske selskapet Kaiser Permanente

- Fordrer en innføringsperiode som tar minst 3-5 år.
Erfaringen fra Helseplattformen og Apotti viser at tilpasning av suiteløsninger er komplekst og krever både betydelig kompetanse og kapasitet samtidig som det tar betydelig med tid.
Alt i alt er det grunn til å anta at tidsperioden fra man starter en anbudsprosess til første go-live er minimum 5 – 9 år, avhengig av hvilken organisasjon man har tilgang til og i hvilken grad man kan gjenbruke tidligere underlag.
- Binder kommunene til en leverandør og en løsning i minst 20 år.
Investeringskostnad, innføringskostnad og kostnader/omkostninger ved å bytte system er så betydelig at en avskrivning på mindre enn 20 år er lite realistisk. I sum betyr dette at man – fra man innleder anskaffelse og til man kan vurdere et nytt system må påregne minst 25 år. I dagens verden, med den utviklingstakten vi ser, er dette en svært lang periode. Det tilsvarer at vi skulle startet en anskaffelse i 1997 som så var på kanten av sluttperioden i dag.
- Er basert på «big bang» innføring, ikke stegvis og ikke gradvis
Det er satt som forutsetning fra Stortinget og fra vår eier at vi skal ha en smidig tilnærming basert på stegvis utvikling og gradvis innføring. Suteløsninger er i sitt vesen ikke mulig å innføre på den måten. Selv om man i Midt-Norge har en innføringsperiode over tid så er hver enkelt innføring et «Big Bang» for gjeldende organisasjon. Når det nye systemet innføres, skjer det på et gitt klokkeslett. Det representerer en betydelig risiko, samtidig som det altså bryter med grunnleggende forutsetninger for vårt prosjekt.
- Redusert handlingsrom for knoppskyting og innovasjon gjennom tilkoblede løsninger
Det skal sies at både Apotti og Helseplattformen ønsker å legge til rette for at andre aktører kan levere tjenester og løsninger inn mot Epic kjernen. Samtidig er realiteten at det er vanskelig, dels fordi Epic er en suite som allerede har tatt hånd om det aller meste. Helseplattformen har eksempelvis kjøpt alle moduler med unntak av to som St. Olavs hospital og helseregionene ikke leverer som klinisk tjeneste. Da er det lite rom for andre aktører å komme inn. I tillegg vil tredjepartsleverandører være avhengighet av Epic ettersom de sitter på relevant pasientinformasjon for nye løsninger, og fritt kan endre eller tilpasse iht. egne behov.
- Vil fjerne grunnlaget for andre journalleverandører i hele leveranseperioden
I dag har vi tre journalleverandører inn i kommunemarkedet, hhv. DIPS/Aidn, Visma Profil og Geric. Det er ikke gitt at alle disse vil overleve i et nytt og mer dynamisk marked, men muligheten er der, gitt at de tilpasser seg en felles plattform. Gitt at kommunene utenfor Midt-Norge gikk til anskaffelse av en suiteløsning ville disse tre, eller i hvert fall to av dem, utraderes for godt ettersom markedet da er basert på en monopol-aktør. Dette er også i strid med de helt grunnleggende forutsetningene om at fremtidens system skal baseres på et levende økosystem som understøtter utvikling av leverandørmarkedet nasjonalt og internasjonalt
- I en suiteløsning er man i sterk grad bundet til hvordan leverandøren har valgt å legge opp arbeidsprosessene, og pga. kontraktens lengde er dette en binding som fort varer i mer enn tjue år. En av de viktigste oppgavene til IT-løsninger er å være fleksible nok til at de legger til rette for nye måter å utføre og organisere oppgavene. Effektivisering og kvalitetsheving er nødvendige forutsetninger i møte med de demografiske utfordringene. Arbeidsprosessene må endres med tid avhengig av ytre

faktorer, samt at de er sterkt kulturavhengige. IT-løsningene må være fleksible for dette, og ikke låse arbeidsprosesser som ender med å være uhensiktsmessige på et senere tidspunkt.

Oppsummering

Det er en rekke muligheter og utfordringer knyttet til en suiteløsning. Flere av utfordringene tilsier at dette *ikke fremstår som en et aktuelt alternativ* for Felles kommunal journal. Dette gjelder særlig den samlede *tidsrammen* for anskaffelse (3 – 5 år), innføring (3 – 5 år) og avskrivningstid (20 år, med sannsynlig lengre avtaleperiode før utskifting av løsning er aktuelt).

Innretningen for AKSON var i stort orientert mot en suiteløsning. Følgelig vil argumentene som ledet til at AKSON ble avsluttet fremdeles være gyldige.

Kort om et plattformbasert økosystem for informasjonsdeling

Grunnlaget for et plattformbasert økosystem er «Tilgang til relevant helseinformasjon om innbygger». Det forutsetter at det finnes en løsning nasjonalt, regionalt eller internt i kommunen som sammenstiller og tilgjengeliggjør denne informasjonen for sluttbruker via den arbeidsflaten (eksempelvis journalsystem) de benytter, uavhengig av ulike kilder. Det er den løsningen vi kaller plattformen.

Plattformen skal sikre og sammenstille relevant informasjon om innbyggere som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester fra ulike kilder. Det kan hentes lokalt i kommunen og via nasjonale samhandlingsløsninger. Plattformen sammenstiller og presenterer informasjonen samlet for helsepersonell i hht. de behov og rettigheter de har. Dermed kan de være sikre på at den informasjon de får om pasienter og brukere er oppdatert, helhetlig og korrekt, uavhengig av når og hvor behovet oppstår og av hvilken behandlergruppe de tilhører.

Plattformen vil også representere en viktig exit-mulighet fordi kommunene ikke lenger er avhengig av en gitt leverandør. Alle leverandører vil jo forholde seg til den samme plattformen og den samme informasjonsmodellen. Ikke minst vil plattformen også bidra til innovasjon- og næringsutvikling. Lavere grad av «innlåsing» vil i seg selv stimulere til konkurranse når byttekostnader minimeres. Samtidig vil det også gjøre det enklere for leverandører av helseteknologi å levere samme løsning til flere kommuner uten skreddersydde tilpasninger. Dermed vil skaleringseffekt øke.

Dette vil være en betydelig kvalitetsheving i tjenestene, men det vil også legge grunnen for helt nye måter å organisere og effektivisere tjenestene på, en utvikling som er helt nødvendig for å møte morgendagens utfordringer. Arbeidsprosessene må endres med tid avhengig av ytre faktorer, samt at de er sterkt kulturavhengige. IT-løsningene må være fleksible for dette, og ikke låse arbeidsprosesser som ender med å være uhensiktsmessige på et senere tidspunkt.

Når alle helse- og omsorgsarbeidere i en kommune har tilgang til den samme informasjonen vil innbyggerne også sikres innsyn i, tilgang til og kontroll med bruken av egen helseinformasjon. Tilsvarende vil en slik plattformløsning kunne sammenstille metadata for styring, forskning og utvikling.

Hvorfor en kommunal løsning

De nasjonale samhandlingsløsningene, eksisterende og planlagte, har begrensede virkeområder og vil ikke dekke behovet for å sikre tilgang til relevant informasjon om

innbyggere som mottar helse- og omsorgstjenester - både brukere og pasienter - internt i en kommune. Det må sikres i en annen løsning, det vil si plattformen. Hadde vi hatt et nasjonalt helseregister, innbyggers helsejournal – et helsesektorens Folkeregister, ville situasjonen vært en helt annen.

Plattformen skal gjenbruke all informasjon som kan hentes fra de nasjonale samhandlingsløsningene. Plattformen er både et lager for de «kommunale» delene av informasjonen og en «orkestrator» (dvs en løsning som setter sammen informasjonselement fra ulike kilder til en for brukeren samlet helhet).

Kommunene har i tillegg plikt om oppbevaring av helseopplysninger i minst 10 år, mens de nasjonale samhandlingsløsningene oftest har konsesjon til kortere perioder lagringstid. Plattformen skal dermed sikre informasjon både i rom og i tid.

Samspillet journalløsninger (sluttbrukerløsninger og arbeidsflater) vs. plattform
Journalløsningene er arbeidsflaten for brukerne også i fremtiden.

Plattformen er et underliggende system som man benytter indirekte via den eller de brukersystem (journalløsninger) man benytter. Den daglige brukeren skal ikke forholde seg til plattformen, kun til egen arbeidsflate.

Dette innebærer at eksisterende journalløsninger kan fortsette å benyttes i en overgangsperiode tilpasset leverandør og bruker. Det gir journalleverandørene tid og mulighet til å tilpasse løsningene, og det gir brukerne mulighet til en gradvis tilpasning og utvikling av ny funksjonalitet, basert på behov og muligheter.

Samtidig kan nye journalløsninger kobles på plattformen og samspile med øvrige tilpassede journalløsninger i kommunen. Eksisterende og nye løsninger kan virke side om side innenfor rammen av de krav til informasjonsutveksling som stilles av plattformen.

Plattformen forutsettes skybasert hvilket betyr at det ikke er relevant hvor den fysisk befinner seg, eller hvem som drifter og forvalter den. Kommunen, i kraft av «sørge for»-ansvaret vil fortsatt være behandlingsansvarlig, mens den organisasjon som forvalter løsningen vil være databeltningansvarlig. Grensesnittet må reguleres i databehandlingsavtale og driftsavtale på ordinært vis. Behandlingsansvaret endres ikke med bruk, og det forutsettes derfor at helseinformasjon som deles, kun kan leses og gjenbrukes, men ikke endres.

Hvorfor er det ingen plattformbaserte system tilgjengelig

Konspetuet er dette en godt kjent løsning over flere tiår, men teknisk og operasjonelt har det ikke vært mulig å realisere i praksis. Da 'En innbygger – én journal' ble lansert for ti år siden var teknologien for umoden til at det var en aktuell vei å utforske. Ved konseptvalgsutredningen i 2018 valgte man å vise til tidligere vurderinger uten noen dypere analyse av situasjonen, og i ettertid kan det ha representert en tapt mulighet.

I dag er situasjonen ganske annerledes og plattform baserte system er etablert i en rekke bransjer som bank/finans, reiser, kraft mm. Det er også produkter på vei inn, eksempelvis 'Better', og flere av de store programvarehusene jobber med tilsvarende tilnærminger, i.e. Microsoft, Amazon, Google mm. Det er også eksempler på prosjekt på vei inn i helse, eksempelvis Cataluña i Spania, deler av NHS og Moskva.

Gartner group sier i en rapport fra 2020 at dette er emerging technology og de forventer det å være markedsledende i løpet av fem til ti år. I en slik kontekst kan man alltid stille spørsmålet om dette er en løsning som foreløpig er på en for «bleading edge» og at det er klokt å avvende utviklingen i et par år. Skulle det være en riktig konklusjon er det viktig at man ikke i mellomtiden gjør valg som binder sektoren til gamle, stive og proprietære system,

basert på tradisjonell innlåsing av informasjon hos leverandøren. Det er også mulig å gjennomføre stegvise utprøvinger av konkrete løsninger som ikke sperrer for en framtidig plattformbasert modell, men som bidrar til gradvis informasjonsdeling i den enkelte kommune.

Oppsummering

Det er en rekke muligheter og utfordringer knyttet til en et plattformbasert økosystem for informasjonsdeling. I stort vurderes dette som det *mest realistiske* løsningsforslaget fordi det er fremtidsrettet, markedet modnes gradvis og gjennomføringen kan realiseres ved en stegvis tilnærming.

Konklusjon

I likhet med Helseplattformen skal Felles kommunal journal gi kommuner i vårt nedslagsområde moderne pasientjournalssystem. Systemene skal begge tilby informasjonsdeling og samhandlingsfunksjoner i tett samarbeid med KS, Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett – og selvsagt også mellom Helseplattformen og FKJ.

Stortinget har i budsjettokument beskrevet at Felles kommunal journal skal innebære en stegvis utvikling av fremtidens journalplattform hvor brukerflatene skal kunne tilpasses det enkelte helsepersonells ulike behov. Videre at det skal legges til rette for en stegvis utvikling og en gradvis innføring av et økosystem hvor en felles informasjonsplattform står sentralt. Vår eier har i prosjektmandatet konkretisert dette i fire krav hvor utvikling av et styringsdokument for en eventuell gjennomføringsfase står sentralt.

Det er vår oppfatning at hverken null-alternativet eller dagens suiteløsninger, inklusive Helseplattformen kan bidra til å realisere dette. FKJ har et uttalt mandat om å innrette løsningen mot et økosystem der en åpen plattformsløsning står sentralt, noe som skiller seg fra Helseplattformens strategi om en anskaffelse av en løsning fra en enkelt leverandør. Men behovet for oppdaterte journalløsninger blir dekket av begge alternativer, selv om veien fram dit er ulik.

Der hvor suiteløsning sannsynligvis var, ikke bare det riktige, men det eneste realistiske alternativet på det tidspunktet Helseplattformen tok sine valg, så har mye endret seg på de 6-8 årene. Dette handler både om utvikling og lansering av nye tekniske modeller og løsninger, og om verdifull innsikt i de forhold som bør ivaretas også *rundt* kjernefunksjonaliteten, og som et moderne helseinformasjonsunivers må kunne tilby. Pandemien har vist oss at utbredelsen av nye digitale løsninger går fort i norske kommuner når funksjonaliteten er god. Det vil komme nye digitale løsninger i et høyt og økende tempo. Disse vil både handle om behandlernes arbeidsflater og om pasientens personlige helseinformasjon og er viktige for økt pasientsikkerhet, høyere effektivitet og innbyggeropplevelse. Endelig trenger vi struktur der fleksibilitet og tilpasningsevne er bygget inn, og der pasient- og informasjonssikkerhet ligger til grunn.

Så er det grunn til å påpeke at erfaringene fra innføringen av Helseplattformen er verdifulle for FKJ. Kanskje har – den så langt vellykkede, men dog isolerte, ettersom det er svært få fastleger tilknyttet – oppstarten i Trondheim kommune, vist at risikoen ved et «big bang» var mindre enn mange fryktet. Kanskje kan gjennomføringen av forberedelser, opplæring og innføring bane vei for en mer effektiv eller mindre risikofylt utbredelse av FKJ. Når Helseplattformen omtales som «en utprøvingsarena for Én innbygger – én journal» vil vi bruke tiden til å ta inn alle de erfaringene vi kan benytte i det videre arbeidet med FKJ.

Selv om de internasjonale suiteløsningene generelt og Helseplattformen spesielt har mange positive sider og slik sett ville kunne bidratt til å løse en del av kommunenes problem så er det vår bestemte oppfatning at det er for mange utfordringer, både operasjonelt og finansielt, til at det kan anses aktuelt.

Felles kommunal journal interim AS

Bilag 3.2.2:

Vurdering av realismen i overordnet løsningsforslag

Styringsdokument

Felles journalløft for kommuner

Felles kommunal journal

INNHALDSFORTEGNELSE

1. Oppsummering fra kunnskapsbasert dialog april/mai 2021	3
1.1 Bakgrunn	3
1.2 Hensikt	3
1.3 Deltagere	3
1.4 Metode	4
1.5 Prosess	4
2. Oppsummering og konklusjon – hovedpunkter vi tar med oss videre	5
3. Hypoteser og innspill	6
3.1 Gjennomgang av hypoteser	6
3.1.1 Hypotese nummer 1	6
3.1.2 Hypotese nummer 2	7
3.1.3 Hypotese nummer 3	7
3.1.4 Hypotese nummer 4	8
3.1.5 Hypotese nummer 5	8
3.1.6 Vekting av svarene på hypoteser	9
4. Øvrige innspill	10
4.1 Hypotese 1	10
4.2 Hypotese 2	11
4.3 Hypotese 3	13
4.4 Hypotese 4	14
4.5 Hypotese 5	14
5. Øvrige innspill uten spesifikk kobling til hypotesene	14

Felles kommunal journal

1. Oppsummering fra kunnskapsbasert dialog april/mai 2021

1.1 Bakgrunn

Dette dokumentet er en oppsummering fra en dialog vi har hatt med nøkkelpersoner med bakgrunn i ulike samfunnsområder som tidligere har interessert seg for, og uttalt seg om prosjektet. Vi omtaler dette som «kunnskapsbasert dialog», og den er gjennomført i april/mai 2021.

I tråd med prosjektets hovedaktiviteter og resultatmål for kapittel 1, skal prosjektet utarbeide og skissere et overordnet løsningsforslag. Med bakgrunn i innspill og tema som KS2 pekte på, samt de føringer som følger av St. prop. 1S 2020 (Statsbudsjettet 2021), har vi valgt en løsningsretning som avviker fra det som har vært - og fortsatt er - den dominerende tenkningen og innretningen for journalsystem. For å sikre at retningen ikke er en teoretisk konstruksjon, men representerer en realistisk retning, har vi gjennomført en realitetsvurdering.

1.2 Hensikt

Hensikten var å belyse om det var sannsynlig at den foreslåtte løsningen og en stegvis utvikling/innføring lot seg realisere i dagens leverandørmarked i et felleskommunalt prosjekt. Vi har derfor gjennomført hva vi har kalt en *kunnskapsbasert dialog* der målet har vært å skaffe prosjektet trygghet i at man med rimelig grad av sikkerhet kan anta at:

- skissert løsningsforslag er teknisk mulig å realisere
- det er markedsmessig mulig å anskaffe
- det kan etableres overgangsordninger som sikrer fullverdige løsninger til brukerne

Vi valgte å gjennomføre den kunnskapsbaserte dialogen først, og så på bakgrunn av resultatet velge innretning på de etterfølgende involverings- og forankringsaktivitetene som lå i planen.

1.3 Deltagere

For å bistå i arbeidet, valgte vi deltagere fra ulike deler samfunnslivet, fra akademien, kunnskapsbransjen og offentlig sektor. En del av deltagerne har også vært aktive i den offentlige debatten rundt Akson-prosjektet. Det har også vært et mål at dialogen ville bidra til å skape involvering og engasjement i arbeidet, og med det bidra til at FKJ får en mer positiv oppslutning blant eksterne interessenter i tråd med prosjektets effektmål.

Følgende respondenter har deltatt:

- Margunn Aanestad - Universitetet i Agder
- Johannes Brodwall - Sopra Steria
- Bendik Bygstad - Universitetet i Oslo
- Anders Grimsmo - NTNU
- Geir Prestegård - Accenture
- Roger Schäffer - Folkehelseinstituttet
- Stein Olav Skrøvseth - Nasjonalt senter for e-helseforskning
- Sindre Solem - NHN
- Stig Hagestande - Capgemini
- Jonas Slørdahl Skjærpe - NAV

Felles kommunal journal

1.4 Metode

For å gjennomføre realitetsvurderingen ble det benyttet en metode basert på testing av hypoteser. Metoden starter med det overordnede problemet om hva vi skal «løse», hva vi skal sjekke ut. Deretter brytes dette problemet ned i et antall hypoteser, og deretter i antall underhypoteser for å teste om en hypotese er korrekt eller ikke. Det må gjennomføres ulike tilpassede analyser for hver hypotese og underhypotese og hvilke kilder som skal benyttes for å gjøre dette (eksperter, referanseinstallasjoner, leverandørmøter etc). Deretter konverteres dette til en konkret arbeidsplan med aktiviteter lagt ut i tid, før et endelig sluttprodukt oppdateres og ferdigstilles.

Det er viktig at det beskriver muligheter, utfordringer og risiko, både teknologisk, operasjonelt og markedsmessig. Påstandene som kommer frem, er basert på ja/nei spørsmål.

Påstandene reflekterer ikke nødvendigvis prosjektets syn.

ISSUE/ PROBLEM	HYPOTHESIS	EST POT.	ANALYSIS	SOURCES	RESPONSIBILITY AND DEADLINE	END PRODUCT
A question stated so that it can be answered yes or no	A statement of the likely answer to the issue question including the reason for answering yes or no	High Med low	Those analyses critical to prove or disprove the hypothesis	Likely sources of data for undertaking analysis	Who will conduct analysis and by when	Description of expected end product

Figur 1: Metode for testing av hypoteser

1.5 Prosess

Alle respondenter ble invitert til et innledende personlig møte, med mulighet for et eventuelt oppfølgingsmøte. I forkant ble det oversendt et underlag som på et overordnet og skjematisk nivå beskrev løsningsforslaget slik det nå foreligger, samt fem hypoteser som vi ønsket å få synspunkter på. Det ble gjennomført én til én-møter av én times varighet med respondentene, der det skisserte løsningsforslaget ble gjennomgått, utdypet med illustrasjoner og eventuelle spørsmål avklart. Etter møtet ble respondentene bedt om å ta skriftlig stilling til løsningskissen og hypotesene. Alle deltagerne fikk tilbud om et oppfølgingsmøte ved behov for å gjennomgå innspillene som er utarbeidet. Det ble totalt gjennomført tre oppfølgingsmøter.

Deltagerne ble informert om at alle innspill og tilbakemeldinger ville sammenstilles til ett felles utgangspunkt for videre arbeid. Innspillene skulle fremstilles som en helhet, og ikke slik at den enkelte deltager navngis.

Felles kommunal journal

2. Oppsummering og konklusjon – hovedpunkter vi tar med oss videre

Før vi gjennomgår vurdering av de enkelte hypoteser, samt øvrige innspill i mer detalj videre i dokumentet velger vi å gjengi de viktigste hovedpunktene her. Vårt formål var å få en vurdering av realiteten i, og mulighetene for å teknisk realisere løsningsretningen vi har jobbet med.

- Vi opplever styrket tillit til at foreslått løsningsretning må konkretiseres videre
- Ingen av respondentene mener at løsningsforslaget ikke lar seg realisere teknisk.
- Flertallet mener også at dette er riktig vei å gå, noen sier det er eneste vei.
- Flertallet mener at dette kan anskaffes i markedet, men færre gir entydige svar på om man kan sikre gode overgangsordninger for brukerne.
- Ingen av respondentene har vist til identiske pågående referanseprosjekter basert på en slik løsningsinnretning
- Utfordringer vil melde seg, og særlig følgende områder ansees som utfordrende
 - Semantikk,
 - Interoperabilitet
 - Informasjonsmodeller
 - Governance
 - Begynn tidlig – endring og utvikling på disse områdene tar tid.
- Økosystemet og markedsplassen er sentralt i løsningsforslaget og følgende er av betydning:
 - Tydelige eksempler på forretningspotensiale for leverandører
 - En gjennomføringsmodell som leverandørene tror på
- Bruk av internasjonale standarder
 - Mulighet for gjenbruk av løsningen hos andre kunder utenfor FKJ
 - Ikke binde til særnorske løsninger – tilrettelegge for internasjonalt bruk
- Ikke utrede mer, fokuser på konkretisering
Begynn utviklingen. Læring skjer på veien.
- Ta små steg!
 - Fokuser på å realisere verdi fortløpende
 - Ikke gjør dere avhengig av andre for å lykkes
 - Bygg videre på suksesshistorier.
- Løsningsforslaget vil utfordre dagens regelverk i forhold til deling av informasjon, men:
 - Det er en endring som uansett må tvinge seg frem hvis målsetningene i En innbygger- en journal skal realiseres
 - Det foreligger positivt mulighetsrom for en slik endring
- Vurdere muligheten for å innrette informasjonsdelen som en «personlig helsejournal» for å:
 - Styrke innbyggernes rolle og rettigheter
 - Legge et bedre juridisk grunnlag
- Klinikerens arbeidsflate:
 - Muligheten for lokal lagring/ikke deling av relasjonell informasjon og behandlerens egne arbeidsnotat
 - Mulighet for tilnærmet personlig tilpasning av arbeidsflater

3. Hypoteser og innspill

Prosjektet mottok skriftlige innspill fra 9 av 10 respondenter. I gjennomgangen av besvarelsene har prosjektet gjennomført en vekting av svarene på hypotesene på en skala mellom -5 og +5 der minus fem er helt avvisende og +5 er helt istemmende. Det er satt 0,1 der det enten er «0» i nøytralt eller det ikke har foreligget et svar. Dette for å sikre at det fremkommer i den visuelle fremstillingen som følger etter hypotesene.

Prosjektet har avgrenset vektingen til det som omhandler selve hypotesen, og forsøkt å legge til grunn best mulig vurdering av dette. Det kan representere en risiko at prosjektet eller deltager kan ha misforstått hypotese eller noe av underlaget for å besvare hypotesene. Alle respondenter blir her fremsatt anonymt, men alle originalbesvarelses og prosjektets metode for å komme frem til vekting er ivarettatt. Hvilket nummer respondenter har fått i rapporten er valgt tilfeldig og har ingen sammenheng med rekkefølge på avholdte møter, deltakerliste etc.

I første del av rapporten følger gjennomgang og hovedoppsummering av hypotesene. Deretter følger en oversikt over øvrige innspill prosjektet mottok i arbeidet, og som vi mener det er viktig å ha med oss i videre arbeid. Innspillene kan være skrevet om, eller ikke gjengitt fullstendig, men essensen skal være lik.

3.1 Gjennomgang av hypoteser

3.1.1 Hypotese nummer 1

Det er teknisk mulig å etablere en plattform med tilhørende grensesnitt som grunnlag for sikker lagring og presentasjon/gjenbruk av pasientinformasjon.

Underhypoteser:

1. Det finnes grunnteknologi som kan benyttes for å realisere løsningsforslaget
2. Det finnes velprøvde standarder for å kunne etablere informasjonslageret
3. Det finnes velprøvde standarder for å kunne etablere grensesnitt mot informasjonslageret
4. Det vil være mulig å sikre en enhetlig forståelse og bruk av informasjonslageret
5. Det vil være mulig å etablere et tilstrekkelig fullverdig grensesnitt mot et felles informasjonslager

Overordnet sammenstilling/vurdering av svar på hypotese nummer 1:

- Alle respondenter svarer 'ja' på selve hypotesen slik den er formulert.
- Flertallet er tydelig positive til muligheten for å realisere plattformsløsningen.
- Via underhypotesene gis det i varierende grad innspill og spørsmål til løsningsbeskrivelsen når det gjelder viktigheten av semantikk, interoperabilitet, informasjonsmodeller og -lagring, samt governance.
- Spørsmålet om offentlig eierskap til plattformen ble også berørt.
- Av kritiske innspill kan spesielt nevnes:
 - En av respondentene fraråder tilnærmingen tydelig, primært basert på erfaring fra tidligere prosjekt samt kompleksiteten i sektoren.
 - En respondent påpeker at dette fortsatt er umoden teknologi.
 - En respondent anser underhypotese 5 som svært usannsynlig fordi for sprikende behov vil gjøre det praktisk umulig å realisere og vedlikeholde en felles informasjonsmodell.

Felles kommunal journal

3.1.2 Hypotese nummer 2

Det er leveranseevne og -vilje i markedet til å levere en slik plattform til norske kommuner

Underhypoteser:

1. Det finnes leverandører som har ferdige løsninger som kan anvendes/tilpasses i forhold til våre funksjonelle behov
2. Det finnes leverandører og/eller utviklingsmiljø som jobber med utvikling av den type løsninger vi ser etter og som kan forplikte seg til leveranse innen tidsrammer som dekker prosjektets behov
3. Det finnes leverandører av eksisterende tradisjonelle journalløsninger som er interessert i å vurdere en utvikling i retning av vår hypotese gjennom egenutvikling eller dekomponering av eksisterende løsning i retning av en generisk informasjonsplattform som er åpen for reell konkurranse om leveranse av funksjonelle applikasjoner
4. Det finnes politisk vilje og økonomiske midler til innovasjon i offentlig sektor

Overordnet sammenstilling/vurdering av svar på hypotese nummer 2:

- Flere respondenter har ikke besvart hypotesen entydig.
- Et flertall respondenter svarer likevel 'ja' på selve hypotesen slik den er formulert.
- Via underhypotesene gis det innspill og spørsmål til løsningsbeskrivelsen når det gjelder
 - viktigheten av leveransemodeller som sikrer reell konkurranse i økosystemet
 - leverandørenes vilje og evne til å tilpasse egne forretningsmodeller til et nytt leveransemarked
 - eksempler som viser reell politisk forståelse for, og vilje til en slik tilnærming
- Det påpekes at forskning, og den generelle utviklingen i leverandørmarkedet, viser et økt fokus på applikasjoner som understøtter et åpen plattform-perspektiv
- Dagens journalleverandører kan ha mangelfulle 'plattform-kapabiliteter', mens generiske plattform-leverandører vil kunne mangle det domenespesifikke
- Av kritiske innspill kan spesielt nevnes:
 - En av respondentene påpeker at det aldri før er forsøkt i en slik skala og med slik kompleksitet

3.1.3 Hypotese nummer 3

Det er mulig å etablere og underholde et levende marked for funksjonelle løsninger som kan dekke kommunenes behov for funksjonalitet.

Underhypoteser:

1. Det finnes leverandører som har ferdige løsninger som kan anvendes/tilpasses i forhold til våre funksjonelle behov og som ser helse- og omsorgssektoren som et spennende mulighetsrom
2. Det finnes leverandører og/eller utviklingsmiljø som jobber med utvikling av den type løsninger vi ser etter og som kan forplikte seg til leveranse innen tidsrammer som dekker prosjektets behov
3. Det finnes leverandører av eksisterende tradisjonelle journalløsninger som er interessert i å vurdere en utvikling i retning av vår hypotese gjennom egenutvikling eller dekomponering av eksisterende løsning i retning av funksjonelle applikasjoner

Overordnet sammenstilling/vurdering av svar på hypotese nummer 3:

- Noen få respondenter har ikke besvart hypotesen entydig.
- Et flertall respondenter svarer 'ja' på selve hypotesen slik den er formulert.

Felles kommunal journal

- Via underhypotesene gis det innspill og spørsmål til løsningsbeskrivelsen når det gjelder
 - Viktigheten av transparente governance-modeller
 - Viktigheten av en tydelig strategi for utvikling av løsninger med tilgjengelige budsjetter og åpen konkurranse, spesielt i en situasjon med et disruptivt skifte.
 - Det påpekes at det bør legges en strategi for å stimulere eksisterende leverandører til å satse på utvikling inn i nytt paradigme og samtidig levere gode tjenester i transisjonen. Gjennomtenkte incentivordninger blir avgjørende.
 - Det må skapes rom for nye innovative aktører som opplever det som krevende å få innpass i helsesektoren i dag.
- Av kritiske innspill kan spesielt nevnes:
 - En respondent leser hypotesene som begrensende i minst like stor grad som muliggjørende for leverandører og mener at man vil risikere å begrense muligheten til internasjonalisering hvis leverandører bindes til sær-norske løsninger

3.1.4 Hypotese nummer 4

Det er mulig å opprettholde et overgangsmarked der leverandører tilpasser seg den nye plattformen og fortsetter å levere eksisterende funksjonalitet inntil det finnes tilstrekkelig alternative løsninger i markedet.

Underhypoteser:

1. Eksisterende leverandører ser det som interessant å fortsette å levere tjenester tilknyttet en etablert informasjonsplattform i en overgangsfase til et fullverdig marked for tjenesteapplikasjoner er på plass
2. Det finnes andre leverandører og/eller utviklingsmiljø som har løsninger og som kan forplikte seg til leveranse i en overgangsfase som dekker prosjektets behov

Overordnet sammenstilling/vurdering av svar på hypotese nummer 4:

- De fleste respondentene er forsiktige med å gi entydig svar, men mange presiserer behovet for sikre og motiverende økonomiske rammer som driver for leverandørene.
- Ingen respondenter svarer 'ja' eller 'nei' på selve hypotesen slik den er formulert.
- Via underhypotesene gis det innspill og spørsmål til løsningsbeskrivelsen når det gjelder
 - Viktigheten av en gjennomføringsmodell som leverandørene tror på
 - Betydningen av at en gradvis overgang til nye produkter, bottom up-tilnærming, og hyppig pilotering ofte sikrer bedre resultater enn en big bang-implementering.
- Av kritiske innspill kan spesielt nevnes:
 - En respondent leser hypotesene som begrensende i minst like stor grad som muliggjørende for leverandører og mener at man vil risikere å begrense muligheten til internasjonalisering hvis leverandører bindes til sær-norske løsninger

3.1.5 Hypotese nummer 5

En slik løsning vil kunne leveres og opereres innenfor dagens juridiske rammer, spesielt hva gjelder informasjonssikkerhet og deling av pasientinformasjon, og hva gjelder konkurranserettslige rammer.

Felles kommunal journal

Underhypoteser:

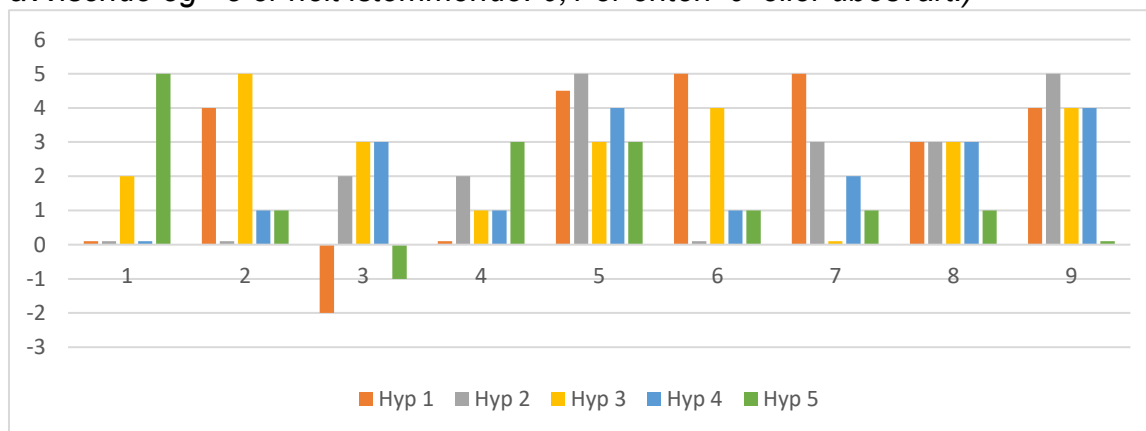
1. Det er mulig å utvikle en felles plattform til bruk på tvers av norske kommuner, fastleger og andre relevante leverandører av helsetjenester (ulike juridiske subjekt) innenfor rammen av norsk lovgivning på:
 - a. Informasjonssikkerhet generelt og GDPR spesielt
 - b. Pasientjournalloven med forskrift
 - c. Arkivlova med forskrifter
 - d. Andre relevante lover/forskrifter
2. Bruk av skyløsninger generelt og i forhold til SCHREMS II dommen spesielt
3. Det er mulig å etablere relevante overgangsordninger (eventuell transport og videreføring av eksisterende kontrakter i regi av nytt selskap)
4. Det er mulig å etablere en innkjøpsordning basert på at nye leverandører/produkter/løsninger tilbys etter godkjenning i en løpende anskaffelsesprosess via en felles «app-store» for kommunene
5. Det er mulig å kjøpe tjenester fra et felleseid selskap i utvidet egenregi

Overordnet sammenstilling/vurdering av svar på hypotese nummer 5:

- De fleste respondentene uttrykker at løsningen sannsynligvis vil utfordre dagens rammeverk på enkelte områder, men at det er et positivt mulighetsrom for slik endring.
- Via underhypotesene gis det innspill og spørsmål til løsningsbeskrivelsen når det gjelder
 - Muligheten til å lage informasjonsdelen som en «personlig helsejournal» både for å styrke innbyggernes rolle og for å forenkle juridisk tilnærming
 - Risiko for kompleksitet og omfang i en så omfattende «markeds plass» for applikasjoner
 - Viktig å sikre personvern, men det behøver ikke å stå i motstrid til denne løsningen, snarere tvert om
 - Åpenhet og inkludering vil være viktige prinsipper for utviklingen
 - Større eller mindre grad av «påbud om bruk» bør vurderes

3.1.6 Vekting av svarene på hypoteser

Vekting av svarene på hypoteser (Skala mellom -5 og +5 der minus fem er helt avvisende og +5 er helt istemmende. 0,1 er enten '0' eller ubesvart.)



Figur 2: Vekting av svar på hypoteser

Felles kommunal journal

4. Øvrige innspill

I følgende del av rapporten har vi samlet alle øvrige innspill som vi opplever som viktige for videre arbeid og har en kobling mot hypotesene og underhypotesenes tematikk, men som ikke var entydig som svar på hypotesene alene. Derfor er ikke alle respondenter nødvendigvis representert i kapitlet.

Gjennomgående har vi fått svært mange, til dels sprikende og motstridende innspill, men i sum opplever vi responsen som en overveiende tilslutning til retningen. En av respondentene advarer entydig mot vårt løsningsforslag og anbefaler å gå i en tradisjonell retning på linje med foreliggende SSD. Vi mener at respondenten gir mange viktige innspill om usikkerhet og risiko som det er verdt å ta med i det videre arbeidet for å styrke vårt løsningsforslag mest mulig. Samtidig er det vår oppfatning at innspill også vil preges av det konseptuelle utgangspunktet man inntar. Det er derfor en del av det som påpekes som vi mener at i mindre grad er relevant slik vi har tenkt løsning og stegvis innføring. Innspillene kan være omskrevet fra opprinnelig form, men det er lagt stor vekt på at poenget ikke skal bortfalle, først og fremst for nedkorting/plassmessige hensyn. Originalbesvarelser bevares selvsagt.

4.1 Hypotese 1

Respondent 1:

- Å skille informasjon og applikasjoner er viktig for å kunne tilgjengeliggjøre informasjonen for kontinuerlig utvikling av funksjonalitet i et åpent marked
- Erfaring fra flere land at krav fra myndighetene om leveranse av informasjon har vært en viktig driver for standardisering av pasientinformasjon
- Informasjon i EPJ må være levende tilgjengelig og endret så lenge folk lever
- Ansvar må forvaltes offentlig, ikke overlates til IT industri
- Industrien kan bli tildelt oppgaver i bevaringen av informasjonen

Respondent 3:

- Helsesektoren bærer preg av distribuerte arbeidsprosesser og bredt informasjonsbehov. Skiller seg fra andre type industrier hvor man i større grad deler informasjonselementer inn i de ulike funksjonsområder.
- Grensesnitt støtter overføring av mange typer data mellom et lagringslag og et presentasjonslag, men standardene dekker ikke alle de komplekse datatypene som finnes i et fullverdig EPJ. Mappingen som vil kreves medfører en betydelig merkostnad. I tillegg sikkerhet og ytelsesutfordringer.
- Et datalake konsept er meget nyttig for rapporteringsformål men fungerer ikke så bra i stor skala real-time tjenester med høye ytelseskrav i komplekse systemer.
- For å lykkes med et modulært oppsett kreves lav endringsrate, lav kompleksitet og høy risikotoleranse. Opplever ikke at det er rammebetingelsene som er tilstede i FKJ. I tillegg må man kunne spesifisere alle moduler og interaksjoner mellom modulene i sin helhet. Alle må være fullstendig testbare. Garanteres at ingen forstyrrelser i en modul kan påvirke forstyrrelsene i en annen modul.
- Flere organisasjoner har testet ut konseptet som foreslås fra FKJ. Bla NHS i England, Kaiser Permanente, Forsvarsdepartementet i USA m.fl. Deres analyser og konklusjoner har endt med at de alle har gått bort fra dette konseptet.
- Anbefaling: Invester i innovasjon i randsonene, invester i en robust kjerne for stabilitet. Erfaringene er tilgjengelig og kan deles, en betydelig aktør NHS vil være anbefalt å kontakte for å hente ut deres erfaringer ved disse løsningskonseptene.

Felles kommunal journal

Respondent 7:

- Viktig å skille mellom informasjonsmodell og informasjonslager. Informasjonsmodellen definerer hvilken informasjon som må være til stede for å understøtte arbeidsprosessene, og er således ideelt sett applikasjonsuavhengig. Informasjonslageret må understøtte strukturert lagring av data som definert i informasjonsmodellen. Uten en helhetlig informasjonsmodell får man ikke tilstrekkelig semantisk interoperabilitet, informasjonsintegritet, tilgangskontroll, personvern eller informasjonsforvaltning.
- Må det være ett informasjonslager eller ser man også på muligheten for distribuert lagring som til sammen utgjør et felles informasjonslager?
- Utfordring er semantisk interoperabilitet. Må finnes en helhetlig informasjonsmodell med tilhørende kodeverk/standarder for å sikre at innhold forstås likt hos aktørene (eksempelvis se til OpenEHRs arketypermodell, FHIM og HL7 CIMI referansemodell for videre utredning)
- FKJ markedsplassen vil være avhengig av en åpen standard informasjonsmodell for å understøtte et økosystem av tjenesteutviklere.
- Grensesnittet må understøtte flerfaktor multitenant tilgangskontroll for å skille juridiske eiere i løsning.
- Må etableres fullverdig IAM løsning for å håndtere identifisering, autentisering og autorisering av brukere i hele økosystemet, både for sluttbrukere, systembrukere og andre eksterne aktører
- I Norge har vi velutviklede nasjonale autentiseringssystemer med nivå4 tilgang (BankID, Buypass ID, Commfides) som kan understøtte autentiseringsbehovene for innbyggere og andre aktører.

Respondent 9:

- Beslutninger omkring standarder vil kunne bli preget av interessekonflikter.
- Behov for å utvikle en «datapolitikk»:
 - Hvordan skal tilgang til dataene forvaltes
 - Hva skal være legitim bruk utover det som er hjemlet i lov pr i dag.
 - Hva slags handlingsrom skal pasienten gis til å hente ut og dele data
 - Hva med «dataressurser» til innovasjon (metode- og teknologiutvikling).
- Dataplattformer vil øke «tilbudet» av funksjonelle komponenter fra både eksisterende og nye tredjeparter. Å få til datalevering i et omforent format vil nok være mye lettere enn å «bygge om» løsningen basert på en annen informasjonsmodell.

4.2 Hypotese 2

Respondent 3:

- Sektoren er preget av meget kompliserte og distribuerte arbeidsprosesser, meget spesielle dataformater og et stort informasjonsbehov hos brukerne. Hvis man i tillegg skal bruke tid på å utvikle tjenestene, kan tiden frem til tilgjengelige løsninger for brukerne mangedobles.
- Målbildet er ikke så ulikt hva man har forsøkt å få til med meldingsbasert kommunikasjon på nasjonalt nivå eller i Helse Sør-Øst som fortsatt forsøker å integrere de eksisterende løsningene og trekke ut et felles datalag på tvers.

Felles kommunal journal

- Utvikling av funksjonalitet hos mange leverandører er krevende og tar ofte lang tid.
- Seritifiseringsordninger er tidkrevende, og kompleksitet og kapasitetsbehovet øker med antall leverandører.
- Vi betviler at dagens leverandørmarked representerer den kraften av nyutvikling og innovasjon som fremstilles i løsningsbeskrivelsen som prosjektet har sendt ut (Overordnet løsningsbeskrivelse 0.4).
 - Dagens leverandørmarked er begrenset og leverandørene er svært ulike.
 - Flere leverandører har betydelige utfordringer med å levere iht dagens krav, dels pga manglende finansiering og dels pga knapphet på utviklingskapasitet og intern konkurranse mellom de ulike funksjonelle kravene som skal støttes.
- Kompleksiteten i utvikling av helhetlige tjenester ligger i grensesnittet mellom tjenester og dataene, spesielt semantikk og regler relatert til dataene. I tillegg til spesifikke sikkerhetskrav. Erfaring har vist at å dele arbeidsprosesser på tvers av ulike IKT systemer er krevende.
- Det er uklart om det er datalaget med tilknyttende tjenester som skal sørge for videre kommunikasjon og integrasjon med nasjonale løsninger som eResept, KJ osv.
- Vi mener løsningsforslaget i mindre grad representerer en ny retning som ikke er forsøkt tidligere. Vi oppfordrer til en tydeliggjøring av hvordan denne løsningsmodellen skiller seg fra tidligere løsninger.
- Vi mener det er viktig å etterspørre faktiske leverte løsninger, og at det gjennomføres referansebesøk allerede nå.
- Vi anbefaler at det ikke legges til grunn et løsningskonsept som ikke er verifisert andre steder i helsesektoren.

Respondent 5:

- Det vil kunne være krevende å få leverandørene til å bli med på overgangen inn i et nytt paradigme. Det kan reise seg spørsmål som:
 - Vil det være et tilstrekkelig marked med marginer som er verdt å gå etter?
 - Vil løsningene kunne ha noe potensiale utenfor Norge?
 - Er risikoen leverandør inviteres til å ta, verdt det?
 - Bli avhengigheten til en annen aktør som leverer plattform for krevende?
 - Avhenger egen suksess i for stor grad på plattformleverandør?
 - Vil økosystemet gjøre for lett å gå til andre leverandører og liten leverandørlojalitet?
 - Passer dette inn med leverandørens produktstrategi?
- Følgende kategorier leverandører kan man se for seg at finnes i markedet:
 - Leverandører som har en tilnærmet ønsket plattform å tilby for formålet.
 - Leverandørmiljøer med nødvendig kapabilitet som har deler av eller er i ferd med å etablere ønsket plattform.
 - Leverandører med nødvendig kapabilitet for å utvikle ønsket plattform.
 - Leverandører som er villig til å dekomponere denne fra eksisterende løsninger eller allerede helt eller delvis har gjort dette.
- Følgende premisser kan legges til grunn for økosystemet for å lykkes:
 - Leverandøren skal ikke levere tjenester på plattformen i konkurranse med leverandører av funksjonelle applikasjoner
 - Løsningen skal være åpen kildekode og kunne nyttes i andre land også av andre leverandører

Felles kommunal journal

- Det skal jobbes aktivt for å få adaptasjon av plattformen eller deler av den i andre land for derved å åpne markedet for leverandørene av funksjonelle applikasjoner til andre land
- Leverandøren bør allerede i utgangspunktet ha internasjonale ambisjoner og muskler
- Plattformen skal integrere seg mot nasjonale felleskomponenter gjennom API'er som lar seg byttes ut med andre lands tilsvarende nasjonale felleskomponenter.

Universitet i Oslo har vist hva som er mulig med å tenke økosystem med bruk av åpen kildekode, bygging av communities, samarbeid på tvers av land med mer. Deres DHIS2 løsning er verdens største e-helse løsning som benyttes i nærmere 70 land og inkluderer ca 1500 millioner pasienter. Dette miljøet burde kunne være et referansemiljø til arbeidet.

Respondent 7:

- Skal helsedata være den nye olje må dataene åpnes for private aktører i hele helsenæringen.
- Farmasiselskaper er allerede i dag svært interesserte i norske helsedata, og kan bli viktige eksterne aktører gitt at det opprettes en god modell for en «helsedatabørs».
- Kan være lurt å vurdere en partnermodell med markedet som et alternativ til den tradisjonelle leverandørmodellen.

Respondent 8:

- I et åpent plattform perspektiv ønsker man en kompakt plattformkjerne. I denne sammenhengen ser vi på dette som et statlig anliggende, mens det er det funksjonelle laget/applikasjonene som anskaffes fra markedet. Her er det avgjørende at program for Digital samhandling i Direktoratet for e-helse og FKJ samstemmer videre utvikling.
- Det er behov for en tydeligere spesifisering av plattformen, spesielt hvilke standarder som er normert til nasjonalt bruk.

4.3 Hypotese 3

Respondent 1:

Det er en forskjell på spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. DIPS er leverandør til tre RHF'er. De har kontinuerlig dialog med tre store IKT kompetansemiljøer, det vil si gode og gjennomarbeidede bestillinger fra IKT-fageksperter og arkitekter som kjenner systemet godt. Slik er ikke situasjonen for leverandørene av programvare til primærhelsetjenesten. Medvirkende er også at primærhelsetjenesten er delt mht at allmennleger og øvrige primærhelsetjenester har hver sine leverandører. Norske omsorgstjenester er faglig sterke og avansert i forhold til de fleste land. Dette kan være et pre i samband med FKJ som med gode allianser kan bli en krevende kunde enten det gjelder norske eller utenlandske leverandører. Det vil kunne være til stor hjelp for leverandører med tanke på å kunne konkurrere i et internasjonalt marked.

Respondent 3:

Felles kommunal journal

- Eksisterende journalleverandører har i dag tett kobling mellom datalaget og funksjonalitet.
Vi tror ikke disse leverandørene vil se det som mulig eller ønskelig å «outsource» datalaget til en annen leverandør/konstellasjon.
- Skyleverandører som f.eks. Microsoft vil kunne levere datalag og basistjenester som må videreutvikles. Slik utvikling tar erfaringsmessig svært lang tid og tiden øker med omfang og grad av kompleksitet.
- Vi tror ikke det er hensiktsmessig å be leverandører kun levere funksjonalitet da dette i stor grad vil begrense deres mulighet til å levere lignende tjenester til andre kunder.
- Vi anbefaler at det innhentes erfaring med velprøvde lignende løsninger og konsepter ved å besøke aktuelle kunder og/eller leverandører i denne fasen.

4.4 Hypotese 4

Respondent 1:

- Bruk av internasjonale løsninger innebærer erfaringsmessig en av de største risikoene man kan ta – både som kunde og leverandør. Dette skyldes særlig forhold som;
 - Legale
 - Kulturelle
 - Organisatoriske
- Forskjellen er størst innen primærhelsetjenesten og spesielt de «myke» hjemmeleverte tjenestene. Innenfor institusjonens fire vegger er forholdene mer like internasjonalt, jo mer spesialisert tjenestene er.
- De mest ressurskrevende pasientene behandles i primærhelsetjenesten, og i mindre grad i spesialisthelsetjenesten. Gevinstene er derfor større i bedre samhandling horisontalt enn vertikalt mellom de to tjenestene.

4.5 Hypotese 5

Ingen ytterligere innspill

5. Øvrige innspill uten spesifikk kobling til hypotesene

Respondent 3:

Vi opplever at et av de viktigste valgene har vært om det skal anskaffes en totalløsning for et stort antall funksjonsområder (suite) eller om man skal anskaffe det beste markedet har å tilby innenfor de ulike funksjonsområdene og så innlemme løsningene selv med felles datamodell/integrasjon. Tett kobling og/eller monolitt er relative begreper og det er viktig at disse ikke brukes uten kontekst

- Vi mener det er mye viktig erfaring som må vurderes før man legger ut på et nytt løsningskonsept. Historikken de siste 15 årene bør legges til grunn i de framtidige valgene. Summen av den erfaringen viser at det sjelden er teknologien som er løsningen eller problemet – det er summen av alt og hva som til slutt har vist seg å

Felles kommunal journal

fungere. Den blir en selvstendig vurdering fra FKJ, men vi vil anbefale at den forklares ut ifra reelle erfaringer fra lignede oppsett. Hvis teknologien er løsningen denne gangen – hva har da problemet vært de siste 10 årene?

- Vi merker oss kravet og ønsket om innovasjon tilknyttet plattformen. Spørsmålet er mer hva innovasjon betyr i helsesektoren hvor basisbehovet i tjenesten har vært det samme de siste 10 årene. Vi mener at fokuset bør være å dekke basisen/kjernen og deretter vurdere behov for innovasjon videre. Bilen kjører ikke i dag, og da bør man ikke starte diskusjonen om hvordan fremtidens skiboks bør være og om det er norske selskaper som er best egnet til å utvikle den. Vi er opptatt av at IKT som støttefunksjon til den kliniske kjernevirksomheten må fokusere på å få levert tjenestene og i mindre grad skape en perfekt nisje-løsning for enkelte tjenester. Hvis man i tillegg gjennom valg av løsning(er) for kjernefunksjonaliteten kan ta del i et mylder av innovasjon og nye tjenester – hvorfor da starte på en egen vei på utsiden av dette innovasjonsnettverket?
- Fokuset bør være å skape en velfungerende, velkjent og velbrukt basis plattform med så langt som mulig ferdig utviklede tjenester for det behovet som er kjent i dag. Deretter kan norske selskaper utvikle tilleggstjenester som er spesifikke for norske forhold eller innovasjon drevet fra Norge. Dvs. innovasjon på nye områder som ikke er innover tidligere.
- Vi kjenner ikke til mange som satser på egen/nyutvikling av basis plattform for deling av data og hvor et distribuert leverandørmarked skal tilby tjenester.
- Vår oppfordring er at Helseplattformen som det siste og beste eksemplet benyttes i utstrakt grad i denne fasen for å innhente erfaring og innsikt i hvilken funksjonalitet som vil være tilgjengelig for kommunene i Midt-Norge ved første go-live i april 2021. Apotti i Finland lanserte for noen uker siden felles funksjonalitet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.
- Vi mener at det som ofte omtales som siloløsning og store go-live ikke er en svakhet ved systemet eller måten IKT leveres på – det er resultatet av et megaløft hvor man tar mange år med systemutvikling mm. på en gang. Å dele opp utvikling i små funksjoner, ulike leverandører og varierende grad av leveransekapasitet og innovasjon er ikke riktig vei videre – det har vi forsøkt siden 2005.
- Kjernejournal har utviklet et API for deling av kritisk informasjon. Informasjonen har en kjent og avklart klinisk informasjonsmodell. Utsveklingsformatet er basert på FHIR. NHN har samarbeidet med Helse Vest RHF i 2020 for å forsøke å etablere en pilot. Med et kjent grensesnitt og med et standardisert utveklingsformat bør det være relativt enkelt å etablere en pilot for utveklings av kritisk info. For å forsøke å realisere en pilot ønsket Helse Vest RHF at dagens leverandører skulle utvikle en løsning for å kunne utvekle denne informasjonen. Selv hvor dagens leverandører allerede hadde en lokal informasjonsmodell som var tilnærmet lik deler av den nasjonale standarden var det svært vanskelig å utvikle en løsning. Selv med midler fra RHFet for å utvikle en løsning hadde de som leverandør ikke kapasitet til å påta seg et prosjekt som var prioritert høyt av spesialisthelsetjenesten. Videre var det betydelige utfordringer med å håndtere funksjonalitet basert på data fra og utveklings med en nasjonal kilde. Eksempelet er ikke unikt – det er komplisert å etablere nye løsninger selv om format og protokoll er kjent. I tillegg er det mange ulike prosjekter som pågår og prioriteringen er krevende selv for de støtte lokale leverandører med begrenset antall utviklere.
- Helsesektoren er komplisert, og det er et stort antall aktører som er involvert i flere av de mest sentrale tjenestene hvor deling av data på tvers av organisasjoner eller innenfor organisasjoner er viktig. Løsningsforslaget bør allerede nå tydeliggjøre hvordan dataeierskap, databehandleransvar og forvaltning er ment å fungere i en distribuert tjenestemodell.

Felles kommunal journal

- Vi registrerer at FKJ kommenterer at behovet for innføring og opplæring er enklere ved en gradvis tjenesteutvikling fra ulike leverandører enn hvis mange av tjenestene/funksjonalitet kommer fra en «monolitt». Dette stemmer ikke etter vår erfaring. Ved å gjennomføre opplæring i en suite-løsning, vil brukerne etter hvert kjenne godt til grunnfunksjonaliteten og ny funksjonalitet vil være enklere å lære seg. Hvis en bruker skal forholde seg til et stort antall ulike leverandører og løsninger som hver for seg krever egen innføring og opplæring, så vil det kreve mye omstilling hos brukerne.

Felles kommunal journal interim AS

Bilag 3.3.1:

Overordnet personvern vurdering

Styringsdokument

Felles journalløft for kommuner

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
1.1. Formål og grunnlag for behandling.....	1
2. BEHANDLINGENS OMFANG OG ART	2
2.1. Omfanget av informasjon.....	2
2.2. Vurdering av behandlingens formål	3
2.3. Behandling i stor skala og ulike kategorier innbyggere	4
2.4. Vurderinger av ny bruk av opplysninger	4
2.5. Innsamling av informasjon	4
2.6. Behandlingsansvar	4
2.7. Tilgang til informasjonen	5
3. INNBYGGERS RETTIGHETER	5
4. VURDERING AV PERSONVERNPRINSIPPENE	7
4.1. Formålsbegrensning	7
4.2. Dataminimering.....	7
4.3. Integritet	8
4.4. Lagringsbegrensning	8
5. VURDERING AV DEN REGISTRERTES RETTIGHETER OG FRIHETER	9
5.1. Den registreres rettigheter	9
5.2. Innsyn i egne personopplysninger	9
5.3. Korrigering av egne personopplysninger	10
5.4. Sletting av egne personopplysninger	10
5.5. Begrensning av behandling av personopplysninger	10
5.6. Dataportabilitet.....	10
5.7. Innsigelse mot behandlingen	11
5.8. Automatiserte avgjørelser og profilering	11
5.9. Risiko	11

6. VIDERE ARBEID MED PERSONVERN 11

1. INNLEDNING

I dette bilaget finner du:

- Vurdering av behandlingens formål og grunnlag
- Vurdering av behandlingens omfang og art
- Vurdering av personvernsprinsipper

Dette bilaget hører til Vedlegg 3.3. Det kan også leses sammen med Bilag 3.3.2.

En vurdering av personvernkonsekvenser (Data Protection Impact Assessment - DPIA) er en prosess som skal beskrive behandlingen av personopplysninger, og vurdere om den er nødvendig og proporsjonal. Vurderingen skal også bidra til å håndtere de risikoene behandlingen medfører for enkeltpersoners rettigheter og friheter ved å vurdere dem og fastsette risikoreduserende tiltak. Prosessen med DPIA skal bidra til å skape og påvise etterlevelse av personvernet til de registrerte. Dette er en plikt regulert gjennom personvernregelverket¹, som må gjennomføres hvis det er høy risiko for de registrerte.

I prosjektets arbeid er det gjennomført en overordnet vurdering av personvern sett i forhold til den konseptuelle løsningen. Her legges til grunn at leverandørene leverer funksjoner (sluttbrukerløsningene), og informasjonen lagres og tilgjengeliggjøres på en plattform. Vurderingen er gjennomført av kommunale ressurser i prosjektet. Dette har vært viktig for å sikre erfaring og forankring til en kommunal virkelighet og utfordringsbilde.

Det må gjøres nye vurderinger av personvernkonsekvenser ved planlegging av utprøvinger i alle steg, som må oppdateres i løpet av utprøvingene.

1.1. Formål og grunnlag for behandling

Personopplysninger skal kun behandles for spesifikke, uttrykkelige, angitte og legitime formål. Det betyr at ethvert formål med behandling av personopplysninger skal identifiseres og være forklart på en måte som gjør at alle berørte har samme forståelse av hva opplysningene skal brukes til. For at formålet skal være legitimt, må det i tillegg ha et rettslig grunnlag. Personopplysninger kan ikke gjenbrukes til formål som er uforenelig med det opprinnelige formålet².

Tiltaket skal sørge for sikker og enkel tilgang til relevante helseopplysninger og andre personopplysninger som benyttes i samhandling mellom helsepersonell for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp. Helseopplysningene og andre personopplysninger vil lagres og behandles på en plattform.

Plattformen vil utvikles stegvis og tas i bruk gradvis og det innebærer at informasjonsmengden vil endres over tid. Prosjektet har arbeidet frem en avgrensning av hva et forventet omfang av informasjon kan være, innledningsvis. Det vises til Bilag 3.1.2 for utfyllende informasjon for beskrivelse av hva disse kategoriene er.

Det betyr at det er følgende formål og grunnlag for behandling som er aktuelle i starten

Formål	Behandlingsgrunnlag
Behandling av helseopplysninger	<ul style="list-style-type: none">• Helsepersonelloven §§§ 4, 39, 40• Pasientjournalloven §§§ 1, 2, 3• Personvernforordningen Artikkel 6, nr. 1, bokstav c• Personvernforordningen Artikkel 9

¹ Datatilsynet.no

² Datatilsynets strategi | Datatilsynet

Kommunikasjon mellom ansatte i samme virksomhet	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientjournalloven § 19, 25 • Personvernforordningen Artikkel 6, nr. 1, bokstav c • Personvernforordningen Artikkel 9, nr. 2, bokstav h
Kommunikasjon mellom ansatte i ulike virksomheter om helseopplysninger	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientjournalloven § 19 • Personvernforordningen Artikkel 6, nr. 1, bokstav c • Personvernforordningen Artikkel 9, nr. 2, bokstav h

Etter hvert vil følgende formål og grunnlag for behandling bli aktuelle:

Formål	Behandlingsgrunnlag
Behandle og besvare søknader om helsetjenester	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientjournalloven §§ 11, 20 • Personvernforordningen Artikkel 6, nr. 1, bokstav c • Personvernforordningen Artikkel 9, nr. 2, bokstav h
Tilgjengeliggjøring av pasientinformasjon for helsepersonell med tjenstlig	<ul style="list-style-type: none"> • Helsepersonelloven § 45 • Pasientjournalloven §§ 19, 20 • Personvernforordningen Artikkel 6, nr. 1, bokstav c • Personvernforordningen Artikkel 9
Organisering av pasientavtaler og oppdrag	<ul style="list-style-type: none"> • Personvernforordningen Artikkel 6, nr. 1, bokstav c • Personvernforordningen Artikkel 9, nr. 2, bokstav h
Sikre rett egenbetaling fra pasient	<ul style="list-style-type: none"> • Personvernforordningen Artikkel 6, nr. 1, bokstav c • Personvernforordningen Artikkel 9, nr. 2, bokstav h
IPLOS data som rapportering til helsemyndigheter KPR (Kommunalt pasient- og brukerregister)	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientjournalloven §§ 20 • Helseregisterloven § 11 bokstav j • Personvernforordningen Artikkel 6, nr. 1, bokstav c • Personvernforordningen Artikkel 9, nr. 2, bokstav h
Behandling av helseopplysninger for forskningsformål uten den registrertes samtykke	<ul style="list-style-type: none"> • Helsepersonelloven § 37 • Pasientjournalloven § 20 • Personvernforordningen Artikkel 6, nr. 1, bokstav c • Personvernforordningen Artikkel 9

2. BEHANDLINGENS OMFANG OG ART

2.1. Omfanget av informasjon

Omfanget for en plattform er innledningsvis avgrenset til å omfatte relevant pasientinformasjon (for mer informasjon om avgrensninger som er gjort se Vedlegg 3.2, samt Bilag 3.2.1).

Pasientinformasjon er kategorisert som *særlige kategorier av personopplysninger*³. Dette stiller ekstra høye krav til etterfølgelse av personvern og informasjonssikkerhet. Tiltak for å imøtekomme dette blir beskrevet senere i bilaget, samt i Bilag 3.3.2.

³ Eksempler på sensitive personopplysninger er behandling av genetiske og biometriske opplysninger, helseopplysninger, opplysninger om en fysisk persons seksuelle forhold, eller seksuelle orientering mm

For å definere hvilken *relevant* pasientinformasjon en felles i plattform må bestå av, må vi blant annet se til Forskrift om pasientjournal (Pasientjournalforskriften)⁴ som sier at en pasientjournal skal inneholde opplysninger som er *relevante og nødvendig for å yte helsehjelp til den enkelte pasient*, jf. helsepersonelloven § 40. Dette inkluderer opplysninger for å kunne identifisere og kontakte pasienten og virksomheten der helsehjelpen gis. Journalen skal gi en oversiktlig og samlet fremstilling av pasientens helsetilstand slik at det er lett for helsepersonell å sette seg inn i pasientens helsetilstand og eventuelt videre planlagt helsehjelp.

Behandling av informasjon i en plattform vil innebære behandling av ulike typer sensitive personopplysninger. Prosjektet har arbeidet frem en avgrensning av hva et forventet omfang av informasjon kan være innledningsvis. Det vises til Bilag 3.1.2 for utfyllende informasjon for beskrivelse av hva disse kategoriene er.

Etter hvert som plattformen utvikles stegvis og åpner for ny informasjon må protokoll over behandlingsaktiviteter og personvernkonsekvensvurderingen oppdateres med hvilke typer og kategorier av personopplysninger som benyttes.

2.2. Vurdering av behandlingens formål

«EHDS (European Health Data Space) er et forslag til nytt rammeverk for deling av helsedata lagt frem av Europakommisjonen. Det nye regelverket skal gi enkeltpersoner direkte tilgang til egne helsedata, og gi mulighet til å dele helsedata med helsepersonell i hele EU. Pasientjournaler, resepter o.l. skal utstedes i et felles EU-format. I tillegg skal det etableres et rettslig rammeverk for gjenbruk av helsedata til forskning, innovasjon (industri) og politikkutforming. Kommisjonen ser for seg at helsedataområdet er operativt i 2025.»

(https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_en)

Plattformen skal lagre og kan sammenstille informasjon, også som grunnlag for nye tjenester vi ikke kjenner i dag. Personopplysninger skal kun behandles for spesifikke, uttrykkelige, angitte og legitime formål. Det betyr at ethvert formål for behandling av personopplysninger skal identifiseres og være forklart på en måte som gjør at alle berørte har samme forståelse av hva opplysningene skal brukes til⁵. I planlegging og realisering av nye tjenester (eks nye informasjonstjenester) må det avklares hvorvidt formålet er nytt, samt om det er vanskelig for en innbygger å forestille seg hva formålet med behandlingen er. For å sikre innbyggerens personvern er det derfor viktig at vi etablerer en tydelig forståelse av hvordan informasjonen skal brukes, altså formålet med informasjonen, og er klar over hvilke plikter og rettigheter som inntreffer dersom et formål endres.

Behandlingen av personopplysninger på en plattform er nødvendig for å sikre forsvarlige og gode helsetjenester i form av tilgang til nødvendige oppdaterte helseopplysninger om pasienten.

Andre vurderinger det blir sentralt å gjøre ved implementering av nye tjenester i en stegvis utvikling er vurderinger av hvorvidt informasjonen predikterer adferd eller profilerer innbygger, eller om behandlingen kan føre til automatiserte beslutninger som får effekt for den registrertes rettigheter. Det er også viktig å vurdere om behandlingen av informasjonen kan innebære systematisk overvåkning av innbygger eller de ansatte.

⁴ Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften) - Lovdata

⁵ Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften) - Lovdata

2.3. Behandling i stor skala og ulike kategorier innbyggere

I et målbilde innebærer det behandling av informasjon i stor skala. Det involverer et høyt antall registrerte (basert på innbyggere i 291 kommuner), dekker et stort geografisk område (alle kommuner utenfor Midt-Norge) og mange ulike typer personopplysninger. For å oppfylle kravene kommunene har til behandling og arkivering av informasjon vil behandling også skje over lengre tid⁶. Behandlingen av særlige kategorier personopplysninger, som helseopplysninger er, vil omfatte mange ulike kategorier innbyggere og til dels sårbare grupper. Informasjon skal også utveksles og sammenstilles med informasjon fra nasjonale løsninger, eksempelvis informasjon om innbyggere i Midt-Norge.

I dag er Helsenettet et økosystem som omfatter tilnærmet alle leverandører av helsetjenester i Norge, inklusive alle kommuner og fylkeskommuner. Helsenettet er primært en avtalebasert juridisk konstruksjon (tillitsmodell) hvor Norsk helsenett SF (NHN) har rollen som tillitsanker. Ettersom alle medlemmer av helsenettet inngår samme avtale med NHN sikres også at alle tilfredsstiller Normens krav til informasjonssikkerhet. Dermed kan alle medlemmene utveksle pasientinformasjon uten å inngå selvstendige avtaler, men i stedet hvile på sine respektive avtaler med NHN.

Gjennom tilpasning til GDPR, hvor også transport av informasjon betraktes som behandling, ble det også inngått databehandleravtale mellom NHN og samtlige (ca. 6 000) medlemmer av Helsenettet. Dermed kan også NHN opptre som databehandler uten ytterligere avtaler.

2.4. Vurderinger av ny bruk av opplysninger

Målbildet åpner for innovasjon og næringsutvikling i betydelig grad. Det vil også omfatte tjenester og muligheter vi ikke kjenner innhold i eller rekkevidden av i dag. Det kan innebære ny bruk av personopplysninger eller teknologiske/organisatoriske løsninger der risiko enda ikke er kjent. Eksempler er nye apper, velferdsteknologi, IoT eller kunstig intelligens (AI), herunder beslutningsstøtte og læringssystem. Behovet for gode tiltak som ivaretar fortløpende vurderinger av nye mulighets- og bruksområder blir derfor helt sentralt, og må etableres i videre arbeid.

2.5. Innsamling av informasjon

Personopplysningene samles stort sett inn via helsepersonell som gjennom dokumentasjonsplikt (Helsepersonelloven §39) nedtegner sentral og viktig dokumentasjon. Det kan skje i direkte samtale med pasienten eller brukeren, eller det kan være dokumentasjon av gjennomført behandling, tiltak eller vurdering. Det gjøres først og fremst i arbeidsverktøyene (for eksempel eksisterende journalløsninger), og vil lagres på plattformen kontinuerlig for å oppnå målet om relevant og oppdatert informasjon.

2.6. Behandlingsansvar

I dagens situasjon lagres personopplysninger i det enkelte journalsystem, gjerne lokalt i hver kommune. I målbildet finnes det en felles plattform hvor informasjon vil bli lagret og sammenstilt. Behandlingsansvaret må fortsatt være som det er i dag. Den enkelte virksomhet (eksempelvis kommune) er dataansvarlig⁷ for informasjonen som produseres og dokumenteres. Dette begrunnes også i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, §3-1 (kommunenes sørge for ansvar). Den ansvarlige er også overordnet ansvarlig for å overholde personvernprinsippene⁸. Dette ansvaret endres ikke med bruk, og det en absolutt forutsetning at pasientinformasjon som deles, kun kan leses

⁶ Normen, Faktaark 25 – Lagringstid og sletting, Versjon 3.0 Desember 2021

⁷ Ansvarlig for behandling av helseopplysninger etter personvernforordningen artikkel 4 nr. 7. Pasientjournalloven, §2 (e)

⁸ Personvernprinsippene | Datatilsynet

og gjenbrukes, men ikke endres. Drifts- og forvaltningsorgan vil være databehandler⁹ av informasjon i en felles plattform fordi de behandler personopplysningene på vegne av andre (behandlingsansvarlig). Dette må være regulert gjennom databehandleravtaler, og det vil derfor foreligge et tydelig behov for godt definerte avtaler i et målbilde. Tilsvarende vil konsumenter av informasjonen være ansvarlig for sin bruk og håndtering av informasjonen.

2.7. Tilgang til informasjonen

Helsepersonell vil få tilgang til informasjonen som finnes i plattformen med grunnlag i tjenstlig behov. Innbygger skal gjennom sine rettigheter i personvernforordningen, samt annet lovverk, få innsyn i egen informasjon. Det er også naturlig å anta at relevante IT-operatører eller annet teknisk personell vil ha tilgang til plattformen i forbindelse med feilretting, drift og forvaltning, men de har ikke tjenstlig behov for å ha tilgang til informasjonen på plattformen. Tilsvarende vil leverandører også få tilgang til at deres systemer skriver til og leser informasjon fra plattformen som presenteres i leverandørens applikasjon. Det blir viktig med gode databehandleravtaler som styrer dette, samt gode løsninger for sporing og logging.

3. INNBYGGERS RETTIGHETER

Bruk av personopplysninger skal være oversiktlig og forutsigbar for de opplysningene gjelder. Å sikre transparens bidrar til å skape tillitt og setter innbygger i stand til å ivareta sine interesser¹⁰. I det perspektivet er ikke bare informasjonen i seg selv og bruken av den viktig, men også i hvilken sammenheng (kontekst) den benyttes.

Innbyggere må forventes å ha kjennskap til at det nedtegnes informasjon i pasientjournaler hos ulike tjenester i primærhelsetjenesten. Samtidig omfatter innbyggere også sårbare individer som kan ha begrenset evne til å forstå betydning og eventuell konsekvens, og som dermed ikke har mulighet til å motsette seg uønsket bruk. I dag forundres også mange innbyggere over hvor lite informasjon helsepersonell har tilgang til og i hvilken grad de har mulighet til å samhandle. Innbygger blir i stor grad bærer av egen informasjon. Det vises til Vedlegg 3.1 for mer utfyllende informasjon om innbyggers behov og utfordringsbilde i dag, samt hvilken virkning et tiltak som dette kan ha.

Et viktig element i den konseptuelle løsningen er deling av informasjon mellom helsepersonell som har tjenstlig behov, noe som vil være et aktuelt tema å diskutere som et ledd i en vurdering av konsekvenser for personvern (DPIA). I helsepersonelloven §45 heter det «Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasient etter denne lov, gi nødvendige og relevante helseopplysninger i den grad dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten på forsvarlig måte. Det skal fremgå av journalen at annet helsepersonell er gitt helseopplysninger.»

For mange pasienter er det i dag en utfordring å måtte fortelle sin sykehistorie om igjen til helsepersonell både i samme virksomhet og i andre virksomheter, og for pasientsikkerheten kan dette være en utfordring hvis pasienten ikke evner å fortelle eller glemmer av vesentlig informasjon. Mange pasienter tror i dag at helsepersonell allerede har tilgang til relevant informasjon om seg selv. I forbindelse med DPIA sammen med representanter for de registrerte må det gjøres en forholdsmessig vurdering i forhold til deling av informasjon ved hjelp av plattformen.

⁹ Databehandler behandler personopplysninger på vegne av andre. Databehandleren behandler alltid personopplysningene etter instruks fra en annen virksomhet og kan derfor ikke bestemme formål og andre avgjørende elementer ved behandlingen. Behandlingsansvarlig og databehandler | Datatilsynet

¹⁰ Datatilsynets strategi | Datatilsynet

Pasientinformasjon som deles må være relevant og oppdatert. Pasientinformasjon kan spille en sentral rolle i akutte og kritiske situasjoner der det står om liv og helse. Det kan også inngå i et vurderingsgrunnlag for tiltak eller behandling, ny medikamentforordning, eller som en del av en evaluering. Både innbygger og helsepersonell vil derfor ha en særskilt forventning om at informasjonen er korrekt. For å sikre at informasjonen er korrekt kommer det også et krav om at den må være oppdatert til enhver tid. Innbygger skal også være trygg på at informasjonen som deles på tvers av flere behandlere er nødvendig. Det blir derfor viktig å sikre at vurderingen av relevant pasientinformasjon gjøres fortløpende i en stegvis utvikling.

Det blir veldig viktig at den enkelte virksomhet gir innbygger informasjon om hvilken informasjon som nå blir tilgjengelig for annet helsepersonell, som har tjenstlig behov. Det blir også viktig å informere innbygger om deres rettigheter (innsyn, sletting mm), samt hvilke verktøy man har for å utøve disse rettighetene. Tilsvarende må virksomheten ha god kjennskap til innbyggers rettigheter til å utøve medbestemmelse over hvordan den enkelte informasjon håndteres, eksempelvis om det er enkelt informasjon man ikke ønsker å tilgjengeliggjøre for andre (jf. Pasient- og brukerrettighetsloven §5-3).

Mulighetsrommet som kan foreligge i et målbilde, og ettersom mer og mer informasjon gjøres tilgjengelig som grunnlag for nye tjenester eller løsninger, er svært utfordrende å si noe om på nåværende tidspunkt. Hvorvidt behandling vil innebære ny bruk av teknologi eller organisatoriske verktøy som for eksempel nye apper, velferdsteknologi, kunstig intelligens mm er vanskelig å si på nåværende tidspunkt, men må forventes i en fremtidig utvikling. Derfor er det helt nødvendig å gjennomføre grundige DPIA og risikovurderinger for hver ny tjeneste som tas i bruk. Dette vil også være viktig knyttet til fortløpende vurderinger av om det matches eller sammenstilles flere datasett, og om dette nå brukes til nye formål eller hensikter som er vanskelig for innbygger å se for seg.

4. VURDERING AV PERSONVERNPRINSIPPENE

I det videre vurderes personvernprinsippene og i hvilken grad disse påvirkes.

4.1. Formålsbegrensning

Personopplysninger skal kun behandles for spesifikke, uttrykkelig angitte og legitime formål. Det betyr at ethvert formål med behandling av personopplysninger skal identifiseres og være forklart på en måte som gjør at alle berørte har samme forståelse av hva opplysningene skal brukes til. For at formålet skal være legitimt, må det i tillegg ha et rettslig grunnlag som er i samsvar med etiske og rettslige samfunnsnormer. Personopplysninger kan ikke gjenbrukes til formål som er uforenelig med det opprinnelige formålet¹¹.

Tiltakets formål er å sørge for sikker og enkel tilgang til relevante helseopplysninger og andre personopplysninger som benyttes i samhandling mellom helsepersonell for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp. Alle behandlinger som gjøres har formål som beskrevet i avsnittet Formål og grunnlag for behandling.

Hjemmel for tiltaket bygger på §19 i pasientjournalloven. Pasientjournalloven §19 fastslår at innenfor rammen av taushetsplikt skal den dataansvarlige sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige for helsepersonell og annet samarbeidende personell når dette er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til den enkelte. Den dataansvarlige bestemmer på hvilken måte opplysningene skal gjøres tilgjengelige. Opplysningene skal gjøres tilgjengelige på en måte som ivaretar informasjonssikkerheten. Dette fastslås også i lov om helsepersonell mv (helsepersonelloven) §25 som sier at med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.

Det er naturlig å anta at innbygger har kunnskap om at den som yter helsehjelp skal nedtegne eller registrere opplysninger som omfatter pasienten og helsehjelpen, samt opplysninger nødvendig for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt i en journal for den enkelte pasient (Helsepersonelloven §§29 og 40). Det er derimot ikke like naturlig å anta at innbygger skal forstå at informasjonen nedtegnet hos en virksomhet skal være tilgjengelig for andre virksomheter med tjenstlig behov.

4.2. Dataminimering

Prinsippet om dataminimering innebærer å begrense mengden innsamlede personopplysninger til det som er nødvendig for å realisere formålet med innsamlingen. Dersom personopplysningene ikke er nødvendige for å oppnå formålet, skal man heller ikke samle dem inn¹².

En felles plattform skal kun inneholde det som er relevant pasientinformasjon for å oppnå formålet. Behandlingen av informasjon i relasjon mellom behandler og pasient skjer fortsatt i helsepersonellens sluttbrukerløsninger, og dermed hos den enkelte behandler. Når ny informasjon skal lagres og tilgjengeliggjøres gjennom plattform som ledd i en stegvis utvikling, blir det svært viktig å vurdere at informasjonen man lagrer og tilgjengeliggjør faktisk er relevant for å oppnå formålet.

Det bør foreligge grundige vurderinger hvorvidt det skal være mulig å begrense innsamlingen av personopplysninger. Store variasjoner, lokalt eller individuelt, kan øke risikoen for feil behandling eller vurderinger når helseopplysninger deles på tvers av virksomheter.

¹¹ Datatilsynets strategi | Datatilsynet

¹² Datatilsynets strategi | Datatilsynet

4.3. Integritet

Personopplysninger som behandles skal være korrekte, og skal om nødvendig oppdateres. Dette betyr at den behandlingsansvarlige må sørge for å straks slette eller rette personopplysninger som er uriktige¹³. Det er den som har dokumentert personopplysningen som har ansvar for å rette opp feilaktig informasjon.

En felles plattform vil kreve at informasjonen fortløpende oppdateres av aktørene som samhandler. Noe av informasjonen vil hentes fra nasjonale løsninger og felles registre. Behandlingsansvaret endres ikke med bruk, og det forutsettes derfor at pasientinformasjon som deles, kun kan leses og gjenbrukes, men ikke endres. Ved endringer overføres derfor oppdatert informasjon til plattform.

Relevant pasientinformasjon brukes i vurderinger der konsekvensen kan være liv og død. Det må foreligge en helt klar føring om at informasjon ikke bare skal være relevant, men også korrekt og oppdatert. Dette fordrer en kontinuerlig lagring til plattform når det oppstår hendelser/endringer hos en virksomhet.

Innbyggers rettigheter knyttet til innsyn i journal må opprettholdes, også ift. en plattform. Lov om pasient- og brukerrettigheter fastslår i §3-2 at pasient og bruker har rett til informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. §5-1 sier at pasient og bruker har rett til innsyn i journalen sin med bilag og har etter særskilt forespørsel rett til kopi, jf. personvernforordningen artikkel 15. §5-2 fastslår at pasient, bruker eller den som opplysningene gjelder kan også kreve at opplysningene i journalen rettes eller slettes etter reglene i helsepersonelloven §42 til §44. Pasienten og brukeren har også rett til å motsette seg overføring og tilgjengeliggjøring av journal eller opplysninger i journal §5-3. Dette vil også være svært relevant å ivareta muligheter, samt informasjon til innbygger om, i samtale med behandler.

«Helse- og personopplysninger fra helse- og omsorgstjenesten skal som regel ikke arkiveres før etter at pasienten er død. På dette tidspunktet gjelder ikke personvernforordningens bestemmelser om behandling av personopplysninger da personvernforordningen ikke omfatter døde personer. Særlovgivningen for helse- og omsorgssektoren og arkivlovgivningen har imidlertid bestemmelser som gjelder avdøde personer.

Formålet med behandlingen av helse- og personopplysninger er styrende for hvor lenge virksomheten kan lagre opplysningene. Når virksomheten oppnår formålet med behandlingen, så må helse- og personopplysningene i utgangspunktet slettes eller anonymiseres.»

Normen, Faktaark 25 – Lagringstid og sletting, Versjon 3.0, desember 2021

4.4. Lagringsbegrensning

Prinsippet om lagringsbegrensning innebærer at personopplysninger skal slettes eller anonymiseres når de ikke lenger er nødvendige for formålet de ble innhentet for¹⁴. Helse- og personopplysninger i pasientjournaler skal oppbevares i minst 10 år etter siste innføring i journalen. Imidlertid er det viktig at det i hvert enkelt tilfelle, med bakgrunn i en faglig vurdering, avgjøres om når formålet med behandlingen av helse- og personopplysninger er oppfylt. Dette kan representere vanskelige avveininger når det gjelder pasientinformasjon. Noen av årsakene til dette er:

- Helseopplysninger som kan være nødvendig for å yte helsehjelp til pasienten skal ikke slettes, men behovet må heller ikke fremstå som for hypotetisk. Hvilke helseopplysninger som vil være nødvendig må vurderes konkret i hver enkelt sak.
- Ved vurdering av oppbevaringstid må virksomheten også vurdere hensynene bak dokumentasjonsplikten, herunder hensynet til at det skal være mulig å føre kontroll med

¹³ Datatilsynets strategi | Datatilsynet

¹⁴ Datatilsynets strategi | Datatilsynet

virksomheten i ettertid og hensynet til pasientens mulighet til å fremme erstatningskrav ved skade. På bakgrunn av disse hensynene vil det ofte være grunnlag for å lagre helseopplysninger i behandlingsrettet helseregister over lang tid

- Virksomheten skal fortsette å lagre helse- og personopplysninger etter at formålet er oppnådd dersom opplysningene er underlagt arkivplikt

Enkelte tjenester i den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten skal arkivere og bevare sine pasient- og journalopplysninger. Dette gjelder helsestasjonstjenester, skolehelsetjenesten og tannhelsetjenesten, samt tjenester innen rusomsorg og psykososial omsorg. Arkivene skal avleveres til kommunalt depot. Med pasient- og journalopplysninger menes all individbasert dokumentasjon som skapes av kommunale og fylkeskommunale tjenester som yter helsehjelp. Andre tjenester i den kommunale eller fylkeskommune helse- og omsorgstjenesten kan kassere sine pasient- og journalopplysninger minimum 20 år etter pasientens død, alternativt 120 år etter pasientens fødsel. Dersom virksomheten ikke har grunnlag for å oppbevare helse- og personopplysninger etter at formålet er oppnådd, så skal de slettes. Slettingen skal gjøres på en forsvarlig måte. Det skal brukes en metode som gjør at det ikke er mulig å rekonstruere opplysningene¹⁵.

Det er for tidlig å fastslå hvordan dette kan ivaretas i en felles plattform, også opp mot informasjon som finnes i behandlernes system. Det må foreligge tiltak som følger Normens anbefalinger, samt relevante lovverk som personvernforordningen, pasientjournalloven, pasientjournalforskrift, helsepersonelloven og arkivloven. Det blir viktig i det videre arbeidet å etablere god forståelse for oppgave- og ansvarsforhold, samt hva som kreves i plattform og i sluttbrukerløsninger.

5. VURDERING AV DEN REGISTRERTES RETTIGHETER OG FRIHETER

I det følgende vurderes hvorvidt den registreres rettigheter og friheter ivaretas av tiltaket. Vurderingene er basert på informasjonen som finnes i arbeidet der prosjektet er i arbeidet nå.

5.1. Den registreres rettigheter

Virksomhetene har plikt til å behandle personopplysninger på en åpen måte. Det betyr blant annet at de må gi en kort og forståelig informasjon om hvordan de behandler personopplysningene¹⁶.

Det er for tidlig å si hvordan dette skal ivaretas, Men vi kan anta at forvalter av plattformen må utarbeide skriftlig informasjon som gir enkel og klar forståelse av hvordan pasientinformasjonen håndteres. Informasjonen må være lett tilgjengelig og forståelig for mottagerne, samt gi konkret informasjon om hva pasientinformasjon brukes til.

5.2. Innsyn i egne personopplysninger

Innbygger har innsynsrett og kan spørre en virksomhet om hvordan opplysningene behandles, samt hvilke opplysninger de har lagret¹⁷. Innbygger må på samme måte som tidligere kunne utøve sin rett til journalinnsyn etter §5-1 i pasient- og brukerrettighetsloven.

Innbyggeren vil få innsyn i egne opplysninger via helsenorge.no eller egne innsynsløsninger. I det videre arbeidet må det avklares hvordan oppgaver for å ivareta rettigheten fordeles mellom

¹⁵ Normen, Faktaark 25 – Lagringstid og sletting, Versjon 3.0 desember 2021

¹⁶ Rett til informasjon | Datatilsynet

¹⁷ Rett til innsyn | Datatilsynet

behandlingsansvarlige (virksomhetene) og plattformforvalter. Tilsvarende må det avklares om innsyn avgjøres og gjennomføres direkte fra en behandler i deres sluttbrukerløsning, eller om plattformforvalter vil bidra med informasjon ved ønske om innsyn. Det blir viktig å finne frem til en rutine som gjør det enkelt for innbygger å utøve sin rettighet. Det blir også helt sentralt at plattformen har funksjonalitet som kan sikre at innbyggers rettighet blir ivaretatt.

5.3. Korrigerings av egne personopplysninger

Som innbygger skal man sikres mulighet til å kreve retting av opplysninger som er uriktige (jf. personvernforordningen artikkel 16)¹⁸, samt jf. Pasient- og brukerrettighetsloven §5-2. På samme måte som med innsyn i egen journal, beskrevet i forrige avsnitt, må det i det videre arbeidet avklares arbeids- og ansvarsfordeling mellom de ulike samarbeidende aktører, også basert på hvor informasjonen som skal korrigeres er lagret (autorativ kilde). Det blir viktig å finne frem til en rutine som gjør det enkelt for innbygger å utøve sin rettighet. Det blir også helt sentralt at plattformen har funksjonalitet som kan sikre at innbyggers rettighet blir ivaretatt.

5.4. Sletting av egne personopplysninger

Basert på pasient- og brukerrettighetsloven §5-2 har pasient, bruker eller den opplysningene gjelder, rett til å kreve sletting av opplysninger i journalen etter reglene i helsepersonelloven §42 til §44.

På samme måte som med innsyn i egen journal og korrigerings av journal beskrevet i foregående avsnitt, må det i det videre arbeidet avklares arbeids- og ansvarsfordeling mellom de ulike samarbeidende aktører, også basert på hvor informasjonen som skal korrigeres er lagret (autorativ kilde). Det blir viktig å finne frem til en rutine som gjør det enkelt å utøve innbyggers rettighet. Det blir også helt sentralt at plattformen har funksjonalitet som kan sikre at innbyggers rettighet blir ivaretatt.

Innbygger vil kunne utøve denne rettigheten uavhengig av formål og behandlingsgrunnlag i plattformen. Innbyggers rettigheter er hjemlet i loven.

5.5. Begrensning av behandling av personopplysninger

Dette området ansees som mindre relevant i dette tiltaket der hjemmelen for behandling av informasjon er lovfestet. For innbygger vil det tilsvarende være pasient- og brukerrettighetslovens kap. 5 som vil komme til anvendelse i forhold til å endre eller regulere bruk av informasjon i en journal.

5.6. Dataportabilitet

Innbygger kan utøve retten til dataportabilitet. Dette innebærer å få utlevert personopplysninger og gjenbruke disse på tvers av ulike systemer og tjenester. Dette skal gjøre det lettere å bytte tjenesteleverandør (for eksempel overgang til annen privat helseaktør, og skal gjøre det enklere å kunne ta med opplysningene til ønsket leverandør¹⁹.

Retten til dataportabilitet gjelder kun hvis opplysningene som ønskes utlevert er samlet inn på bakgrunn av samtykke eller kontrakt. I plattformen er informasjonen og formålet med informasjonen hjemlet i loven. Dette vil også være informasjon som er nødvendig for å ivareta lovkrav som for eksempel dokumentasjonsplikt for helsepersonell og virksomhetene. Det må derfor avklares nærmere hvordan innbygger skal kunne utøve sin rettighet.

¹⁸ Rett til retting | Datatilsynet

¹⁹ Rett til dataportabilitet | Datatilsynet

Etter pasient- og brukerrettighetsloven §5-3 kan innbygger overføre og tilgjengeliggjøre journal eller opplysninger i journal, men da i henhold til bestemmelsene i lov om helsepersonell.

Dersom innbygger ønsker utlevert sine opplysninger må de leveres i et maskinlesbart eller vanlig brukt filformat.

5.7. Innsigelse mot behandlingen

Retten til å protestere på behandlingen av informasjonen gjelder ikke i tilfeller der virksomhetene er pålagt i lov å behandle personopplysningene. Dette vil være tilfelle med plattformen og tiltaket. For innbygger vil derfor innsigelse mot behandling av informasjon følge regler for innsyn og tiltak i journal som finnes i pasient- og brukerrettighetsloven §5-1 til §5-3, samt helsepersonelloven. På bakgrunn av dette beskrives ikke denne rettigheten ytterligere.

5.8. Automatiserte avgjørelser og profilering

Som innbygger skal man ikke oppleve at et dataprogram tar store og viktige avgjørelser på egne vegne. Det slår personvernforordningen fast i artikkel 22. Personvernforordningen forbyr automatiserte individuelle avgjørelser som både er helautomatiske (at et menneske ikke har reell innvirkning på dette), eller som har rettsvirkning for innbygger eller i tilsvarende grad påvirker innbygger²⁰.

Behandling av informasjon i en felles plattform er ikke tenkt å ta beslutninger (automatiserte avgjørelser eller profilering) for innbygger. Innledningsvis er omfanget avgrenset til relevant pasientinformasjon, og det er identifisert spesifikke kategorier av informasjon som et foreslått område for stegvis realisering. Automatiserte beslutninger kan muligens være i større grad aktuelt innenfor saksbehandling, og dette vil ikke være omfattet av plattformen innledningsvis.

Dette er likevel et område som må vurderes jevnlig, også ettersom plattformen får tilgjengelig mer og mer informasjon. Dette vil kunne skape nye muligheter eller endre prosesser som vi ikke kjenner til i dag. Arbeidet med fortløpende risiko- og personvern vurderinger ved tilgjengeliggjøring av ny informasjon, tjenester eller løsninger blir derfor helt avgjørende for å sikre at det gjennomføres grundige vurderinger fortløpende.

I det videre arbeidet, når det blir aktuelt, må det arbeides med å avklare hvordan en innbygger eventuelt skal kunne reservere seg mot en slik behandling.

5.9. Risiko

Vi viser til bilag 3.3.2. Overordnet risikovurdering for kartlagte risikoer knyttet til personvern. Dette må arbeides videre med i det videre arbeidet med utarbeiding av en personvernkonssekvensutredning (DPIA).

6. VIDERE ARBEID MED PERSONVERN

I forbindelse med planlegging av første utprøving må prosjektet gjennomføre tiltak for å sørge for akseptabel risiko med tanke på personvern. Plattformen vil etter hvert inneholde store mengder helseopplysninger som er regnet som særlige kategorier av opplysninger, samt systematiske og omfattende vurderinger av den registrertes personlige aspekter. I tillegg kan det bli gjenstand for automatisert behandling som danner grunnlag for avgjørelser som i betydelig grad vil påvirke den registrerte (som omtalt i personvernforordningen artikkel 35(3)). Det er derfor helt nødvendig at det

²⁰ Automatiserte avgjørelser | Datatilsynet

gjøres en vurdering av personvernkonsekvensene. Representanter for de registrerte må gi innspill/delta i DPIA. Her kan vi se til allerede etablerte strukturer som bruker- og pasientorganisasjoner (se kap 4 i styringsdokument). Personvernombud fra aktører, helsepersonell, teknisk personell med flere bør også delta i arbeidet.

Det er flere vurderinger og tiltak som må videreutvikles i arbeidet når man har mer konkret kunnskap og avgrensning av endelig løsning, informasjon, informasjonsflyt, berørte aktører mm. Et av tiltakene som må gjøres er protokoll over behandlingsaktiviteter. Etter at en personvernkonsekvensvurdering er gjennomført må deretter ledelsen ta en beslutning i forhold til om:

- risikoen for de registrertes rettigheter og friheter er redusert til et akseptabelt nivå, slik at når tiltak er etablert kan behandlingen av personopplysninger gjennomføres
- risikoen for de registrertes rettigheter og friheter ikke er redusert til et akseptabelt nivå, slik at behandlingen av personopplysninger dermed ikke kan gjennomføres
- risikoen for de registrertes rettigheter og friheter er ikke redusert til et akseptabelt nivå, slik at forhåndsdrøfting med Datatilsynet må gjennomføres før ledelsen tar en beslutning om behandling av personopplysninger

Felles kommunal journal interim AS

Bilag 3.3.2:

Overordnet risikovurdering

Styringsdokument

Felles journaløft for kommuner

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
2. OMFANG OG AVGRENSNINGER	1
3. BESKRIVELSE AV LØSNING OG VERDIER	2
3.1. Tilgang til relevant pasientinformasjon	2
3.2. Hvor vil informasjonen behandles?	3
4. VURDERING AV IDENTIFISERTE RISIKOER OG HENDELSER	3
4.1. Vurdering av identifiserte risikoer knyttet til konfidensialitet	4
4.2. Vurdering av identifiserte risikoer knyttet til integritet	6
4.3. Vurdering av identifiserte risikoer knyttet til tilgjengelighet	6
4.4. Vurdering av identifiserte risikoer knyttet til personvern/GDPR	8
4.5. Vurdering av identifiserte risikoer knyttet til drift og forvaltning av IKT-funksjoner	9
5. EVALUERING AV RISIKO	10
5.1. Eksempel på tiltak for hendelser med kritisk/høy risiko	11
5.2. Eksempel på tiltak for hendelser med moderat risiko	13
6. VIDERE ARBEID MED RISIKO	17
7. UNDERLAG	0
7.1. Risiko- og sårbarhetsanalyse	0
7.2. Definisjoner i Risiko- og sårbarhetsanalyse	9

1. INNLEDNING

I dette bilaget finner du:

- Overordnet beskrivelse av løsning
- Vurdering av identifiserte risikoer og hendelser
- Eksempler på sentrale tiltak for å imøtekomme risikoene identifisert

Bilaget hører til Vedlegg 3.3. Det kan også sees i sammenheng med Bilag 3.3.1.

Risikovurdering er et verktøy vi bruker for å identifisere uønskede hendelser, og analysere konsekvens og sannsynlighet. Risiko er knyttet til mulige avvik fra våre mål, ønskede resultater eller ønskede tilstander¹. Til en risikovurdering følger alltid tiltak for å redusere eller fjerne detekterte risikoer.

På nåværende tidspunkt gjøres en overordnet risikovurdering. Det bør likevel anvendes som en sentral aktivitet for å få frem sentrale risiko og tiltak som må innarbeides fortløpende gjennom hele arbeidet. Risikovurderingen er gjennomført av kommunale ressurser i prosjektet. Dette har vært viktig for å sikre erfaring og forankring til en kommunal virkelighet og utfordringsbilde.

Tiltaket omfatter flere ulike aktører. Det er kommunene som virksomheter og som arbeidsgiver for helsepersonell, helsepersonell, innbyggere, leverandører og andre nasjonale aktører. Tiltaket omfatter øvrige kommuner (utenfor helseregion Midt-Norge), og det behandles informasjon om flere ulike sårbare grupper.

Norm for informasjonssikkerhet² («Normen») danner et grunnleggende rammeverk for ivaretagelse av informasjonssikkerhet i kommunene, og ligger til grunn for alt arbeid som gjøres i tiltaket sammen med Nasjonal Sikkerhetsmyndighet (NSM) sine grunnprinsipper for informasjonssikkerhet³.

Det må gjøres nye risikovurderinger ved planlegging og gjennomføring av alle steg av utprøvinger.

2. OMFANG OG AVGRENSNINGER

Risikovurdering er avgrenset slik at den ikke omfatter markedsplassen, ettersom den kun beskrives konseptuelt på nåværende tidspunkt. Tilsvarende vil ikke nasjonale samhandlingsløsninger være en del av omfanget i denne vurderingen.

I denne fasen har vi ikke detaljkunnskap om løsningselementene (plattform, understøttende IKT-infrastruktur samt applikasjonene som skal kjøres mot plattformen). Det medfører at overordnede betraktninger og vurderinger legges til grunn i vurderingen. Utviklingen av tiltaket skal være stegvis, og risikovurdering er gjort med utgangspunkt i en tenkt kommune slik at den kan brukes som grunnlag i forbindelse med utprøving.

Det forutsettes at det vil måtte gjøres ROS-analyser av de enkelte applikasjonene som tilgjengeliggjøres mot plattformen, samt etablering av plattformen med tjenester som realiseres. En ROS-analyse bør innebære detaljkunnskap om faktiske verdier, sårbarheter, tilsiktede trusler, utilsiktede farer og risiko. Dette må derfor gjennomføres i nær sammenheng med realisering, og også sees i nær sammenheng med personvernkonsekvensvurderinger (DPIA).

¹ Om risiko og risikovurdering | Digdir

² Normen - ehelse

³ Grunnprinsipper for IKT-sikkerhet - Nasjonal sikkerhetsmyndighet (nsm.no)

3. BESKRIVELSE AV LØSNING OG VERDIER

Det overordnede målbildet for prosjektet er etablering av et plattformbasert økosystem for aktører som helsepersonell, innbyggere, kommuner og leverandører. Via en felles logisk informasjonskilde (plattform) skal alle sikres tilgang til samme informasjon, på bakgrunn av tjenstlig behov. I tillegg til plattformen består løsningen også av en markeds plass, en møteplass for kunder og leverandører. Dette beskrives i vedleggene 3.1 – 3.4. I dokumentets kap 3.1 og 3.2 gis en kort oppsummering av deler av løsningsbeskrivelsen. I den grad det skal oppleves inkonsistens mot andre deler av styringsdokumentet er det styringsdokumentets kap 3 som er gjeldende.

3.1. Tilgang til relevant pasientinformasjon

Plattformen skal lagre og sammenstille relevant informasjon om mottagere⁴ av kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette betyr at det er sensitive personopplysninger⁵ som håndteres i plattformen. Grad av sensitivitet er i denne sammenhengen også knyttet til informasjonens skadepotensial forbundet med brudd på informasjonens konfidensialitet, integritet eller tilgjengelighet.

Sluttbrukerløsningene, journalsystemene og applikasjonene, skal via plattformen benytte den samme informasjonen.

Omfanget for en plattform er innledningsvis avgrenset til å omfatte relevant pasientinformasjon (for mer informasjon om avgrensninger som er gjort se Vedlegg 3.2, samt Bilag 3.1.2). Prosjektet har arbeidet frem en avgrensning av hva et forventet omfang av informasjon kan være, innledningsvis. Det vises til Bilag 3.1.3. for utfyllende informasjon for beskrivelse av hva disse kategoriene er.

I målbildet vil informasjon lagres i en felles logisk informasjonskilde. Dette kan være en fysisk database, men kan også være distribuerte plattformer som fungerer som en logisk plattform. Vi anbefaler at plattformen er skybasert og at kravet til journalleverandører også bør være at de skal levere skybaserte løsninger.

Lagring av pasientinformasjon baseres på bruk av åpne internasjonale standarder (eksempelvis openEHR⁶, HL7 FHIR⁷ og SNOMED CT⁸) der det er mulig og hensiktsmessig. Dagens sluttbrukerløsninger (med integrert lokal lagring), må kunne sende og motta pasientinformasjon til og fra plattformen.

Plattformen vil ha et kommunikasjonslag med en oversikt over hvilke opplysninger som er lagret i de tilknyttede sluttbrukerløsningene, samt hva som fortsatt bør lagres lokalt og hvilke integrasjoner til andre systemer som er tilgjengelig.

For eksisterende EPJ-leverandører som ønsker å opprettholde lokal lagring som primær kilde vil det være mer hensiktsmessig å beholde brukerflate og lagring sammen lokalt, men gjøre det mulig å overføre informasjon til plattformen. Dette vil nødvendigvis innebære at man opererer med synkroniserte sett av samme informasjon.

⁴ «Mottager» er i denne sammenheng innbyggere eller besøkende i kommunen som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester

⁵ Eksempler på sensitive personopplysninger er behandling av genetiske og biometriske opplysninger, helseopplysninger, opplysninger om en fysisk persons seksuelle forhold, eller seksuelle orientering mm

⁶ openEHR er en e-helseteknologi bestående av åpne spesifikasjoner, kliniske modeller og programvare, som kan brukes til å lage åpne plattformer for helsevesenet

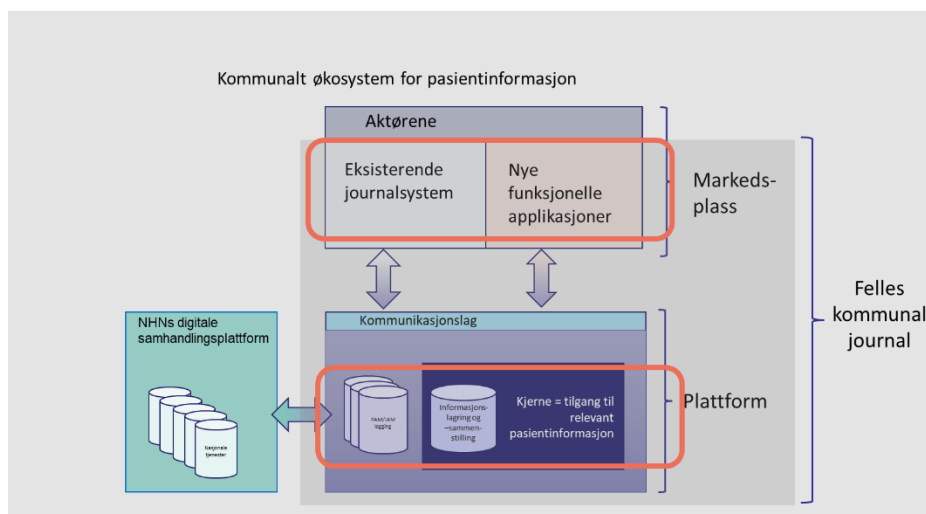
⁷ HL7 FHIR er en fritt tilgjengelig standard som ble utarbeidet for å møte krav til integrasjon mellom virksomheter og mot moderne teknologi som mobil- og skytjenester. Vil bli brukt i nasjonale e-helseløsninger og har god støtte for interoperabilitet mellom virksomheter

⁸ SNOMED CT er en omfattende terminologi som brukes til å beskrive kliniske konsepter. Den er valgt som standard i Norge og brukes i Helseplattformen

Det er ikke noe mål å lagre primærinformasjon eller kopier på plattformen, og i en skybasert verden vil utfordringene med tilgjengelighet kunne reduseres. På den annen side kan lagring i plattformen være en løsning for sluttbrukerløsninger som ikke selv lagrer informasjon. Vi forutsetter at de nasjonale løsningene støtter tilstrekkelig grunddata for plattformen. Det er også mulig at plattformen må tilby lagring av informasjon som nasjonale samhandlingsløsninger ikke har hjemmel til å fortsette å lagre (tidsavgrenset hjemmel), men som kommunene har plikt til å ta vare på i et lengre perspektiv.

3.2. Hvor vil informasjonen behandles?

Informasjon vil behandles både i plattformen (markert som plattform i figuren), samt i de ulike sluttbrukerløsningene (markert som eksisterende journalsystem og nye funksjonelle applikasjoner i figuren).



4. VURDERING AV IDENTIFISERTE RISIKOER OG HENDELSER

I dag er det store variasjoner i ulike kommuners systemer, infrastruktur, teknologi og tilnærming til IKT-sikkerhet. Dette medfører uheldig kompleksitet i systemer og infrastruktur som kan påvirke informasjonssikkerhet og personvern i plattformen, eller deler av verdikjeden. Forholdene muliggjør en større mengde angrepsflater, som gir en eksponentiell vekst i behov for risikoreduserende sikkerhetstiltak for å sikre et forsvarlig sikkerhetsnivå i dagens systemer, infrastruktur og alle tilhørende teknologier.

Sentralisering av sikkerhetsfunksjoner er en viktig del av anerkjent beste praksis for IKT-sikkerhet, og bør legges til grunn i det overordnede målbildet. Det muliggjør en enhetlig tilnærming til autoriserte tilganger, med grunnlag i tjenstlig behov, og forsvarlig sikring av informasjon med grunnlag i en helhetlig sikkerhetsarkitektur⁹. Sentralisering av sikkerhetsfunksjoner og en enhetlig sikkerhetsarkitektur vil gi forutsetninger for felles tilnærming til beste praksis for informasjonssikkerhet og personvern.

Når kommuner tar plattformen i utstrakt bruk vil virksomhetene, samfunnet og enkeltpersoner være avhengig av at plattformen tilgjengeliggjør og behandler oppdatert og pålitelig informasjon i sine

⁹ Se for eksempel Grunnprinsipp 2.1 i NSMs grunnprinsipper for IKT-sikkerhet.

tjenester. Dette inkluderer informasjon i sluttbrukerløsningene (for eksempel EPJ-applikasjoner), informasjonstjenester, lagringstjenester samt andre tjenester som understøtter infrastruktur mm. Et brudd på informasjonens tilgjengelighet eller integritet kan være forbundet med et potensielt uakseptabelt skadepotensial, spesielt fordi dette kan påvirke liv og helse direkte. Tilsvarende vil et brudd på konfidensialitet være forbundet med uakseptabelt skadepotensial, og plattformen forventes derfor å skulle skjerme sensitive opplysninger mot uvedkommende.

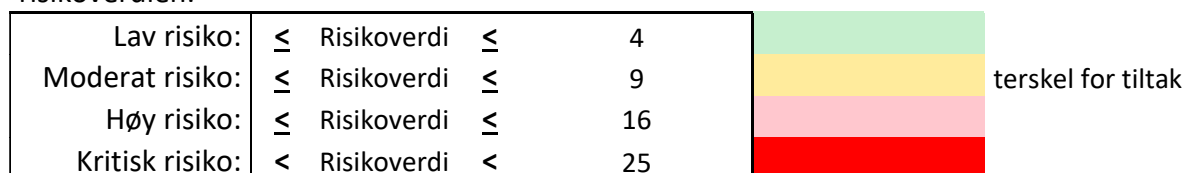
Med grunnlag i definisjon og forståelse av relevant pasientinformasjon kan det konkluderes med at en stor andel sensitive personopplysninger vil bli behandlet i plattformen. Grad av sensitivitet er i denne sammenhengen direkte knyttet til informasjonens skadepotensial og forbundet med brudd på informasjonens konfidensialitet, integritet eller tilgjengelighet. Sensitiv informasjon kan utnyttes av uvedkommende til å påvirke den operative evnen virksomhetene har når det gjelder beslutninger eller behandlinger, eller påvirke personers liv og helse direkte.

Første steg i risikovurderingen identifiserer risiko. Formålet er å lage en omfattende liste over mulige hendelser som kan føre til negative konsekvenser for evne til å utføre oppgaver og tjenester, ivareta plikter og økonomi¹⁰. Det andre steget analyserer risikoen, og utviklingen av en forståelse av risikoene. Formålet er å kunne fastslå mulig konsekvens og tilhørende sannsynlighet på hendelser identifisert i forrige steg. Dette gir en god beskrivelse av risiko¹¹. Resultatene av disse aktivitetene presenteres i det følgende, med hovedfunnene innenfor områdene *konfidensialitet*, *integritet*, *tilgjengelighet*, *personvern/GDPR* og *drift/forvaltning*.

Kategorier og verdier presentert i figur er lagt til grunn i arbeidet. Fargene vil følge risikoverdi i beskrivelsene i kapitlet. Det vises også til slutten av bilaget for mer utfyllende forklaring av hva som er lagt til grunn som kriterier for vurdering av oppnådd verdi.

**Risikoverdi = sannsynlighet *
konsekvens**

Risikoverdien vil være et tall mellom 1 og 25. Vi opererer med følgende tolkning av risikoverdien:



Figur 1:

Risikoverdier brukt i vurderingen

4.1. Vurdering av identifiserte risikoer knyttet til konfidensialitet

Konfidensialitet handler om å sørge for at informasjon ikke kommer i feil hender eller på avveie.

En av risikoene som er vurdert som høy er at informasjon, dvs. personopplysninger, kommer på avveie på grunn av teknisk sårbarhet. Dette kan skje av ulike årsaker, og noen eksempler er manglende kryptering av data (mulig å avlytte datatrafikk) eller teknisk sårbarhet i infrastruktur hos en av aktørene. Mange integrasjoner øker også risikoen. Vi scorer denne hendelsen høyt fordi det må

¹⁰ Om risiko og risikovurdering | Digdir

¹¹ Om risiko og risikovurdering | Digdir

tas hensyn til et stort aktør- og løsningsbilde som skal samspille, så vi forventer at slike hendelser derfor vil skje oftere enn i mindre og avgrensede miljø.

Tilsvarende er risikoen for informasjon på avveie på grunn av tilfeldig eller målrettet angrep vurdert som høy. NHO har i en undersøkelse i Rogaland i januar 2022 vist at 1 av 5 bedrifter har opplevd dataangrep eller hendelser knyttet til datasikkerhet siste 12 måneder ¹², for bedrifter med flere enn 50 ansatte er tallet 35 %.

Risikoen for at informasjon kommer på avveie på grunn av at brukere ubevisst gjør feil er vurdert som høy fordi det er et stort antall aktører involvert, og all erfaring tilsier at den mest sårbare angrepsflaten er hver enkelt ansatt. Det er også arbeidshverdager preget av høyt tempo som gjør at man kan gjøre feil uten å vite det og/eller å mene det. Personopplysningers konfidensialitet kan også trues pga. brukernavn og passord til brukerkontoer med utvidede rettigheter (f.eks. administratorkonto) er på avveie internt i virksomheten. Dette er vurdert som høy risiko.

Det kan også være en risiko at personopplysninger sees av personer uten tjenstlig behov for eksempel pga. at den ansatte bruker en mobil løsning og ikke fysisk skjerner informasjonen slik at den blir sett av uvedkommende. Informasjonen er dermed kommet på avveie og kan misbrukes. Tilsvarende kan det være en risiko for at informasjon kommer på avveie pga. at ansatte bevisst bryter regler. Disse to hendelsene er vurdert til moderat risiko. Risikoen er vurdert som lav for at informasjon kommer på avveie til ansatte som ikke lenger har tjenstlig behov for informasjonen. Dette kan forekomme ved manglende eller forsinket vedlikehold av tilganger til ansatte som bytter stilling internt i samme virksomhet. Risikoen for at plattformen skal tilgjengeliggjøre informasjon til virksomheter som ikke skal ha, for eksempel på bakgrunn av teknisk feil ved oppdateringer eller andre hendelser vurderes som lav.

Identifisert risiko	Vurdert risiko
Informasjon på avveie på grunn av teknisk sårbarhet	
Informasjon på avveie på grunn av et tilfeldig eller målrettet angrep	
Informasjon på avveie fordi brukere ubevisst gjør feil	
Informasjonens konfidensialitet er truet på grunn av at brukernavn/passord for administrator/bruker med utvidede rettigheter til plattformen på avveie internt i virksomheten	
Informasjon på avveie gjennom at informasjonen er synlig og tilgjengelig for personer uten tjenstlig behov	
Informasjon på avveie fordi ansatte bevisst bryter regler	
Informasjon på avveie til ansatte som ikke lenger har tjenstlig behov for å se informasjonen	
Plattformen tilgjengeliggjør informasjon til virksomheter som ikke skal ha tilgang til informasjonen	

¹² 1 av 5 bedrifter rammet av dataangrep (nho.no)

4.2. Vurdering av identifiserte risikoer knyttet til integritet

Integritet handler om å sikre at informasjon er oppdatert, helhetlig og korrekt.

I vurderingen er det tre risikoer som utpeker seg som høye. Den ene er risiko for at ansatte skriver feil personopplysninger pga. feil eller uhell. Ansatte kan skrive inn eller endre data ved feil, uvitenhet eller slurv (eksempelvis dokumenterer på feil pasient). Vi har valgt å score denne risikoen høyt da plattformen og økosystemet vil håndtere en stor mengde aktører. Den andre risikoen handler om at ansatte ikke opplever at informasjon er oppdatert og pålitelig. En plattform skal stegvis realiseres. Det vil innebære en risiko for at informasjon ikke er oppdatert og pålitelig på alle områder, enten fordi ikke alle aktører er tilkoblet, eller at den stegvise utvikling ikke har omfattet det spesifikke området enda. I tillegg kan tilfeldige hendelser som f.eks. strømbrydd i infrastruktur i verdikjeden også føre til at informasjonen ikke oppleves som korrekt og pålitelig. Det blir veldig viktig å sikre at ansatte klarer å operere i et landskap der noe er oppdatert og følger nye rutiner, mens noe vil følge tidligere rutiner. I tillegg er risikoen for informasjonens integritet vurdert til høy pga. brukernavn/passord til brukerkontoer med utvidede rettigheter (f.eks. administratorkonto) er på avveie internt i virksomheten.

Det er vurdert til moderat risiko at ansatte kan skrive inn eller endre data med vilje. I tillegg er risikoen for informasjonens integritet vurdert til moderat pga. tilfeldige eller målrettede angrep.

I dag er det også enkelte sluttbrukerapplikasjoner der det kun er leverandører som kan endre eller slette informasjon. Dette ansees som en lav risiko, og vil først og fremst påvirke helsepersonellens tidsforbruk ved kontakt med leverandør dersom det må endres dokumentasjon i journalløsning eller annen applikasjon. Risikoen kan derfor foreligge for at det ikke blir gjort og at journalen vil inneholde feilinformasjon.

Identifisert risiko	Vurdert risiko
Informasjonens integritet kan være truet ved at ansatt skriver eller legger inn feil informasjon ved uhell	
Ansatt opplever at informasjonen ikke er korrekt og pålitelig ved tilfeldige hendelser som strømbrydd, serverkrasj osv	
Informasjonens integritet er truet på grunn av at brukernavn/passord for administrator/bruker med utvidede rettigheter til plattformen på avveie internt i virksomheten	
Informasjonens integritet kan være truet ved at ansatte bevisst skriver inn eller endrer informasjon	
Informasjonens integritet kan være truet grunnet at det gjennomføres tilfeldige eller målrettede angrep	
Informasjon blir ikke rettet eller slettet fordi det kun er leverandør som kan gjøre dette i sluttbrukerløsninger	

4.3. Vurdering av identifiserte risikoer knyttet til tilgjengelighet

Krav til tilgjengelighet handler om å sikre at informasjonen finnes der og når behovet oppstår.

En av de største risikoene identifisert på nåværende tidspunkt handler om utilgjengelig informasjon ved fullstendig bortfall av informasjon gjennom plattformen kort tid (under en dag) på bakgrunn av tilfeldig eller målrettet angrep. Vi vurderer også risikoen som høy for at informasjon blir utilgjengelig pga. tilfeldige hendelser lenger enn en dag fra plattformen.

Det er vurdert til moderat risiko at ansatte opplever at sluttbrukerapplikasjoner er utilgjengelige. Felles risiko for alle er at det i en mellomperiode i en stegvis utvikling vil sammenstilles informasjon fra flere ulike kilder, og ved teknisk feil i eksempelvis integrasjoner, applikasjon, lokale servere eller plattform vil det være en større risiko for at en av kildene blir utilgjengelig. Bortfall av informasjon kan føre til utfordringer i å gi kritiske tjenester for å ivareta forsvarlig helsehjelp til innbyggere over kortere eller lengre perioder. Det er også vurdert til moderat risiko at ansatt kan oppleve å ikke ha informasjon tilgjengelig på grunn av fullstendig bortfall av plattformen (informasjon) kort tid (under en dag) på bakgrunn av tilfeldige hendelser. Tilsvarende at ansatte opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig fra alle nødvendige kilder (også nasjonale løsninger) på bakgrunn av tilfeldig eller målrettede angrep. At ansatte opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig pga fullstendig bortfall av plattformen (informasjon) over lang tid (over en dag) pga tilfeldige eller målrettede angrep er tilsvarende scoret moderat. Tilsvarende moderat risiko er satt knyttet til at informasjonens tilgjengelighet er truet pga brukernavn/passord for administrator/bruker med utvidede rettigheter til plattformen på avveie internt i virksomheten. Risiko vurderes som moderat for at informasjon ikke er tilgjengelig fordi ansatte ubevisst gjør feil.

At ansatte opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig på grunn av fullstendig bortfall av plattformen (informasjon) over lang tid (over en dag) pga tilfeldige hendelser er scoret til lav. Risikoen for utilgjengelig informasjon presentert fra nasjonale felles løsninger over lang tid vurderes også som lav. Tilsvarende risiko vurderes også for at informasjon ikke er tilgjengelig fordi ansatte bevisst bryter regler eller ubevisst gjør feil.

Identifisert risiko	Vurdert risiko
Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig pga. fullstendig bortfall av plattformen (informasjon) kort tid (under en dag) på bakgrunn av tilfeldig/målrettede angrep	
Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig pga. fullstendig bortfall av plattformen (informasjon) over lang tid (over en dag) pga. tilfeldige hendelser	
Ansatt opplever at sluttbrukerapplikasjonene er utilgjengelige	
Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig fra alle nødvendige kilder på bakgrunn av tilfeldige hendelser	
Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig pga. fullstendig bortfall av plattformen (informasjon) kort tid (under en dag) på bakgrunn av tilfeldige hendelser	
Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig fra alle nødvendige kilder (også nasjonale løsninger) på bakgrunn av tilfeldig eller målrettede angrep	
Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig pga. fullstendig bortfall av plattformen (informasjon) over lang tid (over en dag) pga. tilfeldig/målrettede angrep	
Informasjonens tilgjengelighet er truet pga. brukernavn/passord for administrator/bruker med utvidede rettigheter til plattformen på avveie internt i virksomheten	
Ansatte opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig fordi ansatte gjør feil	

Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig pga. fullstendig bortfall av plattformen (informasjon) over lang tid (over en dag) pga. tilfeldige hendelser	
Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig fra nasjonale løsninger pga. tilfeldige hendelser	
Ansatte opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig fordi ansatte bevisst bryter regler	

4.4. Vurdering av identifiserte risikoer knyttet til personvern/GDPR

Personvern handler om retten til et privatliv og retten til å bestemme over egne personopplysninger¹³. Det vises til Bilag 3.3.1 for flere vurderinger knyttet til personvern.

Kommunene utfordres på å ivareta informasjonssikkerhet og personvern i eksisterende løsninger i dag. Den enkelte kommune kan ha 5-6 ulike journalløsninger som kommuniserer dårlig eller ikke i det hele tatt. Kommunene har plikt etter §19 i pasientjournalloven å sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelig for helsepersonell og annet samarbeidende personell når dette er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelpen til den enkelte. Der man skulle delt informasjon direkte i løsningene må man i stedet kommunisere muntlig, per telefon, i møter, via e-meldinger eller på papir. Dette utfordrer informasjonssikkerhet og personvern, deriblant den enkelte registrertes muligheter til oversikt over behandlingen av egne opplysninger og utøve sine rettigheter.

Det foreligger også en risiko for at den registrerte ikke får ivaretatt sine rettigheter (ref. GDPR kap 3). Det vises til bilag 3.3.1 for ytterligere beskrivelse og vurdering av områdene¹⁴ som hører inn under kap 3. En innbygger har etter pasient- og brukerrettighetsloven krav på å kunne utøve rett til journalinnsyn, retting/sletting og begrensning av innsyn etter §§5-1 til 5-3. Tilsvarende er det krevende for innbygger i dag å utøve rettighetene sine fordi informasjonen ligger lagret i ulike løsninger hos den enkelte behandler. Eksisterende løsninger i dag klarer heller ikke å overholde kravene på alle områder.

Kommunene er store virksomheter med mange ansatte, særlig innenfor helse- og omsorg. Kommunenes evne til å ivareta GDPR vurderes å ha en moderat risiko. Dette med bakgrunn i at kommunenes evne til å ivareta dette vil være varierende, og kreve kontinuerlig arbeid og ressurser eksempelvis i opplæring og bevisstgjøring av ansatte. Disse ansatte er blant annet helsepersonell som i årene som kommer vil oppleve enda høyere forventning til kapasitet og oppgaver.

En risiko som er identifisert, men som ansees som svært lav, er manglende hjemmel for behandling av personopplysninger. Majoriteten av tjenestene kommunene gir har hjemmel i lov, og resten er basert på samtykke.

Med mange aktører og løsninger foreligger det en risiko for manglende og oppdatert oversikt over hvor ulike personopplysninger flyter mellom løsninger. Dette er helt sentralt å ha på plass og blir også en viktig del av videre arbeid med personvern vurderinger når det konkretiseres.

Identifisert risiko	Vurdert risiko
Virksomheten ivaretar ikke informasjonssikkerhet i tilstrekkelig grad (brudd på GDPR) på grunn av kompetansemangel	

¹³ Personvern | Datatilsynet

¹⁴ Retten til innsyn i egen informasjon, portabilitet, sletting, korrigerings, protesterings, begrensning

Virksomheten har utfordringer med å ivareta informasjonssikkerhet og personvern i eksisterende løsninger i dag	
Virksomheten har utfordring med å ivareta den registreres rettigheter (GDPR kap 3)	
Virksomheten mangler hjemmel for behandling av personopplysninger	
Virksomheten mangler oversikt over flyt av personopplysninger i løsningen	

4.5. Vurdering av identifiserte risikoer knyttet til drift og forvaltning av IKT-funksjoner

Det er også gjort en overordnet vurdering av risiko spesifikt knyttet til drift og forvaltning av IKT-systemer og funksjoner, der tilgangsstyring er et viktig element. Det er grunnleggende viktig at tilgangsstyring, i likhet med alle andre sikkerhetsfunksjoner, etableres og sees i sammenheng i en helhetlig sikkerhetsarkitektur. Foruten tilgangsstyring¹⁵, er også oversikt over enheter og programvare¹⁶, konfigurasjonsstyring¹⁷ og sikkerhetsovervåking¹⁸ viktige sikkerhetsfunksjoner som påvirker kapasitet og evne til beste praksis for tilgangsstyring.

Angripere forsøker ofte å få kontroll over legitime brukere og kontoer i IKT systemer. Neste mål er som regel å øke tilganger og rettighetsnivåer slik at kontoer kan utnyttes for å ta se lenger inn i systemet, samt få tilgang til flere ressurser

Kontroll med bruk av ulike funksjoner og tjenester ved tilgangsstyring er viktig. Tilgangsstyring må derfor sees på i sammenheng med alle funksjonene og tjenestene som skal ivareta tilgangsstyring, i seg selv, men også forsvarlig sikring av IKT-miljøene tilgangsstyrings funksjoner og tjenester utgjør del av.

Dagens situasjon og kompleksitet omfatter store teknologiske variasjoner og ulikheter. Det kan skape flere store og ressurskrevende utfordringer, særlig dersom man i plattformen skal forsøke å integrere og gjenbruke store deler av de eksisterende teknologiske løsningene som er etablert for tilgangsstyring i primærhelsetjenesten. Dette med hensyn til store teknologiske variasjoner og ulikhet, og grunnlag for høy kompleksitet i dagens ulike EPJ-løsninger.

Det er identifisert en risiko kategorisert som høy. Dette er en risiko som omfatter manglende oppdateringsregime for applikasjon, mobile enheter, operativsystemer, server, arbeidsstasjoner eller at registrerte eller kjente sårbarheter ikke rettes. Vi har vurdert denne risikoen til høy fordi det innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester er mange aktører, og mange ulike versjoner av journalsystemene i drift. Aktørene kan ha utfordringer med å oppdatere journalsystemene eller andre systemer til enhver tid, eller leverandører kan ha utfordringer med kapasitet. Konsekvensene er særlig store dersom sårbarheter ikke rettes og dermed kan utgjøre en trussel for konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet i hele økosystemet. På denne måten øker antallet tekniske sårbarheter og tilhørende angrepsvektorer¹⁹ som kan utnyttes av angripere

¹⁵ Se for eksempel Grunnprinsipp 1.2 og Grunnprinsipp 2.6 i NSMs grunnprinsipper for IKT-sikkerhet

¹⁶ Se for eksempel grunnprinsipp 1.2 i NSMs grunnprinsipper for IKT-sikkerhet

¹⁷ Se for eksempel Grunnprinsipp 2.3 og Grunnprinsipp 2.10 i NSMs grunnprinsipper for IKT-sikkerhet

¹⁸ Se eksempelvis Grunnprinsipp 3.2 og Grunnprinsipp 3.3 i NSMs grunnprinsipper for IKT-sikkerhet.

¹⁹ Metoden en angriper velger for å utføre et angrep på en datamaskin, et nettverk eller et system. Eksempler på angrepsvektorer er e-postvedlegg, websider, chat og sosial manipulering.

Innenfor mer moderat risiko er det identifisert flere områder. Et av disse områdene handler om manglende forståelse av ansvar og utførelse av oppgaver mellom aktørene i økosystemet knyttet til kvalitet, oppetid/tilgjengelighet, funksjonalitet osv. Vi anser denne risikoen som moderat fordi vi tenker dette er et område det er reell påvirkningsmulighet på, for eksempel knyttet til å utarbeide gode avtaler mellom aktørene.

Det er også vurdert som en moderat risiko at brukernavn/passord for administratorrolle med utvidede rettigheter til plattformen kommer på avveie internt i virksomheten. Dette kan føre til at ansatte i eksempelvis drift og forvaltning av plattformen får uautorisert administrasjonstilgang til tjenesten/systemet.

Vi anser det også som en risiko dersom systemadministratorer eller annet lokalt IT-personell hos en av aktørene utfører uautoriserte endringer i løsninger som kan påvirke plattformen. Dette kan være særlig vesentlig i en mellomperiode, i en stegvis utvikling. Vi har mange lokale databaser og løsninger i de enkelte kommunene eller hos andre aktører som fastleger der endringer vil kunne påvirke samhandlingsevnen med plattformen.

En annen risiko som er vurdert som moderat er manglende tilgangsstyring på grunn av manglende forståelse av egen rolle, ansvar og oppgaver i økosystemet med mange ulike aktører.

Identifisert risiko	Vurdert risiko
Målrettet/tilfeldig angrep på grunn av at sårbarheter i systemer ikke rettes/patches pga. manglende rutine eller oppdateringsregime	
Målrettet/tilfeldig angrep pga. sårbarheter oppstår fordi sentrale oppgaver og ansvar ikke ivaretas pga. manglende forståelse av ansvar og utførelse av oppgaver mellom aktørene i økosystemet	
Systemadministrator eller annet lokalt IT personell i primærhelsetjenesten eller andre aktører utfører uautoriserte endringer i løsninger som påvirker plattformen (verdikjedeproblematikk)	
Manglende tilgangsstyring på grunn av manglende forståelse av oppgaver, roller og ansvar som fører til at autorisasjon og autentisering ikke blir forvaltet korrekt	

5. EVALUERING AV RISIKO

Det tredje steget i risikovurderingen er evaluering av risiko. Formålet er å gi støtte til beslutninger om hvilke risikoer som må håndteres, og hvilken prioritet håndteringen av dem bør gis. Det går ut på å sammenligne risikonivået som ble avdekket i analysen av risiko i steget foran, med kriterier for å akseptere risiko. Dette er kriterier ledelsen må beslutte og gi som føringer for arbeidet på et senere tidspunkt.

I denne overordnede risikovurderingen kommer vi med eksempler på aktuelle tiltak for å redusere risikonivået og anbefaler at de identifiserte hendelsene med kritisk/høy risiko får høyest prioritet. Deretter må de identifiserte hendelsene med moderat risiko prioriteres.

5.1. Eksempel på tiltak for hendelser med kritisk/høy risiko

Område	Identifisert risiko	Eksempler på tiltak
Konfidensialitet	Informasjon (personopplysninger) på avveie på grunn av teknisk feil	<ul style="list-style-type: none"> • Bruk av rammeverket NSMs grunnprinsipper for IKT-sikkerhet for å metodisk sikre informasjonssystemene i økosystemet (applikasjoner, IKT-plattformer samt digital og fysisk IKT-infrastruktur). Bruk i tillegg produsent- og teknologispesifikk beste praksis, for sikre forsvarlig bruk av enkeltteknologier. • Sikkerhetsfunksjoner sentraliseres i henhold til anbefalinger i beste praksis for IKT-sikkerhet • Foreslå sikkerhetstiltak for de ulike delene av løsningene som eksisterer i de enkelte løsningene i dag (f.eks. kryptering, brannmur og fysisk/logisk sikkerhet for å ha et akseptabelt risikonivå) • Definer enhetlige sikkerhetspolicyer for behandling av persondata • Definer krav til høy sikkerhet for løsningene som må være oppfylt hos aktørene som er leverandører i økosystemet • Rutiner som beskriver ansvarsforhold og hva som skal gjøres når personopplysninger/virksomhetskritiske opplysninger kommer på avveie • Sentrale systemer for overvåking og analyser av sikkerhet (f.eks. SIEM verktøy) • Dedikerte ressurser som har overvåking og analyser av sikkerhet som hovedoppgave • Automatiserte logg analyser • Felles rutiner for hvordan sikkerhetshendelser skal håndteres sentralt og lokalt • God opplæring av ansatte og jevnlig informasjon
Konfidensialitet	Informasjon på avveie på grunn av et tilfeldig eller målrettet angrep	<ul style="list-style-type: none"> • Sikkerhetsfunksjoner sentraliseres i henhold til anbefalinger i beste praksis for IKT-sikkerhet • Sentralisert IAM (Identity and Access Management) løsning • Felles rutiner og retningslinjer for rollebasert tilgangsstyring • Sentrale systemer for overvåking og analyser av sikkerhet (f.eks. SIEM verktøy) • Dedikerte ressurser som har overvåking og analyser av sikkerhet som hovedoppgave • Felles rutiner for hvordan sikkerhetshendelser skal håndteres sentralt og lokalt • Automatiserte logg analyser • Rutiner for gjennomgang av logger med mistenkelige tilganger • God opplæring av ansatte og jevnlig informasjon
Konfidensialitet	Informasjon på avveie fordi brukere ubevisst gjør feil	<ul style="list-style-type: none"> • God opplæring av ansatte og jevnlig informasjon • Automatiserte logg analyser • Felles rutiner for hvordan sikkerhetshendelser skal håndteres sentralt og lokalt

		<ul style="list-style-type: none"> • Jevnlige varslede og ikke-varslede øvelser
Konfidensialitet	Informasjonens konfidensialitet er truet på grunn av at brukernavn/passord for administrator/bruker med utvidede rettigheter til plattformen på avveie internt i virksomheten	<ul style="list-style-type: none"> • Sikkerhetsfunksjoner sentraliseres i henhold til anbefalinger i beste praksis for IKT-sikkerhet • Sentrale systemer for overvåking og analyser av sikkerhet (f.eks. SIEM verktøy) • Felles rutiner for hvordan sikkerhetshendelser skal håndteres sentralt og lokalt • Automatiserte logg analyser • Rutiner for gjennomgang av logger med mistenkelige tilganger • Rutiner for at ledere må jevnlig/månedlig kontrollere at aktive tilganger for sine ansatte stemmer og sørge for å fjerne tilganger til ansatte som har sluttet • God opplæring av ansatte og jevnlig informasjon
Integritet	Informasjonens integritet er truet på grunn av at brukernavn/passord for administrator/bruker med utvidede rettigheter til plattformen på avveie internt i virksomheten	<ul style="list-style-type: none"> • Sikkerhetsfunksjoner sentraliseres i henhold til anbefalinger i beste praksis for IKT-sikkerhet • Sentrale systemer for overvåking og analyser av sikkerhet (f.eks. SIEM verktøy) • Felles rutiner for hvordan sikkerhetshendelser skal håndteres sentralt og lokalt • Automatiserte logg analyser • Rutiner for gjennomgang av logger med mistenkelige tilganger • Rutiner for at ledere må jevnlig/månedlig kontrollere at aktive tilganger for sine ansatte stemmer og sørge for å fjerne tilganger til ansatte som har sluttet • God opplæring av ansatte
Integritet	Informasjonens integritet kan være truet ved at ansatt skriver eller legger inn feil informasjon ved uhell	<ul style="list-style-type: none"> • God prosess-støtte i applikasjonene for å unngå at blant annet dokumentasjon skrives på feil pasient • God opplæring av ansatte og jevnlig informasjon
Integritet	Ansatt opplever at informasjonen ikke er korrekt og pålitelig ved tilfeldige hendelser som strømbrudd, serverkrasj osv.	<ul style="list-style-type: none"> • God opplæring av ansatte og jevnlig informasjon • Sørge for at rutiner og informasjon til enhver tid er oppdatert i forhold til stegvis utvikling • Felles rutiner for hvordan sikkerhetshendelser skal håndteres sentralt og lokalt
Tilgjengelighet	Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig pga. fullstendig bortfall av plattformen (informasjon) kort tid (under en dag) på bakgrunn av tilfeldig/måltrettede angrep	<ul style="list-style-type: none"> • Sikkerhetsfunksjoner sentraliseres i henhold til anbefalinger i beste praksis for IKT-sikkerhet • Redusert kompleksitet og angrepsflater ved å forenkle IKT-driftsmiljø(er) • Sentralisert IAM (Identity and Access Management) løsning • Sentrale systemer for overvåking og analyser av sikkerhet (f.eks. SIEM verktøy) • Dedikerte ressurser som har overvåking og analyser av sikkerhet som hovedoppgave

		<ul style="list-style-type: none"> • Felles rutiner for hvordan sikkerhetshendelser skal håndteres sentralt og lokalt • Automatiserte logg analyser • Rutiner for gjennomgang av logger med mistenkelige tilganger
Tilgjengelighet	Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig pga. fullstendig bortfall av plattformen (informasjon) over lang tid (over en dag) pga. tilfeldige hendelser	<ul style="list-style-type: none"> • Sikkerhetsfunksjoner sentraliseres i henhold til anbefalinger i beste praksis for IKT-sikkerhet • Redusert kompleksitet og angrepsflater ved å forenkle IKT-driftsmiljø(er) • Sentralisert IAM (Identity and Access Management) løsning • Sentrale systemer for overvåking og analyser av sikkerhet (f.eks. SIEM verktøy) • Dedikerte ressurser som har overvåking og analyser av sikkerhet som hovedoppgave • Felles rutiner for hvordan sikkerhetshendelser skal håndteres sentralt og lokalt • Automatiserte logg analyser • Rutiner for gjennomgang av logger med mistenkelige tilganger
Drift/forvaltning	Målrettet/tilfeldig angrep på grunn av at sårbarheter i systemer ikke rettes/patches pga. manglende rutine eller oppdateringsregime	<ul style="list-style-type: none"> • Sikkerhetsfunksjoner sentraliseres i henhold til anbefalinger i beste praksis for IKT-sikkerhet • Redusert kompleksitet og angrepsflater ved å forenkle IKT-driftsmiljø(er) • Sentralisert IAM (Identity and Access Management) løsning • Sentrale systemer for overvåking og analyser av sikkerhet (f.eks. SIEM verktøy) • Dedikerte ressurser som har overvåking og analyser av sikkerhet som hovedoppgave • Felles rutiner for hvordan sikkerhetshendelser skal håndteres sentralt og lokalt • Automatiserte logg analyser • Rutiner for gjennomgang av logger med mistenkelige tilganger. Sørg for at policy/rutiner/informasjon om hvilke versjoner som lokal IT må forholde seg til er oppdatert og sendes ut til aktuelle IT miljø • God opplæring av ansatte og jevnlig informasjon

5.2. Eksempel på tiltak for hendelser med moderat risiko

Område	Identifisert risiko	Eksempler på tiltak
Konfidensialitet	Informasjon på avveie gjennom at informasjonen er synlig og tilgjengelig for personer uten tjenstlig behov	<ul style="list-style-type: none"> • Rutiner for bruk av mobile løsninger • Rutiner som beskriver ansvarsforhold og hva som skal gjøres når personopplysninger/virksomhetskritiske opplysninger kommer på avveie • God opplæring av ansatte

Konfidensialitet	Informasjon på avveie fordi ansatte bevisst bryter regler	<ul style="list-style-type: none"> • Sikkerhetsfunksjoner sentraliseres • Sentrale systemer for overvåking og analyser av sikkerhet (f.eks. SIEM verktøy) • Automatiserte logg analyser • Konsekvenser ved brudd på retningslinjer • God opplæring av ansatte
Integritet	Informasjonens integritet kan være truet ved at ansatte bevisst skriver inn eller endrer informasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Sikkerhetsfunksjoner sentraliseres i henhold til anbefalinger i beste praksis for IKT-sikkerhet • Sentrale systemer for overvåking og analyser av sikkerhet (f.eks. SIEM verktøy) • Automatiserte logg analyser • Konsekvenser ved brudd på retningslinjer • God opplæring av ansatte
Integritet	Informasjonens integritet kan være truet grunnet at det gjennomføres tilfeldige eller målrettede angrep	<ul style="list-style-type: none"> • Sikkerhetsfunksjoner sentraliseres i henhold til anbefalinger i beste praksis for IKT-sikkerhet • Redusert kompleksitet og angrepsflater ved å forenkle IKT-driftsmiljø(er) • Sentralisert IAM (Identity and Access Management) løsning • Sentrale systemer for overvåking og analyser av sikkerhet (f.eks. SIEM verktøy) • Dedikerte ressurser som har overvåking og analyser av sikkerhet som hovedoppgave • Felles rutiner for hvordan sikkerhetshendelser skal håndteres sentralt og lokalt • Automatiserte logg analyser • Rutiner for gjennomgang av logger med mistenkelige tilganger • God opplæring av ansatte
Tilgjengelighet	Ansatt opplever at sluttbrukerapplikasjonene er utilgjengelige	<ul style="list-style-type: none"> • Systemovervåking • Rutiner med tydelige roller, oppgaver og ansvar også inkludert leverandører av sluttbruker applikasjonene
Tilgjengelighet	Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig fra alle nødvendige kilder på bakgrunn av tilfeldige hendelser	<ul style="list-style-type: none"> • Systemovervåking • Varsler om at informasjon ikke er tilgjengelig fra aktuell kilde i sluttbruker applikasjoner
Tilgjengelighet	Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig fra alle nødvendige kilder (også nasjonale løsninger) på bakgrunn av tilfeldig eller målrettede angrep	<ul style="list-style-type: none"> • Systemovervåking • Varsler om at informasjon ikke er tilgjengelig fra aktuell kilde i sluttbruker applikasjoner
Tilgjengelighet	Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig pga. fullstendig bortfall av	<ul style="list-style-type: none"> • Systemovervåking • Varsler om at informasjon ikke er tilgjengelig fra aktuell kilde i sluttbruker applikasjoner

	plattformen (informasjon) over lang tid (over en dag) pga. tilfeldig/målrettede angrep	<ul style="list-style-type: none"> • Sentrale drifts tjenester og ressurser med riktig kompetanse • Sørge for at alle virksomheter i økosystemet har beredskapsplaner for bortfall av tjeneste og/eller data • Sikkerhetsfunksjoner sentraliseres i henhold til anbefalinger i beste praksis for IKT-sikkerhet • Redusert kompleksitet og angrepsflater ved å forenkle IKT-driftsmiljø(er) • Sentralisert IAM (Identity and Access Management) løsning • Sentrale systemer for overvåking og analyser av sikkerhet (f.eks. SIEM verktøy) • Dedikerte ressurser som har overvåking og analyser av sikkerhet som hovedoppgave • Felles rutiner for hvordan sikkerhetshendelser skal håndteres sentralt og lokalt • Automatiserte logg analyser • Rutiner for gjennomgang av logger med mistenkelige tilganger • God opplæring av ansatte
Tilgjengelighet	Informasjonens tilgjengelighet er truet pga. brukernavn/passord for administrator/bruker med utvidede rettigheter til plattformen på avveie internt i virksomheten	<ul style="list-style-type: none"> • Sikkerhetsfunksjoner sentraliseres i henhold til anbefalinger i beste praksis for IKT-sikkerhet • Sentrale systemer for overvåking og analyser av sikkerhet (f.eks. SIEM verktøy) • Felles rutiner for hvordan sikkerhetshendelser skal håndteres sentralt og lokalt • Automatiserte logg analyser • Rutiner for gjennomgang av logger med mistenkelige tilganger • Rutiner for at ledere må jevnlig/månedlig kontrollere at aktive tilganger for sine ansatte stemmer og sørge for å fjerne tilganger til ansatte som har sluttet • God opplæring av ansatte
Tilgjengelighet	Ansatte opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig fordi ansatte gjør feil	<ul style="list-style-type: none"> • Sikkerhetsfunksjoner sentraliseres i henhold til anbefalinger i beste praksis for IKT-sikkerhet • Sentrale systemer for overvåking og analyser av sikkerhet (f.eks. SIEM verktøy) • Felles rutiner for hvordan sikkerhetshendelser skal håndteres sentralt og lokalt • Automatiserte logg analyser • Rutiner for gjennomgang av logger med mistenkelige tilganger • Rutiner for at ledere må jevnlig/månedlig kontrollere at aktive tilganger for sine ansatte stemmer og sørge for å fjerne tilganger til ansatte som har sluttet • God opplæring av ansatte
Personvern (GDPR)	Virksomheten ivaretar ikke informasjonssikkerhet i tilstrekkelig grad (brudd	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuerlig opplæring og bevisstgjøring av medarbeidere i personvern og informasjonssikkerhet • Rutiner

	på GDPR) på grunn av kompetansemangel	
Personvern (GDPR)	Virksomheten har utfordringer med å ivareta informasjonssikkerhet og personvern i eksisterende løsninger i dag	<ul style="list-style-type: none"> • Sentralisering av sikkerhetsfunksjoner • Sentralisering av datalagring • Sørge for at nødvendig informasjon om den enkelte pasient er tilgjengelig og oppdatert på tvers av systemer i virksomheten • Sørge for at alle journalsystemer har tilgangsløgg
Personvern (GDPR)	Virksomheten har utfordring med å ivareta den registreres rettigheter (GDPR kap 3)	<ul style="list-style-type: none"> • Sentralisering av sikkerhetsfunksjoner • Sentralisering av datalagring • Sørge for at innbygger får innsyn i egne personopplysninger • Sørge at innbygger kan utføre sin rett til å få opplysninger om seg selv korrigert og slettet
Drift/forvaltning	Brukernavn/passord for administrator/bruker med utvidede rettigheter til plattformen på avveie	<ul style="list-style-type: none"> • Sikkerhetsfunksjoner sentraliseres i henhold til anbefalinger i beste praksis for IKT-sikkerhet • Sentrale systemer for overvåking og analyser av sikkerhet (f.eks. SIEM verktøy) • Felles rutiner for hvordan sikkerhetshendelser skal håndteres sentralt og lokalt • Automatiserte logg analyser • Rutiner for gjennomgang av logger med mistenkelige tilganger • Rutiner for at ledere må jevnlig/månedlig kontrollere at aktive tilganger for sine ansatte stemmer og sørge for å fjerne tilganger til ansatte som har sluttet • God opplæring av ansatte
Drift/forvaltning	Målrettet/tilfeldig angrep pga. sårbarheter oppstår fordi sentrale oppgaver og ansvar ikke ivaretas pga. manglende forståelse av ansvar og utførelse av oppgaver mellom aktørene i økosystemet	<ul style="list-style-type: none"> • HUKI matrise for ansvarsforhold mellom kommuner/fastleger/aktører, plattformforvalter, nasjonale aktører • Rutiner og retningslinjer hvis ansvarsforholdene i HUKI matrisen ikke ivaretas • Sikkerhetsfunksjoner sentraliseres i henhold til anbefalinger i beste praksis for IKT-sikkerhet • Redusert kompleksitet og angrepsflater ved å forenkle IKT-driftsmiljø(er) • Sentralisert IAM (Identity and Access Management) løsning • Sentrale systemer for overvåking og analyser av sikkerhet (f.eks. SIEM verktøy) • Dedikerte ressurser som har overvåking og analyser av sikkerhet som hovedoppgave • Felles rutiner for hvordan sikkerhetshendelser skal håndteres sentralt og lokalt • Automatiserte logg analyser • Rutiner for gjennomgang av logger med mistenkelige tilganger • God opplæring av ansatte
Drift/forvaltning	Systemadministrator eller annet lokalt IT personell i	<ul style="list-style-type: none"> • Rutiner og retningslinjer angående ansvar og rolle forståelse

	primærhelsetjenesten eller andre aktører utfører uautoriserte endringer i løsninger som påvirker plattformen (verdikjedeproblematikk)	<ul style="list-style-type: none"> • Oppdatert informasjon om systemiske avhengigheter • Sikkerhetsfunksjoner sentraliseres • Sentralisert IAM (Identity and Access Management) løsning • Felles rutiner og retningslinjer for rollebasert tilgangsstyring • Sentrale systemer for overvåking og analyser av sikkerhet (f.eks. SIEM verktøy) • Automatiserte logg analyser • Rutiner for gjennomgang av logger med mistenkelige tilganger • God opplæring av ansatte
Drift/forvaltning	Manglende tilgangsstyring på grunn av manglende forståelse av oppgaver, roller og ansvar som fører til at autorisasjon og autentisering ikke blir forvaltet korrekt	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre god dokumentasjon, god overføring av kompetanse og kunnskap i virksomhetene • Ressurser dedikert til dette område og oppfølging • Rutiner og retningslinjer angående ansvar, rolle og oppgave forståelse • Oppdatert informasjon om systemiske avhengigheter • Sikkerhetsfunksjoner sentraliseres • Sentralisert IAM (Identity and Access Management) løsning • Felles rutiner og retningslinjer for rollebasert tilgangsstyring • Sentrale systemer for overvåking og analyser av sikkerhet (f.eks. SIEM verktøy) • Automatiserte logg analyser • Rutiner for gjennomgang av logger med mistenkelige tilganger • God opplæring av ansatte

6. VIDERE ARBEID MED RISIKO

I forbindelse med planlegging og gjennomføring av utprøvningsfase må prosjektet og tilhørende deltagere gjennomføre tiltak for å sørge for akseptabel risiko. Det må også gjennomføres konkrete risiko- og sårbarhetsvurderinger for hver utprøving.

Det må lages en plan med tydelige frister og hvem som er ansvarlig for gjennomføringen. Planen skal forankres hos prosjektets ledelse. Dersom et planlagte tekniske tiltak for å oppnå akseptabel risiko ikke kan innføres umiddelbart, bør risikoreducerende administrative tiltak i form av f.eks. rutine vurderes. Risikomatriksen etter tiltak er gjennomført må oppdateres.

7. UNDERLAG

7.1. Risiko- og sårbarhetsanalyse

Risiko- og Sårbarhetsanalyse

Formål For å sikre god innretning av arbeid med informasjonssikkerhet og personvern er det gjennomført en overordnet risikovurdering i forhold til en tenkt første kommune som tar i bruk tiltaket. I denne fasen har vi ikke detaljkunnskap om løsningselementene (plattform, understøttende IKT-infrastruktur samt applikasjonene som skal kjøres mot plattformen). Det medfører at overordnede betraktninger og vurderinger legges til grunn i vurderingen. Dette er gjort med bakgrunn i å etablere et grunnlag for kunnskap om verdier som behandles i og av økosystemet.

Risikovurderingen kan gi grunnlag for både ny og samlet kunnskap om forutsetninger og prinsipper som kan bli gjeldende. Den kan også legges til grunn for å planlegge tilpassede risikoreducerende tiltak, eksempelvis i arbeid med utprøving, design- og utvikling, anskaffelser og implementering. I forbindelse med utprøving kan denne risikovurderingen brukes som grunnlag for arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern. For å klassifisere hendelsene er rapport fra prosjektet Felles nasjonalt klassifikasjonssystem for uønskede hendelser brukt

Id	Område	Klassifisering/Årsak	Uønskede hendelser	Beskrivelse	Konsekvens for hvem eller hva	Eksisterende tiltak	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-verdi
1	Konfidensialitet	3.4.6/ Svikt i IKT	Informasjon på avveie på grunn av teknisk sårbarhet	Dette kan skje av ulike årsaker, og mange integrasjoner øker risiko. Noen eksempler er manglende kryptering av data "in transit (SSL/TLS)» over offentlige nettverk gjør det mulig for andre å avlytte datatrafikk, hacking, eller teknisk feil hos en av aktørene som gjør at informasjon kommer på avveie	Brudd på lov (GDPR) for virksomhet Økonomiske tap (eks. bøter) for virksomhet Tap av omdømme for virksomhet (ved konsekvens for innbyggere) Personopplysninger på avveie for den registrerte	Sikkerhet i løsningene (kryptering, brannmur og det som ligger rundt løsningene i dag)	3	4	12

2	Konfidensialitet	2.5.9/ Menneskelig svikt	Informasjon på avveie gjennom at informasjonen er synlig og tilgjengelig for personer uten tjenstlig behov	Eksempelvis kan mobile løsninger medføre en risiko for at informasjon sees av personer uten tjenstlig behov der den ansatte befinner seg. Evt hjemmekontor. Denne informasjonen kan dermed komme på avveie eller misbrukes.	Brudd på lov (GDPR) for virksomhet Økonomiske tap (eks. bøter) for virksomhet Tap av omdømme for virksomhet (ved konsekvens for innbyggere) Personopplysninger på avveie for den registrerte	Rutiner/ prosedyrer	2	4	8
3	Konfidensialitet	2.5.9/ Menneskelig svikt	Informasjon på avveie fordi brukere ubevisst gjør feil	Ansatte kan ubevisst gjøre feil og tilgjengeliggjøre informasjon ved bruk av digitale verktøy, mobile verktøy	Brudd på lov (GDPR) for virksomhet Økonomiske tap (eks. bøter) for virksomhet Tap av omdømme for virksomhet (ved konsekvens for innbyggere) Personopplysninger på avveie for den registrerte		4	4	16
4	Konfidensialitet	3.1.4/ Prosedyre ikke fulgt	Informasjon på avveie til ansatte som ikke lenger har tjenstlig behov for å se informasjonen	For eksempel ved manglende vedlikehold av tilgang og tilgangsstyring, ved bytte av arbeidsted innad i virksomheten etc. Manglende periodisk revisjon og kontroll av roller, rettigheter og ansvar til tjenesten/ systemet/ løsningen. Særlig relevant for ansatte som bytter arbeidssted, men internt i samme virksomhet slik at man fortsatt har AD tilgang.	Brudd på lov (GDPR) for virksomhet Økonomiske tap (eks. bøter) for virksomhet Tap av omdømme for virksomhet (ved konsekvens for innbyggere) Personopplysninger på avveie for den registrerte	Rutiner/ prosedyrer	2	2	4
5	Konfidensialitet	2.5.9/ Menneskelig svikt	Informasjon på avveie fordi ansatte bevisst bryter regler	Ansatte kan snoke eller hente ut data for å misbruke. Dette kan være av egen vinning, eller på grunn av press eller økonomiske fordeler	Brudd på lov (GDPR) for virksomhet Økonomiske tap (eks. bøter) for virksomhet Tap av omdømme for virksomhet (ved konsekvens for innbyggere) Personopplysninger på avveie for den registrerte	Retningslinjer	2	4	8

6	Konfidensialitet	3.4.6/ Svikt i IKT	Plattformen tilgjengeliggjør informasjon til virksomheter som ikke skal ha tilgang til informasjonen	For eksempel grunnet teknisk feil ved oppdateringer eller andre hendelser	Brudd på lov (GDPR) for virksomhet Store økonomiske tap (eks. bøter) for virksomhet Tap av omdømme for virksomhet (ved konsekvens for innbyggere) Personopplysninger på avveie for den registrerte		1	4	4
7	Konfidensialitet	3.4.6/ Svikt i IKT	Informasjon på avveie på grunn av et tilfeldig eller målrettet angrep	Et tilfeldig angrep kan skyldes skadevare som eksempelvis kryptovirus, løseware Målrettet angrep eksempelvis fra hackere. Kan gjøres på grunn av egen vinning, cyberkriminalitet, egen underholdning Målrettede angrep kan være hacking gjennomført på oppdrag fra aktører	Brudd på lov (GDPR) for virksomhet Store økonomiske tap (eks. bøter) for virksomhet Tap av omdømme for virksomhet (ved konsekvens for innbyggere) Personopplysninger på avveie for den registrerte Svikt i helse og omsorgstjenester med fare for liv og helse	Sikkerhet i løsningene (kryptering, brannmur og det som ligger rundt løsningene i dag)	4	4	16
8	Konfidensialitet	3.1.4/ Prosedyre ikke fulgt	Informasjonens konfidensialitet er truet på grunn av at brukernavn/passord for administrator/bruker med utvidede rettigheter til plattformen kommer på avveie internt i virksomheten	Ansatte i forvaltning og drift av plattform får uautorisert administratortilgang til tjenesten/systemet og dette utfordrer konfidensialiteten	Brudd på lov (GDPR) for virksomhet Store økonomiske tap (eks. bøter) for virksomhet Tap av omdømme for virksomhet (ved konsekvens for innbyggere) Personopplysninger på avveie for den registrerte Svikt i helse og omsorgstjenester med fare for liv og helse	Rutiner/ prosedyrer	2	5	10
9	Integritet	2.5.9/ Prosedyre ikke fulgt	Informasjon blir ikke rettet eller slettet fordi det kun er leverandør som kan gjøre dette i sluttbrukerløsninger	Hvis de skal endre dokumentasjon i journalløsning eller annen applikasjon må de kontakte leverandør for bistand til dette. I enkelte sluttbrukerapplikasjoner er det	Brudd på lov (GDPR) for virksomhet Personopplysninger for den registrerte er ikke korrekte	Rutiner/ prosedyrer	1	2	2

				kun leverandør som kan endre eller slette informasjon					
10	Integritet	2.5.9/ Menneskelig svikt	Informasjonens integritet kan være truet ved at ansatte bevisst skriver inn eller endrer informasjon	Ansatte kan skrive inn eller endre data som ikke skal være der, pga vond vilje	Brudd på lov (GDPR) for virksomhet Økonomiske tap (eks. bøter) for virksomhet Tap av omdømme for virksomhet (ved konsekvens for innbyggere) Personopplysninger om den registrerte er ikke korrekte	Retningslinjer	2	4	8
11	Integritet	2.5.9/ Menneskelig svikt	Informasjonens integritet kan være truet ved at ansatt skriver eller legger inn feil informasjon ved uhell	Ansatte kan skrive inn eller endre data som ikke skal være der, både pga ansatte som gjør feil uvitende, uhell, slurv (dokumenterer på feil pasient)	Brudd på lov (GDPR) for virksomhet Økonomiske tap (eks. bøter) for virksomhet Tap av omdømme for virksomhet (ved konsekvens for innbyggere) Personopplysninger om den registrerte er ikke korrekte		4	4	16
12	Integritet	3.4.6/ Svikt i IKT	Informasjonens integritet kan være truet grunnet at det gjennomføres tilfeldige eller målrettet angrep	Ved tilfeldige angrep kan informeres endres, slettes etc	Brudd på lov (GDPR) for virksomhet Store økonomiske tap (eks. bøter) for virksomhet Tap av omdømme for virksomhet (ved konsekvens for innbyggere) Personopplysninger om den registrerte er ikke korrekte	Sikkerhet i løsningene (kryptering, brannmur og det som ligger rundt løsningene i dag)	2	4	8
13	Integritet	3.4.1/ Svikt i IKT	Ansatt opplever at informasjonen ikke er korrekt og pålitelig ved tilfeldige hendelser som strømbrudd, serverkrasj osv	Pga ulike hendelser er ikke oppdatert informasjon som er tilgjengelig i løsningen	Brudd på lov (GDPR) Økonomiske tap (eks. bøter) Tap av omdømme (ved konsekvens for innbyggere) Fare for liv og helse for den registrerte		4	4	16

14	Integritet	3.1.4/ Prosedyre ikke fulgt	Informasjonens integritet er truet på grunn av at brukernavn/passord for administrator/bruker med utvidede rettigheter til plattformen på avveie internt i virksomheten	Ansatte i forvaltning og drift av plattform får uautorisert administratortilgang til tjenesten/systemet og kan utfordre informasjonens integritet.	Brudd på lov (GDPR) Økonomiske tap (eks. bøter) Tap av omdømme (ved konsekvens for innbyggere) Personopplysninger om den registrerte er ikke korrekt	Rutiner/ prosedyrer	2	5	10
15	Tilgjengelighet	3.4.1/ Svikt i IKT	Ansatt opplever at sluttbrukerapplikasjoner er utilgjengelige	Ansatte vil ikke ha tilgang til informasjon. Kan medføre bortfall av kritiske tjenester for å ivareta forsvarlig helsehjelp til innbyggere over lengre tid.	Brudd på lov (GDPR) Støre økonomiske tap (eks. bøter) Tap av omdømme (ved konsekvens for innbyggere) Fare for liv og helse for den registrerte	Gjennomføre ROS analyse ved ibrugging av løsninger. Beredskapsplaner ved hendelser. Tydelig rolle og oppgave ansvar, også opp mot leverandør.	2	4	8
16	Tilgjengelighet	3.4.1/ Svikt i IKT	Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig fra alle nødvendige kilder på bakgrunn av tilfeldige hendelser	I en stegvis utvikling vil økosystemet bestå av mange ulike løsninger og lagringsmuligheter (lokale kopier, sluttbrukerløsninger som lagrer, plattformen nede). Informasjon vil i en mellomperiode være tilgjengelig fra flere ulike kilder. Grunnet feil i integrasjoner, eller applikasjon, lokale servere og plattform) kan det være en risiko for det er kilder som kan være utilgjengelige.	Brudd på lov (GDPR)		2	4	8
17	Tilgjengelighet	3.4.1/ Svikt i IKT	Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig pga. fullstendig bortfall av plattformen (informasjon) kort tid	Ansatte får ikke tilgang til relevant informasjon til sitt arbeid i en periode på under en dag	Brudd på lov (GDPR) Økonomiske tap (eks. bøter) Tap av omdømme (ved konsekvens for innbyggere) Fare for liv og helse for den registrerte	Rutiner/ prosedyrer	2	4	8

			(under en dag) på bakgrunn av tilfeldige hendelser						
18	Tilgjengelighet	3.4.1/ Svikt i IKT	Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig pga. fullstendig bortfall av plattformen (informasjon) over lang tid (over en dag) pga tilfeldige hendelser	Ansatte får ikke tilgang til relevant informasjon til sitt arbeid på mer enn en dag	Brudd på lov (GDPR) Store økonomiske tap (eks. bøter) Tap av omdømme (ved konsekvens for innbyggere) Fare for liv og helse for den registrerte	Rutiner/ prosedyrer	2	5	10
19	Tilgjengelighet	3.4.1/ Svikt i IKT	Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig fra nasjonale løsninger pga. tilfeldige hendelser	Nasjonale løsninger er utilgjengelige. Plattformens egenskap i å sammenstille informasjon vil derfor ikke fungere	Brudd på lov (GDPR)	Rutiner/ prosedyrer	1	4	4
20	Tilgjengelighet	2.5.9/ Menneskelig svikt	Ansatte opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig fordi ansatte bevisst bryter regler	Ansatte kan bevisst flytte pasienter organisatorisk eller på andre måter blokkere andres ansatte tilgang til relevant informasjon	Brudd på lov (GDPR) Fare for liv og helse for den registrerte	Retningslinjer	1	4	4
21	Tilgjengelighet	2.5.9/ Menneskelig svikt	Ansatte opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig fordi ansatte gjør feil	Ansatte kan ubevisst flytte pasienter organisatorisk eller på andre måter blokkere andres ansatte tilgang til relevant informasjon	Brudd på lov (GDPR) Fare for liv og helse for den registrerte		2	4	8
22	Tilgjengelighet	3.4.1/ Svikt i IKT	Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig fra alle nødvendige kilder (også nasjonale løsninger) på bakgrunn av tilfeldig eller målrettede angrep		Brudd på lov (GDPR) Store økonomiske tap (eks. bøter) Tap av omdømme (ved konsekvens for innbyggere) Fare for liv og helse for den registrerte	Sikkerhet i løsningene (kryptering, brannmur og det som ligger rundt løsningene i dag)	3	3	9

23	Tilgjengelighet	3.4.1/ Svikt i IKT	Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig pga. fullstendig bortfall av plattformen (informasjon) kort tid (under en dag) på bakgrunn av tilfeldig/målrettede angrep		Brudd på lov (GDPR) Store økonomiske tap (eks. bøter) Tap av omdømme (ved konsekvens for innbyggere) Fare for liv og helse for den registrerte	Sikkerhet i løsningene (kryptering, brannmur og det som ligger rundt løsningene i dag)	3	4	12
24	Tilgjengelighet	3.4.1/ Svikt i IKT	Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig pga. fullstendig bortfall av plattformen (informasjon) over lang tid (over en dag) pga. tilfeldig/målrettede angrep		Brudd på lov (GDPR) Store økonomiske tap (eks. bøter) Tap av omdømme (ved konsekvens for innbyggere) Fare for liv og helse for den registrerte	Sikkerhet i løsningene (kryptering, brannmur og det som ligger rundt løsningene i dag)	1	5	5
25	Tilgjengelighet	3.1.4/ Prosedyre ikke fulgt	Informasjonens tilgjengelighet er truet pga. brukernavn/passord for administrator/bruker med utvidede rettigheter til plattformen på avveie internt i virksomheten	Ansatte i forvaltning og drift av plattform får uautorisert administratortilgang til tjenesten/systemet og kan ta ned hele tjenesten. Dette kan utfordre tilgjengelighet	Brudd på lov (GDPR) Store økonomiske tap (eks. bøter) Tap av omdømme (ved konsekvens for innbyggere) Fare for liv og helse	Rutiner/ prosedyrer	1	5	5
26	Personvern (GDPR)	2.5.9/ Prosedyre ikke fulgt	Virksomheten mangler hjemmel for behandling av personopplysninger		Brudd på lov (GDPR) Store økonomiske tap (eks. bøter) Tap av omdømme (ved konsekvens for innbyggere) Ulovlig behandling av den registrertes personopplysninger	Rutiner/ prosedyrer	1	4	4

27	Personvern (GDPR)	2.5.9/ Prosedyre ikke fulgt	Virksomheten mangler oversikt over flyt av personopplysninger i løsningen	Manglende skisse over dataflyt	Brudd på lov (GDPR) Store økonomiske tap (eks. bøter) Tap av omdømme (ved konsekvens for innbyggere)	Rutiner/ prosedyrer	1	3	3
28	Personvern (GDPR)	2.5.9/ Prosedyre ikke fulgt	Virksomheten ivaretar ikke informasjonssikkerhet i tilstrekkelig grad (brudd på GDPR) på grunn av kompetansemangel	Manglende gjennomføring av kontinuerlig opplæring og bevisstgjøring av medarbeidere i personvern og informasjonssikkerhet	Brudd på lov Store økonomiske tap (eks. bøter) Tap av omdømme (ved konsekvens for innbyggere) Registrertes rettigheter blir ikke ivaretatt	Obligatorisk opplæring i informasjonssikkerhet og personvern for nytilsatte	2	3	6
29	Personvern (GDPR)	2.5.9/ Prosedyre ikke fulgt	Virksomheten har utfordringer med å ivareta informasjonssikkerhet og personvern i eksisterende løsninger i dag		Brudd på lov (GDPR) Store økonomiske tap (eks. bøter) Tap av omdømme (ved konsekvens for innbyggere) Registrertes rettigheter blir ikke ivaretatt	Gjennomføre DPIA for hver ny løsning som tas i bruk, samt oppdatere vurderingen etter anbefalte retningslinjer	3	3	9
30	Personvern (GDPR)	2.5.9/ Prosedyre ikke fulgt	Virksomheten har utfordring med å ivareta den registreres rettigheter (GDPR kap 3)	Den registrerte får ikke oppfylt: Retten til innsyn i egne opplysninger, retten til portabilitet, retten til sletting, retten til korrigering, retten på å protestere, retten til begrensing	Brudd på lov (GDPR) Store økonomiske tap (eks. bøter) Tap av omdømme (ved konsekvens for innbyggere) Registrertes rettigheter blir ikke ivaretatt	Rutiner/ prosedyrer	2	3	6
31	Drift/ forvaltning	3.4.1/ Svikt i IKT	Måltrettet/tilfeldig angrep på grunn av at sårbarheter i systemer ikke rettes/patches pga. manglende rutine eller oppdateringsregime	Kommuner, fastleger og andre relevante aktører i økosystemet. Manglende oppdateringsregime for applikasjon/ webapp/ app for mobil enhet, operativsystem, server, arbeidsstasjon og oppdagede/kjente sårbarheter rettes/patches ikke	Brudd på lov (GDPR) Store økonomiske tap (eks. bøter) Tap av omdømme (ved konsekvens for innbyggere) Fare for liv og helse for den registrerte	Rutiner/ prosedyrer	3	4	12

32	Drift/ forvaltning	3.5.6/ Uklare ansvarsforhold	Målretta/tilfeldig angrep pga. sårbarheter oppstår fordi sentrale oppgaver og ansvar ikke ivaretas pga. manglende forståelse av ansvar og utførelse av oppgaver mellom aktørene i økosystemet	Dette kan gjelde eksempelvis knyttet til kvalitet, oppetid/tilgjengelighet, funksjonalitet osv	Brudd på lov (GDPR) Store økonomiske tap (eks. bøter) Tap av omdømme (ved konsekvens for innbyggere) Fare for liv og helse for den registrerte	Rutiner/ prosedyrer	2	4	8
33	Drift/ forvaltning	3.4.1/ Svikt i IKT	Systemadministrator eller annet lokalt IT personell i primærhelsetjenesten eller andre aktører utfører uautoriserte endringer i løsninger som påvirker plattformen (verdikjedeproblematikk)	Spesielt vesentlig i mellomperiode (Stegvis utvikling). Vi har mange lokale databaser, og der kan systemadm og annet IT-personell i primærhelsetjenesten gjøre uautoriserte endringer som kan påvirke plattformen	Økonomiske konsekvenser Fare for liv og helse ved bortfall av informasjon Tap av omdømme	Rutiner/ prosedyrer	2	4	8
34	Drift/ forvaltning	3.5.6/ Uklare ansvarsforhold	Manglende tilgangsstyring på grunn av manglende forståelse av oppgaver, roller og ansvar som fører til at autorisasjon og autentisering ikke blir forvaltet korrekt	Manglende forståelse av egen rolle, ansvar og oppgave i økosystemet med mange ulike aktører	Brudd på lov (GDPR) Økonomiske tap (eks. bøter) Tap av omdømme (ved konsekvens for innbyggere) Registrertes personopplysninger kan	Rutiner/ prosedyrer	2	3	6

7.2. Definisjoner i Risiko- og sårbarhetsanalyse

Risikoverdi = sannsynlighet * konsekvens

Risikoverdien vil være et tall mellom 1 og 25. Vi opererer med følgende tolkning av risikoverdien:

Lav risiko:	≤	Risikoverdi	≤	4	terskel for tiltak
Moderat risiko:	≤	Risikoverdi	≤	9	
Høy risiko:	≤	Risikoverdi	≤	16	
Kritisk risiko:	≤	Risikoverdi	≤	25	

Hvis konsekvensen av en risikofaktor er vurdert som kritisk, så vil risikoverdien aldri bli under "moderat" selv om sannsynligheten for at risikofaktoren skal inntreffe er vurdert som "lav". Dette gjenspeiler behovet for at prosjekter alltid må følge opp risikofaktorer med potensielt kritiske konsekvenser og revurdere disse med jevne mellomrom, for å sikre at sannsynligheten for at de inntreffer ikke har økt.

5	5	10	15	20	25
4	4	8	12	16	20
3	3	6	9	12	15
2	2	4	6	8	10
1	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Sannsynlighet	Lite sannsynlig	Noe sannsynlig	Sannsynlig	Ganske sannsynlig	Meget sannsynlig
-	Fra en gang pr år til hvert 10 år	1-4 ganger pr år	1 gang i mnd	Ukentlig	Daglig
Konsekvens	Ubetydelig	Mindre alvorlig	Betydelig	Alvorlig	Svært alvorlig
Liv og helse	Ubetydelig, ingen skader på personer eller ansattes arbeidssituasjon.	Mindre skader på personer eller ansattes arbeidssituasjon. Medfører ikke sykefravær.	Flere syke og/eller alvorlig personskade, innleggelse på sykehus, langvarig sykefravær. Betydelig skade på de ansattes arbeidssituasjon.	Enkelt dødsfall og/eller stor smittespredning. Stor skade på ansattes arbeidssituasjon.	Flere døde. Ugjenopprettelig skade på de ansattes arbeidssituasjon.
Tilgjengelighet/ operativ evne	Tjeneste blir ikke påvirket. Ubetydelig påvirkning.	Bortfall av tjeneste/leveranse innenfor operative mål (serviceerklæring, avtaler o.l.) i enkeltområder. Mindre driftsforstyrrelser som fører til små endringer i tjenesteproduksjon.	Bortfall av tjeneste utover operative mål (timer) i enkeltområder. Driftsforstyrrelser som medfører omfattende endringer i tjenesteproduksjon.	Bortfall av tjeneste utover operative mål (dager i enkeltområder eller timer i større områder). Kommunen kan kun levere begrenset med lovpålagte tjenester.	Langvarig svikt som rammer større områder utover flere dager. Kommunen evner ikke å levere lovpålagte tjenester.
Omdømme / tillit	Ingen omtale eller innvirkning.	Noe negativ omtale hos medier og interessenter.	Negativ omtale hos medier og interessenter som svekker tilliten til oss.	Betydelig negativ omtale hos medier og interessenter, som stiller spørsmål ved vår evne til å løse vårt samfunnsoppdrag.	Massiv omdømmeskade og uopprettelig tillitssvikt rammer vår ledelse og/eller styre.
Ytre miljø	Ingen miljøskader. Ubetydelig restitusjonstid.	Kortvarig lokal påvirkning av lukt, støy og begrenset utslipp til jord, vann og luft. Kort restitusjonstid etter påført miljøkonsekvenser.	Påvirkning på ytre miljø med omfattende utslipp til jord, vann og luft. Lang restitusjonstid etter påført miljøkonsekvenser.	Langvarig skader på flora og fauna. Fiskedød, omfattende utslipp til vann/jord.	Alvorlig utslipp med irreversibel effekt og varig miljøkonsekvens. Fare for liv og helse.
Materiell/ økonomi	Skaden(e) har en kostnad på under 10 000 kroner.	Skaden(e) har en kostnad på mellom 10 000 og 100 000 kroner.	Skaden(e) har en kostnad på mellom 100 000 og 1 000 000 kroner.	Skaden(e) har en kostnad på mellom 1 000 000 og 5 000 000 kroner, eller virksomheten har mer enn 1 uke på å skaffe til veie likvide midler over 500 000 kroner.	Skaden(e) har en kostnad på over 5 000 000 kroner, eller virksomheten har under 1 uke på å skaffe til veie likvide midler over 1 000 000.

Konfidensialitet	Intet uautorisert innsyn i helse- og personopplysninger, ikke brudd på personvernet	Uautorisert innsyn i enkelte helse- og personopplysninger og lovbrudd, Brudd på personvernet for et lite antall pasienter	Uautorisert innsyn i flere helse- og personopplysninger, mulighet for endring og brudd på lov, Brudd på personvernet for et moderat antall pasienter	Uautorisert innsyn i store mengder helse- og personopplysninger, mulighet for endring og brudd på lov, Brudd på personvernet for et stort antall pasienter	Fullt uautorisert innsyn i eller mulighet for endring av alle helse- og personopplysninger og brudd på lov, Tilgang til behandlingsrettet helseregister (inkl. EPJ) og helse- og personopplysninger kommer på avveie
Integritet	Mangel på integritet vil være ubetydelig, neglisjerbar.	Mangel på integritet er mindre viktig, men kan påvirke internt arbeid (data går tapt).	Mangel på integritet kan skape merarbeid for å verifisere korrekthet og/eller tap av tillit hos enkeltaktører og/eller mindre grupper av aktører (mistanke om endring).	Mangel på integritet kan skape store mengder merarbeid for å verifisere korrekthet og/eller tap av tillit som påvirker evnen til å utføre en funksjon, eller gjøre det vanskelig å gjenskape korrekt data (data på avveie).	Mangel på integritet kan skape store mengder merarbeid for å verifisere korrekthet og/eller tap av tillit som påvirker evnen til å utføre en funksjon, eller gjøre det umulig å gjenskape korrekt data (data er korrupt, endret, modifisert, lagt til, eller byttet ut).

Felles kommunal journal interim AS

Bilag 7.1.1:

Sluttrapport samarbeid FKJI og NHN

Styringsdokument

Felles journalløft for kommuner

Oppsummering og anbefaling

Denne rapporten er utarbeidet av administrasjonen i Felles kommunal journal interim AS (FKJI) med ressursbistand fra Norsk Helsenett SF (NHN). FKJI er et selskap heleid av KS som har som hovedoppgave å gjennomføre prosjektet Felles kommunal journal (FKJ) i innværende fase. Målet i denne fasen er å utarbeide et underlag for kommunal beslutning om deltagelse i en eventuell realisering av prosjektet. I underlaget skal det inngå et eksternt kvalitetssikret styringsdokument samt et mandat for en realiseringsfase. Målet for prosjektet er utvikling av en felles journalløsning som tilbys kommunene utenfor Midt-Norge. NHN er et selskap heleid av Helse og omsorgsdepartementet (HOD) som har oppgaven som nasjonal tjenesteleverandør i den samlede helse- og omsorgssektoren.

KS og staten ved HOD har inngått en samarbeidsavtale hvor staten forplikter seg til

å støtte formålet til FKJI. Staten forplikter seg gjennom avtalen på en rekke områder som bl.a.:

- bidra med ressurser og kompetanse inn i samarbeidsprosjektet fra relevante statlige etater og virksomheter, eksempelvis Direktoratet for e-helse
- legge til rette for at NHN kan bidra inn i samarbeidsprosjektet på en rekke nærmere spesifiserte områder
- finansiere programaktiviteter i hht. de føringene som følger av Statsbudsjett og tilskudsregelverk

På denne bakgrunn etablerte FKJI og NHN et samarbeidsprosjekt i februar 2022 med mandat å vurdere hvordan NHN sine eksisterende og planlagte løsninger kan bidra til å realisere prosjektets mål og hvilke oppgaver som må løses på andre måter. Videre skulle det ses på hvordan NHN eventuelt kan bidra til realisering av prosjektet i det korte og lange perspektivet, herunder også en vurdering av mulige samarbeids- og organisasjonsformer.

Det er vår vurdering at det er et godt grunnlag for å fortsette prosessen med tanke på et mer formalisert samarbeid.

Sentrale funn og konklusjoner er:

- En stor andel av behovene for tilgang til relevant informasjon kan dekkes gjennom de nasjonale plattforms- og samhandlingstjenestene
- Det må i tillegg etableres en løsning som tar vare på og presenterer for gjenbruk de informasjonselement som er nødvendig for å sikre kommunene tilgang til all relevant pasientinformasjon, uavhengig av kilde, tjenestested og profesjonsgruppe
- Den konseptuelle løsningstilnærmingen som beskrives anses som en riktig og realiserbar innretning
- Gjennom en RFI våren 2022 er det sannsynliggjort at et er mulig å finne løsninger i markedet som kan bidra til å realisere det beskrevne konseptet

Hovedanbefalingene er:

- FKJ realiseres i et samspill mellom NHN sine eksisterende og planlagte løsninger og en løsning for kommunene som har to hovedprodukter:
 - En plattform som lagrer, sammenstiller og presenterer relevant pasientinformasjon fra de ulike informasjonskildene
 - En «markeds plass» for felles innkjøp og forvaltning av sluttbrukerløsninger, samhandling mellom grupper av kommuner samt med leverandørene og testing og utprøving av nye løsninger
- Sluttbrukerløsninger utvikles, leveres og driftes av leverandørmarkedet (eksisterende og nye leverandører)
- Innbyggertjenester leveres som utgangspunkt via helsenorge.no og eventuelt i tillegg via lokale løsninger

- I det videre samarbeid vurderes også andre mulige samarbeidsparter som kan bidra til realisering, herunder spesifikt KS Digitale fellestjenester (DIF)
- Det etableres et felleseid selskap mellom staten v/NHN og kommunesektoren (eierkonstellasjon på kommunesiden må avklares nærmere)
- Det felleseide selskapet gis ansvaret for å etablere og levere de tjenester som ikke dekkes av NHN sine eksisterende og planlagte tjenester, samt det som i prosjektet betegnes som «Markedsplassen»
- Realisering av prosjektet forutsettes finansiert med statlig dekning av programkostnader i tråd med tidligere vedtak og tilhørende forutsetninger
- Framtidig finansiering av virksomheten (drift av selskapet og drift/forvaltning av løsningene) må vurderes i det videre prosjektet, men det må etableres pris- og finansieringsmodeller som sikrer deltagende kommuner en bærekraftig økonomi. Dette kan være en kombinasjon av kommunal og statlig finansiering
- Det legges til grunn at kommunene fortsatt benytter alle pålagte og relevante nasjonale tjenester – inklusive helsenettet
- Om hensiktsmessig og ønskelig kan NHN sin infrastruktur benyttes i realiseringen
- Om hensiktsmessig og ønskelig kan drift og/eller forvaltning av framtidige løsninger leveres av NHN

Vår felles anbefaling er at NHN og FKJI innleder et videre samarbeid med sikte på å styrke arbeidet med et styringsdokument for en gjennomføringsfase og for å forberede en eventuell gjennomføring. Det anbefales at arbeidet med de ulike organisasjonsmodellene fortsetter, men at det tas sikte på en rask prosess slik at etablering/omorganisering av et felleseid selskap starter så raskt som mulig, og at det vurderes om dette selskapet etter opprettelse også skal ta ansvaret for videreføring av prosjektet FKJ i innværende fase eller om selskapet først skal tre i virksomhet i en realiseringsfase. Vi anbefaler at ulike selskapsformer (aksjeselskap, særlovsselskap mv) utredes videre. Uavhengig av valgt selskapsform anbefales at selskapet etableres med en balansert eierfordeling, men i henhold til partenes egne vurderinger.

Innhold

1	Samarbeid FKJI og Norsk helsenett.....	5
2	Dokumentets oppbygning.....	5
3	Bakgrunn og behov FKJ.....	6
4	Forretningsmodell.....	7
4.1	Hvem skal FKJ være til for (kundesegment).....	7
4.2	Verdiforslag.....	7
4.3	Tjenester FKJ skal levere.....	8
5	Løsningsmuligheter.....	8
5.1	Overordnet løsningskisse.....	8
5.2	NHN nasjonale tjenester.....	10
5.3	Gap-analyse.....	11
5.4	Beskrivelse av løsningskomponenter.....	11
5.4.1	<i>Plattform.....</i>	12
5.4.2	<i>Nasjonale samhandlingsløsninger.....</i>	12
5.4.3	<i>Felles programvareinfrastruktur.....</i>	12
5.5	Realiseringsmodeller.....	13
5.5.1	<i>Modell a – Håndtering av lokalt systemlandskap.....</i>	13
5.5.2	<i>Modell b – Håndtering av nasjonale samhandlingsløsninger.....</i>	14
5.5.3	<i>Modell c – Gjenbruk av sentral infrastruktur for å løse lokale problemstillinger.....</i>	15
5.6	Markeds plass.....	15
5.7	Sluttbrukerløsninger.....	16
5.8	Standarder.....	16
6	Mulige samarbeidskonstellasjoner.....	17
7	Organisasjonsmodeller.....	17
7.1	Alternative organisasjonsmodeller.....	17
7.1.1	<i>Rent kommunalt leveranseselskap (modell 1).....</i>	18
7.1.2	<i>Felleseid leveranseselskap NHN/kommunesektor (modell 2).....</i>	18
7.1.3	<i>NHN omgjøres til felleseid selskap med ansvar for alle leveranser (modell 3).....</i>	18
7.1.4	<i>Oppsummering og anbefaling.....</i>	19
8	Videre samhandling.....	19
8.1	Selskapsetablering.....	19
8.2	NHN sin rolle.....	20
8.2.1	<i>Inneværende fase.....</i>	20
8.2.2	<i>Gjennomføringsfasen.....</i>	20
9	Finansieringsmodeller.....	20
10	Juridiske vurderinger.....	21
10.1	Konkurranserett.....	21
10.1.1	<i>Ingen gjensidig bebyrdende kontrakt.....</i>	21
10.1.2	<i>Eneleverandør-unntaket.....</i>	21
10.1.3	<i>Utvidet egenregi.....</i>	21
10.1.4	<i>Offentlig-offentlig samarbeid.....</i>	21
10.2	Statsstøtteregler.....	22
10.3	Personvern og GDPR.....	22
10.4	Sektorlovgivning.....	22

Samarbeid FKJ og Norsk helsenett

Dette samarbeidsprosjektet har sitt utgangspunkt i at staten har forpliktet seg til å bidra til realisering av Felles kommunal journal (FKJ). Det ble inngått en samarbeidsavtale mellom KS og HOD 7. september 2021, der HOD gir sin støtte til interimsselskapets innretning og formål, herunder:

«arbeidet skal gjøres i nært samarbeid med samarbeidskommuner, KS, Direktoratet for E-helse og Norsk Helsenett SF»

Staten skal blant annet bidra med kompetanse og ressurser inn i samarbeidsprosjektet fra relevante statlige etater og virksomheter, herunder Norsk helsenett SF. Dette er også tydeliggjort i selskapets (NHN) oppdrag fra HOD gjennom foretaksprotokoll for 2022 som legges til grunn for NHN sin deltagelse i samarbeidet. I protokollen fra 27.01.2022 står det:

"[Norsk helsenett skal] bistå Felles kommunal journal interim AS (FKJ) med å vurdere hvordan arbeidet med å utvikle og etablere felles kommunal journal kan organiseres, og hvilken rolle Norsk helsenett eventuelt kan og bør ha. I arbeidet skal Norsk helsenett bidra til at det vurderes alternative modeller å involvere Norsk helsenett på, med og uten kommunalt medeierskap i hele eller deler av aktivitetene til Norsk helsenett. Norsk helsenett skal i vurderingen av ulike alternativer for organisering av arbeidet og løsningsforslag ta hensyn til, og belyse konsekvensene for, Norsk helsenetts eksisterende oppgaveportefølje. Det legges til grunn for arbeidet at det er kommunene som har ansvaret for egne journalløsninger og finansieringen av disse. Fremdriftsplan for bistand til utredningen avklares med FKJ, som er ansvarlig for arbeidet. Foretaksrådet ba statsforetaket om å rapportere på disse kravene i oppfølgingsmøtene."

På denne bakgrunn inngikk FKJ og NHN et samarbeid for å realisere intensjonene i foretaksprotokollen gjennom to arbeidsstrømmer:

1. Behov og løsning

Denne arbeidsstrømmen skal vurdere i hvilken grad NHN sine eksisterende og planlagte løsninger, tjenester og produkter (herunder også sikkerhet, driftsplattform og helsenettet) løser primærhelsetjenestens behov for å gjennomføre Samarbeidsprosjektet «Felles kommunal journal» (FKJ) som en del av realiseringen av «Én innbygger – én journal». Dersom det anses hensiktsmessig vil man gjennomføre konkrete forsøk, basert på bruk av eksisterende/tilpassede løsninger, tjenester og produkter, i samarbeid med utvalgte kommuner og leverandører (Proof of Concept - PoC). Der partene er enige om at NHN sine nåværende eller planlagte løsninger, tjenester og produkter ikke dekker primærhelsetjenestens behov etableres en gap-oversikt. Basert på denne vurderes i hvilken grad det må søkes andre løsninger.

2. Virksomhet

Denne arbeidsstrømmen skal vurdere rammemessige (organisatoriske, eier- og styringsmessige, juridiske, regulatoriske og finansielle) begrensninger og muligheter for

1 Dokumentets oppbygning

Dette dokumentet er satt sammen på følgende vis:

- Kapittel 3 – bakgrunn og behov FKJ
- kapittel 4 - FKJs forretningsmodell, herunder hva som skal leveres, til hvem og hvordan dette skal foregå
- kapittel 5 – overordnet beskrivelse av hvordan FKJ sitt løsningsforslag og NHN sine løsninger i samspill kan bidra til å løse prosjektets mål og hvilket gap som er identifisert
- kapittel 6 - mulige samarbeidskonstellasjoner
- kapittel 7 - alternative organisasjonsmodeller for videre formalisering av samarbeidet mellom kommunesektoren og NHN samt en oppsummering og anbefalt modell

- kapittel 8 - videre samhandling, herunder veien videre for samarbeidsprosjektet og NHN sin rolle i innværende fase og gjennomføringsfase
- kapittel 9 - finansieringsmodeller
- kapittel 10 - juridiske vurderinger knyttet til konkurranserett, statsstøtteregler, personvern og GDPR samt sektorlovgivning

2 Bakgrunn og behov FKJ

Bakgrunnen for arbeidet med Felles kommunal journal er stortingsmeldingen «Én innbygger – én journal» (EIEJ) fra 2012. Målet er at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger, innbyggere skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester og data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

For å nå målene har nasjonale myndigheter og en samlet sektor anbefalt fire hovedsatsinger. Felles kommunal journal er en av disse fire. Tiltaket er rettet mot primærhelsetjenesten og har nær sammenheng med øvrige journalløsninger og helhetlig samhandling.

I kommunene i dag benyttes det ulike journalløsninger fra flere forskjellige leverandører. Informasjonen i disse løsningene lagres på ulike måter. Dette gjør samhandling og deling av informasjon mellom systemer svært utfordrende. Helsepersonell merker dette gjennom å måtte logge inn i flere ulike og usammenhengende systemer hver vakt for å kunne utføre arbeidsoppgavene sine. Det krever også at samme informasjon registreres og forvaltes i flere systemer manuelt.

Informasjonen i dagens EPJ systemer er i stor grad «låst inn²» i hver løsning, og bruken og deling av informasjon skjer på leverandørens premisser. Kommunene opplever derfor en sterk leverandørrinnlåsing³. «Innelåst» informasjon har ført til liten utvikling på journalområdet, samtidig som kommunene og helsepersonellet har presserende behov for utvikling av bedre journalløsninger som understøtter deres prosesser på en god og effektiv måte.

Helsepersonell i kommunale helse og omsorgstjenester møter i stor grad multisyke pasienter og brukere med flere parallelle utfordringer. Den økte kompleksiteten i pasienters sykdomsbilde setter da helt andre krav til samhandling og dermed til informasjonsprosessene. Det er et omfattende kommunikasjonsbehov internt i kommunene i forbindelse med kartlegging, saksbehandling, planlegging, gjennomføring og dokumentasjon. Dette gjelder også ofte i forhold til andre offentlige tjenester/etater som sosialtjenester, NAV, barnehage osv., noe som også utløser behov for samhandling og koordinering.

Kommunene har derfor behov for at:

- det tilrettelegges for at løsninger må benytte den samme informasjonen, men der funksjonene kan tilpasses ulike kommuners og yrkesgruppers behov
- det gis tilgang til relevant helseinformasjon gjennom en felles plattform, både for å gi behandlerne mulighet for dokumentasjon og gjenbruk, men også for å åpne mulighet for utvikling av nye løsninger for leverandørene
- pasientinformasjonen settes fri for behandlere og innbyggere innen trygge og lovlige rammer, blant annet for å sikre at innbygger kan spille en aktiv rolle i egen oppfølging og behandling
- det tilrettelegges for sømløse arbeidsflater for helsepersonellet som sikrer at informasjon kan legges inn en gang, samt at løsninger fra ulike leverandører kan oppleves som å henge sammen eller følge en naturlig prosessflyt
- sluttbrukerløsningene skal understøtte helhetlige og gjennomgående arbeidsprosesser
- det foreligger en reell valgfrihet for kommunene og at likeverdige løsninger understøttes
- det legges til rette for å ta ut stordriftsfordeler gjennom felles løsninger, kompetansedeling, risikodeling, ressursdeling m.v.

² Når vi skriver at informasjonen er «låst inn» er det en bruker-opplevd situasjon. Årsaken til dette er at informasjonen i dagens løsninger ikke er på et åpent og standardisert format eller at det ikke er mulig å operere på informasjonen (lese/skrive/endre/slette) uavhengig av selve løsningen. Dermed blir alle brukere avhengig av at gjeldende leverandør «låser opp» tilgang til informasjon ved behov.

³ Leverandørrinnlåsing / Lock-in er en situasjon kunden befinner seg i når de er «låst» i valget av en leverandør, for å benytte, endre eller tilpasse løsningen eller produktet fra leverandøren, til å dekke kundens behov.

- leverandørene gis gode konkurransevilkår i et levende e-helsemarked

3 Forretningsmodell

Nedenfor oppsummeres sentrale deler av forretningsmodellen slik den er lagt til grunn i dette arbeidet, herunder hvem FKJ skal være til for, verdiforslag, og tjenester som skal leveres.

3.1 Hvem skal FKJ være til for (kundesegment)

Prosjektet er avgrenset til kommunene utenfor Midt-Norge. Dette utgjør 291 kommuner inklusive helseaktører med kommunal driftsavtale. Målet med prosjektet er å gi helsepersonell tilgang til moderne og effektive journaløsninger som gir tilgang til helhetlig, oppdatert og korrekt pasientinformasjon uavhengig av kilde, tjenesteområde og profesjon. Innbyggere sikres innsyn i og kontroll med egne opplysninger, samt bruken av dem, via helsenorge.no og eventuelt via kommunale løsninger.

- **Kommuner**

Markedet er, som beskrevet, avgrenset til 291 kommuner utenfor Midt-Norge. Blant disse er det et stort og uttalt behov for nye og mer effektive løsninger. Dette gjelder både mulighet til å dele og gjenbruke felles informasjon og tilgang til moderne og brukertilpassede arbeidsflater.

- **Leverandører av fagsystemer og sluttbrukerløsninger til kommunehelsetjenesten**

Leverandørmarkedet er sentralt i å realisere prosjektet og består av norske og utenlandske leverandører av EPJ fagsystemer og øvrige relevante sluttbrukerløsninger.

Det er p.t. et titalls ulike leverandører som leverer et tilsvarende antall sluttbrukerløsninger til den kommunale helsetjenesten. Markedet domineres av noen få større leverandører av «generiske» EPJ systemer. I tillegg finnes det flere mindre leverandører som dekker mer spesifikke behov. Antallet leverandører forventes å øke når informasjonen gjøres tilgjengelig og delbar.

- **Leverandører av drift og applikasjonsforvaltning til kommuner (IKT-tjenesteleverandører)**

Private, kommunale og felleskommunale IKT-selskap som opptre på kommunens vegne i spørsmål som omhandler anskaffelser, forvaltning, drift, vedlikehold og/eller utvikling av applikasjoner og plattformer for utveksling av person- og helseopplysninger i kommunen.

Vi vet ikke noe om eksakt antall slike selskap p.t., men det er et marked i vekst som antagelig vil øke ytterligere som følge av økende bruk av interkommunale samarbeid.

- **FKJ skal ikke tilby, men tilrettelegge for kommunene i valg av:**

- Fagsystemer og sluttbrukerløsninger til kommunens personell. Dette skal ivaretas av leverandørmarkedet, i kommunens egen regi med støtte fra FKJ.
Det må legges til rette for de kommunene som ønsker å sette sammen egne løsninger, de som ønsker å kjøpe og tilpasse til egne behov og de som ønsker å kunne velge og benytte en løsning som fungerer og som de vet at blir forvaltet på en god måte.
- Informasjons- og samhandlingsløsninger for utveksling av helseopplysninger på tvers av kommuner eller forvaltningsnivå. Dette skal ivaretas av NHN, andre statlige aktører og/eller kommunale aktører som eksempelvis DIF.

3.2 Verdiforslag

"Felles kommunal journal skal gi brukerne tilgang til å dele og nyttiggjøre relevant pasientinformasjon på tvers av tjenesteområder og kilder. Gjennom ulike sluttbrukerløsninger, tilpasset forskjellige brukerbehov, gis brukerne tilgang til nødvendig funksjonalitet, og kan dermed ivareta journalplikten. Via helsenorge.no gis innbygger

innsyn i, og kontroll med, egen informasjon og bruken av den. Informasjon skal også gjøres tilgjengelig for forsknings- og utviklingsformål".

3.3 Tjenester FKJ skal levere

Kommunene, leverandørmarkedet og IKT-tjenesteleverandørene skal ha god og oppdatert kunnskap om funksjonaliteten som tilbys og verdien det gir dem og deres brukere. Videre skal de raskt og enkelt kunne ta tjenestene i bruk. Nedenfor presenteres utvalgte tjenester (ikke uttømmende):

- Tilby leverandørene tilgang til gode verktøy og åpne grensesnitt for realisering av funksjonalitet direkte i sluttbrukerløsningene kommunene benytter. De skal motta verifisering av sin løsning for FKJ, og løsningen skal tilgjengeliggjøres for kommunene.
- Gjennomføre anskaffelsesprosesser på vegne av deltagende kommuner slik at kommunene enkelt kan bestille og ta i bruk ulike sluttbrukerløsninger i takt med egne behov
- Forvalte og følge opp videre utvikling av sluttbrukerløsningene
- Sikre at kommunene får mulighet til å samarbeide innbyrdes og – når ønskelig med berørte leverandører – for å sikre en behovsdrivet og kommunalt forankret videreutvikling av sluttbrukerløsningene
- Tilby kommunenes representanter tjenester som gjør at de raskt kan orientere seg om, bestille og få tilgang til løsninger som er tilgjengelig og godkjent for deling av helseopplysninger i FKJ, og som er relevante for deres behov
- Tilby tjenester som muliggjør at kommunens personell raskt og enkelt har tilgang til korrekt og oppdatert informasjon om innbyggeren og kan journalføre informasjon etter gjeldende lovverk og forskrifter.
- Tilby leverandørene tilgang til gode verktøy og åpne grensesnitt for realisering av funksjonalitet direkte i sluttbrukerløsningen de tilbyr kommunen (sine kunder). De skal motta verifisering av sin løsning for FKJ, og løsningen skal tilgjengeliggjøres for kommunene.

For nærmere informasjon om hvordan tjenestene leveres og hvilken teknologi som skal benyttes, se kapittel 5.

4 Løsningsmuligheter

Dette kapitlet gir en overordnet presentasjon av hvordan NHN sine nåværende og framtidige tjenester og produkter sammenfaller med kommunesektorens behov, samt hvilke behov som må dekkes gjennom andre og kompletterende løsninger.

Løsningsforslaget er ett av flere tiltak for å realisere visjonen om "Én innbygger – én journal". Målet er stegvis realisering av fremtidsrettede journalløsninger for helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Åpenhet og endringsevne er viktige dimensjoner som legges til grunn.

Det er viktig å etablere et tydelig skille mellom informasjon og sluttbrukerløsninger⁴, gjennom å stille krav om at informasjon fra ulike sluttbrukerløsninger, deriblant EPJ løsninger, skal være tilgjengelig slik at alle aktører kan konsumere samme informasjon.

4.1 Overordnet løsningsskisse

Når vi i fortsettelsen bruker begrepene «plattform», «kommunikasjons lag», «Informasjonslagring og -sammenstilling», «Felles kommunal journal», «aktørene» og «markeds plass» refereres det til Figur 1 på neste side.

FKJ sin definisjon av en felles kommunal journal er ikke et felles journalssystem (definert som et system levert av en leverandør), men en plattform som ivaretar tilgang til relevant pasientinformasjon⁵

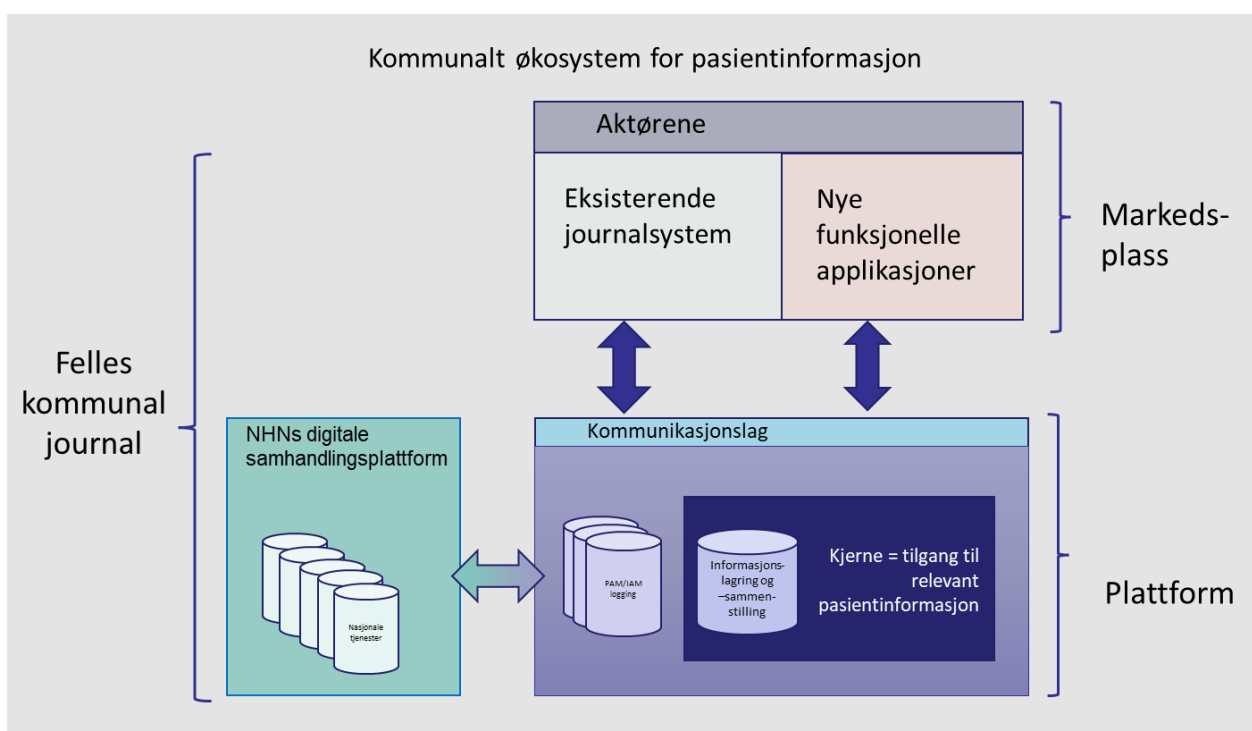
⁴ Sluttbrukerløsninger er journalssystem, applikasjoner og løsninger som benyttes av ulike brukergrupper for å ivareta dokumentasjonsplikten i henhold til Pasientjournalforskriften

⁵ Informasjon som er relevant for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, eller ivareta pasienten best mulig, ut fra tjenstlig behov.

som sammen med ulike sluttbrukerløsninger gir bruker tilgang til nødvendig funksjonalitet og ivaretar journalplikt. Legevakt, fastleger, hjemmetjeneste, helsestasjon med flere vil ha tilgang til samme *informasjonskilder*, men utvalg av informasjon, applikasjoner og brukerflater vil være *tilpasset deres ulike behov*.

Plattformen skal bidra til særlig to formål:

- Lagring, sammenstilling og deling av informasjon mellom de ulike tjenesteområdene internt i kommunen, mellom ulike kommuner og mellom ulike forvaltningsnivå. På den måten kan informasjonen gjenbrukes på tvers av systemer og tilrettelegge for mer standardisert informasjon. Det sikrer også at relevant og korrekt informasjon alltid er tilgjengelig for behandlere og innbyggere der og når behovet oppstår.
- Gjennom at alle benytter felles informasjon vil det bli enklere for kommunene å bytte og ta i bruk løsninger fra flere leverandører, og dette vil gjøre det enklere for nye leverandører å komme inn i markedet. I tillegg vil tilgjengelig informasjon gi et bredt leverandørmarked mulighet til å utvikle nye (journal)løsninger, eller som grunnlag for nye innbyggertjenester.



Figur 1: FKJs løsningsforslag - Kommuntalt økosystem⁶ for pasientinformasjon

Markedsplassen er det andre av hovedproduktene for å etablere FKJ. Markedsplassen i løsningsforslaget er en møteplass mellom ulike aktører⁷, og har en sentral oppgave i å tilgjengeliggjøre sluttbrukerløsninger for helsepersonell. Markedsplassen har blant annet følgende hensikter;

- Felleskjøp - Gjennomføre anskaffelsesprosesser på vegne av deltagende kommuner slik at kommunene enkelt kan bestille og ta i bruk ulike sluttbrukerløsninger i takt med egne behov. Samtidig forvalte og følge opp videre utvikling av sluttbrukerløsningene
- Møteplass - Sikre at kommunene får mulighet til å samarbeide innbyrdes og – når ønskelig med berørte leverandører – for å sikre en behovsdrivet og kommunalt forankret

⁶ Dette er de aktørene som benytter Felles kommunal journal. Det vil si den informasjonen og de løsningene den innbefatter. Verdikjende effekter er økt effektivitet og styrket kvalitet.

⁷ Brukere av informasjon i et økosystem (i denne kontekst innbyggere, helsepersonell, forskere, utviklere og offentlig administrasjon), samt leverandører av tjenester og løsninger til brukerne.

videreutvikling av sluttbrukerløsningene. Dvs at kommunene samkjører sine behov og gjennomfører koordinert og felles dialog med markedet

- Informasjon, utprøvnings- og testarena - styrke leverandørenes muligheter til å utvikle og levere ulike produkter og (sluttbruker)tjenester
- En mulighet for leverandører til å presentere og promotere sine løsninger

Det forutsettes et samspill mellom markedsplassen og plattformen. Plattformen skaper forutsetninger for at flere leverandører kan utvikle nye applikasjoner som de kan presentere, selge og levere via markedsplassen. Sluttbrukerløsninger fra en rekke leverandører skal dekke ulike behov for ulike brukere. Det offentlige (stat og kommune) skal ikke utvikle sluttbrukerløsninger.

Brukerne kan enten videreføre sluttbrukerløsningene de har i dag, eller gradvis gå over på nye løsninger som tilbyr funksjonalitet innenfor deres tjenesteområde, eller kombinere gammelt og nytt. Kravet til sluttbrukerløsningene er at de må kommunisere med plattformen slik at de ikke bare kan dele, men også arbeide på samme relevante pasientinformasjon uavhengig av hvilken sluttbrukerløsning helsepersonellet benytter og på hvilket tjenesteområde de arbeider.

Med sluttbrukerløsninger menes ikke nødvendigvis EPJ applikasjoner som vi kjenner dem i dag som er svært rike på funksjonalitet på flere områder. Det kan være mindre moduler eller lettere applikasjoner som benytter journalverdig informasjon, men som kan ha svært spesifikk funksjonalitet

Skal vi realisere en reell stegvis utvikling er det også nødvendig å sikre at eksisterende EPJ-leverandører blir en del av økosystemet fra start. Det forutsetter at leverandørene utvikler noen nye funksjoner, blant annet for deling og lagring av data (på standardisert format) med og i plattformen. I tillegg er det et mål at eksisterende sluttbrukerløsninger kan tilgjengeliggjøre funksjonalitet fra andre leverandører inn i egen arbeidsflate slik at det oppleves sømløst for brukerne.

Kommunene har mange felles rammer og behov, men det er samtidig en del ulikheter. FKJ skal bidra til at kommunene i større grad kan innføre moderne sluttbrukerløsninger i et omfang og tempo, og på et tidspunkt som er tilpasset den enkeltes behov og markedets muligheter.

Grunnlaget for en felles kommunal journal legges ved at ulike tjenesteområder internt i en kommune har tilgang til informasjon som de har tjenstlig behov for og som er lagret i en felles plattform.

4.2 NHN nasjonale tjenester

NHN leverer i dag en rekke sentrale nasjonale tjenester. I tillegg planlegges for utvikling og realisering av nye tjenester i årene fram til 2026. Dette er i sum tjenester som eksempelvis:

- Helsenettet med meldingstjenesten
- Grunndata, inklusive ulike administrative og medisinske registre
- Helsenorge.no
- Kjernejournal
- Pasientens legemiddelliste (p.t. E-resept/sentral forskrivningsmodul)
- Pasientens prøvesvar (NILAR)
- Velferdsteknologisk knutepunkt
- Helseanalyseplattformen
- Program digital samhandling

Samlet inneholder disse tjenestene mange sentrale og viktige element av kommunenes behov for tilgang til relevant pasientinformasjon. Det er samtidig klart at løsningene p.t. ikke dekker hele informasjonsbehovet kommunene har for å sikre effektiv samhandling, utvikling av nye og moderne sluttbrukerløsninger og kunne ivareta journalplikten.

Det legges til grunn at kommunene benytter alle pålagte og relevante nasjonale tjenester – inklusive helsenet⁸

Om hensiktsmessig og ønskelig kan NHN sin infrastruktur benyttes i realiseringen.

4.3 Gap-analyse⁹

En sentral oppgave har vært å se hvordan NHN sine eksisterende og fremtidige løsninger og produkter kan bidra som del av en helhetlig informasjonsplattform for å dekke kommunenes totale behov for tilgang til relevant pasientinformasjon. Basert på beskrivelsene i kapittel 5.1 og 5.2 vurderer vi at det eksisterer enkelte gap, eksempelvis:

- Nasjonale plattform- og samhandlingsløsninger inneholder ikke tilstrekkelig relevant informasjon for å dekke kommunenes behov
- Informasjon ligger spredt på flere ulike kilder og må sammenstilles
- Integrasjoner med andre kommunale komponenter som eksempelvis FIKS plattformen dekkes ikke
- Innbyggers tilgang til og kontroll med sin samlede journalinformasjon dekkes ikke
- Direkte informasjonsdeling med spesialisthelsetjenesten dekkes ikke (dekkes gjennom dagens meldingstjeneste og er ellers utenfor rammen for dette prosjektet, men dekkes i fremtiden av program for digital samhandling)

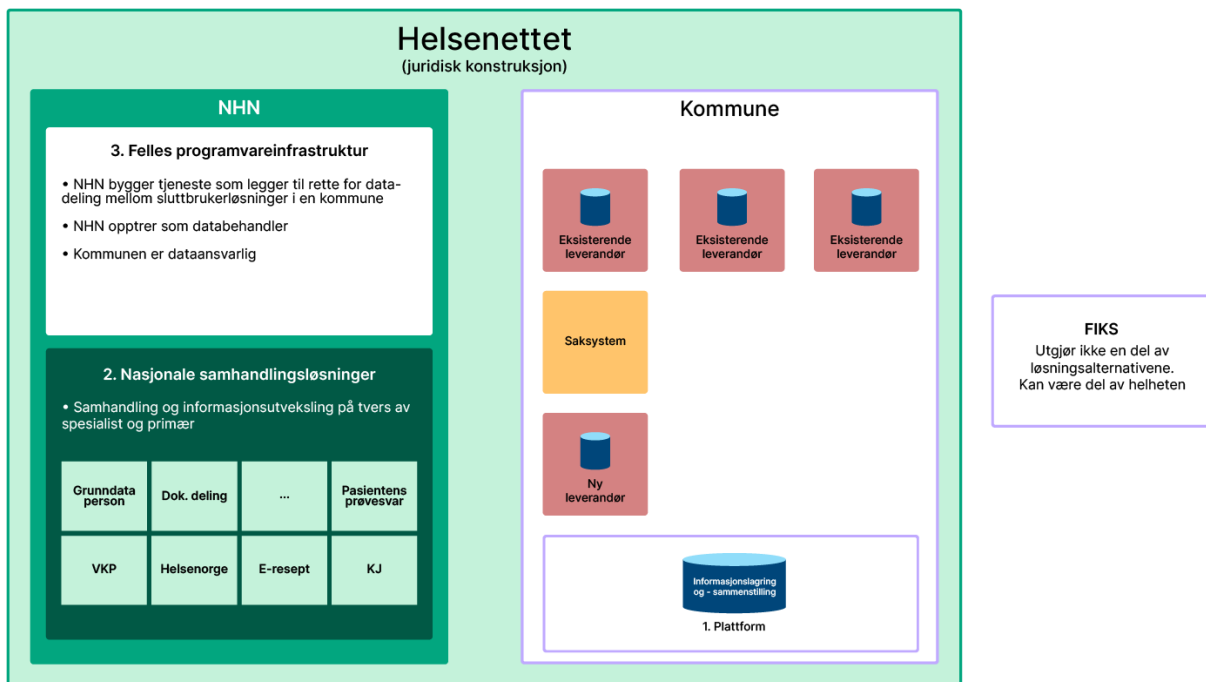
For å lukke disse gapene er det nødvendig å etablere den plattformen som er beskrevet i løsningskissen til prosjektet. Som en del av plattformen må det etableres et eget lager for den informasjonen som ikke dekkes av NHN sine nåværende og fremtidige tjenester, løsninger og produkter. I tillegg må plattformen inneholde en løsning som sammenstiller informasjon fra de ulike kildene i henhold til gitt informasjonsbehov. På denne måten vil vi sikre at kommunene kan ivareta kravene til journalplikten.

4.4 Beskrivelse av løsningskomponenter

I det følgende gjennomgås de tre hovedkomponentene (Plattform, Nasjonale samhandlingsløsninger og Felles programvareinfrastruktur) i en generisk samhandlingsmodell som legges til grunn for å beskrive løsningsmodellene.

⁸ Helsenet er sentralt for å føre dialog og utveksle person- og helseopplysninger på tvers av helsesektoren, og til å dele teknologi på en sikker, lovlig og kostnadseffektiv måte. NHN administrerer Helsenet, og alle foretak og virksomheter, personer, systemer og ting i Helsenet er identifisert og verifisert.

⁹ GAP-analyse er i denne forstand brukt som det eventuelle avviket mellom kommunenes informasjonsbehov og den informasjonstilgangen som dekkes av NHN sine nåværende og planlagte løsninger



Figur 2 - Skissen illustrer generisk samhandlingsmodell med løsningskomponenter og ansvarsfordeling. Hvit bakgrunn = kommunens ansvar, mørkegrønn bakgrunn = NHNs ansvar. Lysegrønn bakgrunnsfarge indikerer medlemskap i helsenettet. NB! FIKS kan også være en del av løsningsalternativene, men det er ikke ferdig utredet og avklart foreløpig.

4.4.1 Plattform

Plattformen sikrer tilgang til å lagre, sammenstille og gjenbruke relevant pasientinformasjon som har delingsverdi. Her lagres informasjon som ikke er tilgjengelig gjennom nasjonale tjenester. I tillegg sammenstilles informasjonen fra de ulike kildene. Dermed sikres sluttbrukerløsningene tilgang til den samme informasjonen på tvers av ulike kilder og tjenesteområder.

Der nasjonale tjenester har en lagringshorisont som er kortere enn kravet til kommunale løsninger, kan plattformen også fungere som langtidslager for slik informasjon.

Lagring av pasientinformasjon baseres på bruk av åpne internasjonale standarder (eksempelvis openEHR, HL7 FHIR) der det er hensiktsmessig. Dagens sluttbrukerløsninger (med integrert lokal lagring), må kunne sende og motta pasientinformasjon fra plattformen. Dette forutsetter en detaljert beskrivelse og avklaring av hvilken informasjon som er relevant og delingsverdig, samt hvilke kontekstuelle opplysninger som må inkluderes med de ulike informasjonselementene.

Plattformen vil ha et kommunikasjonslag med en oversikt over hvilke opplysninger som er lagret i de tilknyttede sluttbrukerløsningene, samt hva som fortsatt bør lagres lokalt og hvilke integrasjoner til andre systemer som er tilgjengelig.

4.4.2 Nasjonale samhandlingsløsninger

De nasjonale samhandlingsløsningene¹⁰ gjør det mulig å lage tjenester for informasjonsdeling og samhandling mellom ulike (juridiske) aktører, på tvers av forvaltningsnivå. For kommunene vil de nasjonale løsningene NHN utvikler muliggjøre informasjonsdeling og samhandling også mot de øvrige aktørene, eksemplvis primær- og spesialisthelsetjenesten.

4.4.3 Felles programvareinfrastruktur

NHN har løsningsmønster som gir mulighet til å bygge løsninger for informasjonsdeling og samhandling mellom sluttbrukerløsninger internt i en kommune. Dersom det viser seg at den

¹⁰ Eksempler på nasjonale samhandlingsløsninger er Kjernejournal, Pasientens legemiddelliste/E-resept, Helsenorge, Pasientens prøvesvar, VKP mm.

målrettede løsningen også er egnet for nasjonal bredding og det er juridisk mulig, kan NHN omgjøre den aktuelle tjenesten til en nasjonal samhandlingsløsning.

4.5 Realiseringsmodeller

Formålet med de ulike modellene under er å vise hvordan det beskrevne konseptet kan realiseres gjennom ulike kombinasjoner av NHN sine eksisterende og kommende løsninger, og plattformen.

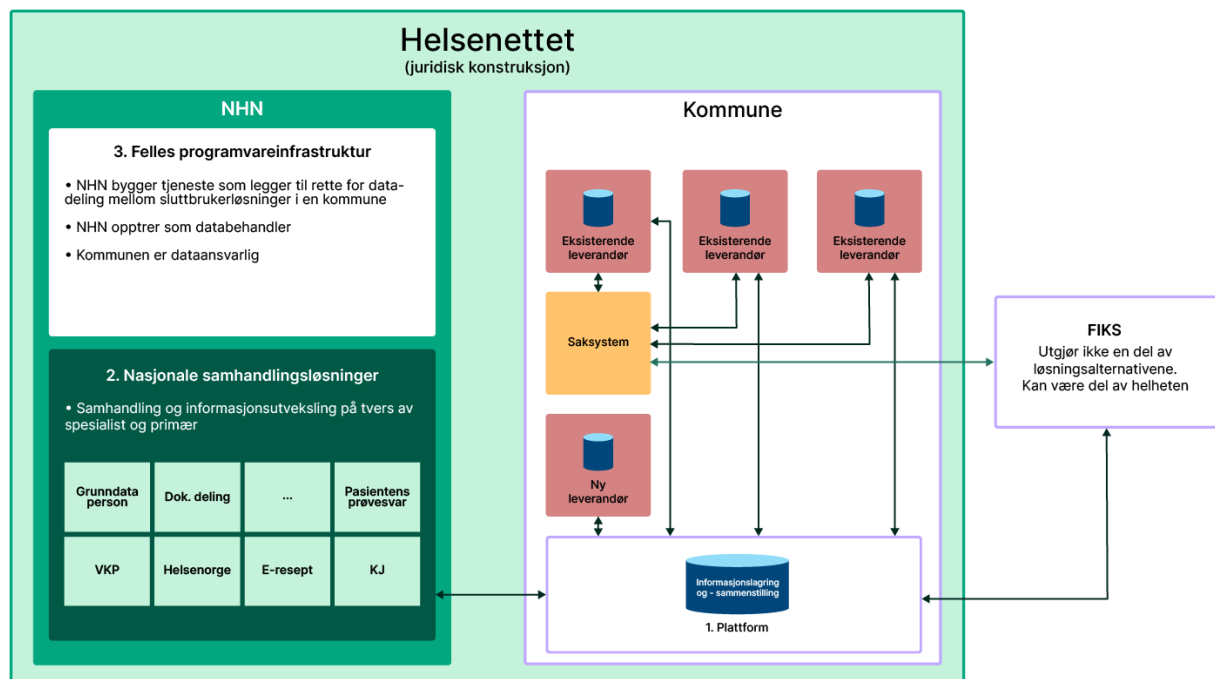
Vi vil beskrive tre ulike og overordnede modeller for realisering. Disse er satt sammen av løsningskomponentene som ble beskrevet i forrige kapittel. Forskjellen mellom de tre modellene (som ikke er innbyrdes ekskluderende) ligger i samspillet mellom komponentene. Det presiseres at dette er foreløpige og prinsipielle modeller som kan virke hver for seg eller i grader av samspill. Dette må utvikles videre i samarbeidet.

Felles for modellene er at:

- informasjon lagres i ulike kilder
- plattformen definerer hvilken informasjon den lagrer, samt hvilket format og struktur¹¹ informasjonen skal ha
- nye informasjonstjenester i de nasjonale samhandlingsløsningene benyttes for å muliggjøre informasjonsdeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- felles programvareinfrastruktur kan benyttes for å muliggjøre informasjonsdeling mellom sluttbrukerløsningene i en kommune

Hovedforskjellen mellom modell a) og b) er hvilken komponent - plattformen eller sluttbrukerløsningen - som er ansvarlig for å sammenstille og dele opp informasjonen for å sikre forutsigbarhet og interoperabilitet mellom sluttbrukerløsninger og aktørene i økosystemet.

4.5.1 Modell a – Håndtering av lokalt systemlandskap



Figur 3: Modell a)

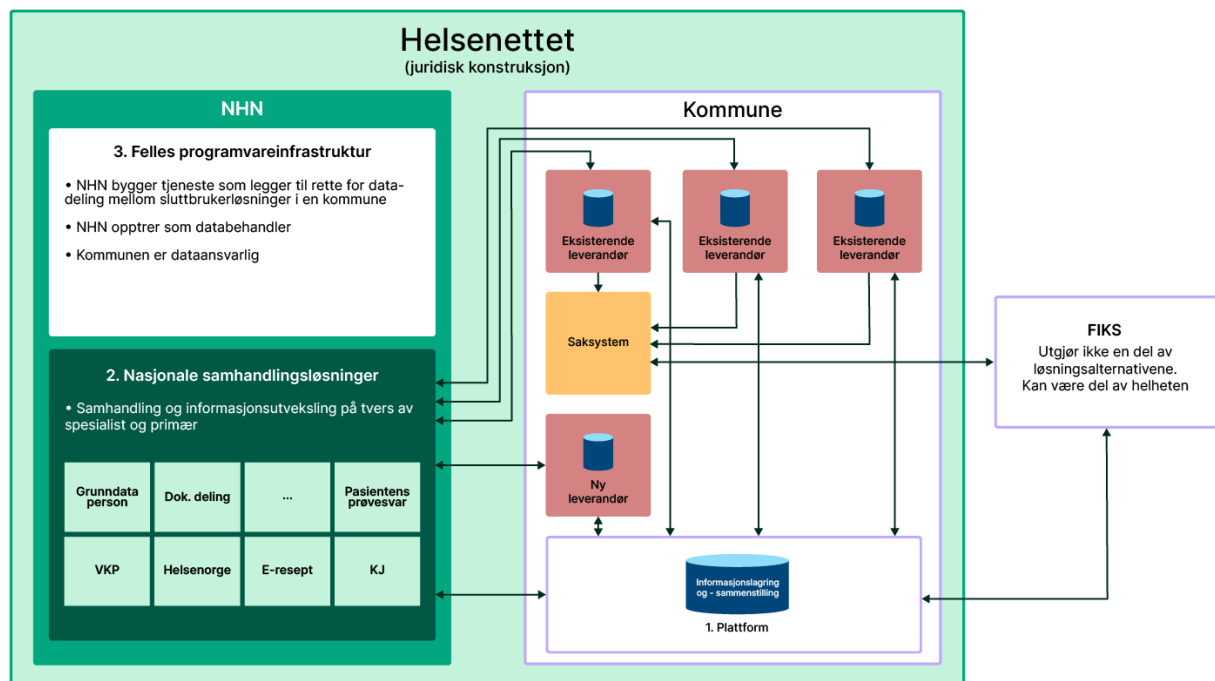
¹¹ Struktur og formater på datamodeller for lagring av opplysninger er ikke avklart, og må baseres på hvilke informasjonselementer som det er behov for at lagres og deles. FKJ ser til openEHR og FHIR, men vil også vurdere andre standarder der det er hensiktsmessig og formålstjenelig.

I denne modellen er plattformen en felles komponent som samtlige sluttbrukerløsninger kobler seg opp til. Plattformen gir sluttbrukerløsningene tilgang til å dele, lagre og hente relevant pasientinformasjon fra både plattformen og nasjonale samhandlingsløsninger. Sluttbrukerløsningene vil ikke lengre ha behov for å koble seg opp mot nasjonale samhandlingsløsninger direkte, men kun til plattformen.

Plattformen inkluderer mulighet for å lagre relevant pasientinformasjon som ikke blir lagret i de nasjonale samhandlingsløsningene. Det er opp til plattformen å styre hvilke opplysninger som lagres hvor. Plattformen kan også være tilknyttet andre kommunale plattformer og informasjonskilder, som eksempelvis FIKS plattformen.

Datamodellen som definerer hva som skal lagres og på hvilken måte, må være lik uansett segmentering. Den aktuelle kommunen er ansvarlig for egen informasjon også når den lagres i plattformen. Journalplikten dekkes gjennom opplysningene som er lagret i plattformen, i kombinasjon med det som er lagret lokalt i den enkelte sluttbrukerløsning.

4.5.2 Modell b – Håndtering av nasjonale samhandlingsløsninger



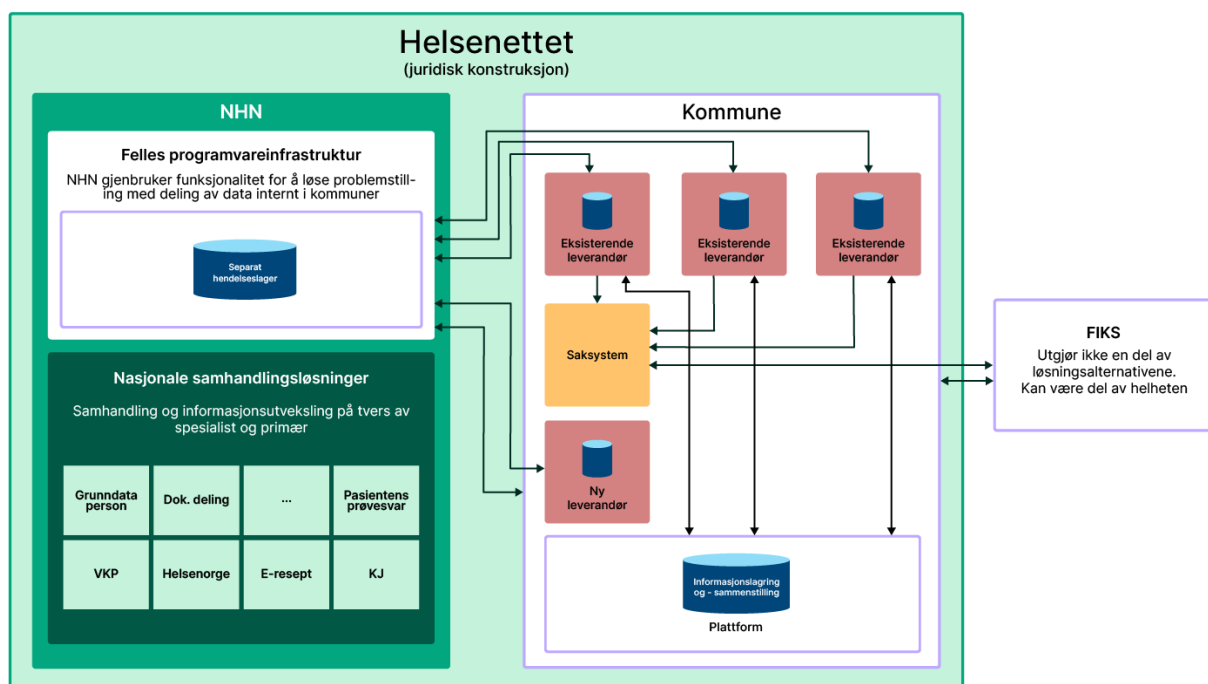
Figur 4: Modell b)

Modell b) er lik modell a) med følgende endringer:

Sluttbrukerløsningene kan koble seg direkte opp mot de nasjonale samhandlingsløsningene. Gjennom plattformen kan de ulike sluttbrukerløsningene lagre og dele relevant pasientinformasjon internt i en kommune, uten å gå via nasjonale samhandlingsløsninger.

Plattformen vil definere datamodellen. Datamodellen avgjør hva som skal lagres og på hvilken måte. Pasientinformasjon som er tilgjengelig fra flere kilder vil sammenstilles, enten i plattformen (som i modell a) eller direkte i sluttbrukerløsningene.

4.5.3 Modell c – Gjenbruk av sentral infrastruktur for å løse lokale problemstillinger



Figur 5: Modell c)

I modell c bygger NHN informasjonstjeneste for å løse konkrete problemstillinger internt i kommuner. Tjenesten gjenbruker felles programvareinfrastruktur, og kan for eksempel være en tjeneste som muliggjør deling av data mellom systemer/løsninger internt i en kommune. NHN vil produktifisere informasjonstjenesten til en nasjonal samhandlingsløsning dersom det viser seg at den er aktuell for nasjonal bredding (det er ikke aktuelt å realisere 291 identiske løsninger gjennom felles programvareinfrastruktur).

Relevante helseopplysninger vil lagres i separat hendelseslager, med kommunen som dataansvarlig.

Pasientinformasjon som er tilgjengelig fra flere kilder vil sammenstilles, enten i plattformen (som i modell a) eller direkte i sluttbrukerløsningene. Det blir opp til sluttbrukerløsningene å sammenstille opplysninger fra de ulike kildene. Kommunene er dataansvarlig, og NHN er databehandler.

4.6 Markedsplass

Både FKJI og NHN ser nødvendigheten av en digital markedsplass hvor kundenes behov og ønsker kan møte leverandørenes løsninger og skaperkraft. NHN har planer om en markedsplass for aktørene i helsenettet. Prosjektet har tilsvarende beskrevet en markedsplass som en sentral del av sitt løsningsforslag.

I det videre arbeidet må det vurderes om disse markedsplassene kan samordnes, og reelt sett er ulike varianter av samme grunnleggende løsning. Hvis de to markedsplassene kan samordnes vil det bidra til betydelige synergieffekter, eksempelvis vil det forenkle arbeide med utprøving, testing og validering av sluttbrukerløsninger samt monitorering av bruken av helseopplysninger. Planene for markedsplass er fortsatt på et tidlig og konseptuelt stadium i begge organisasjoner. Gitt et slikt framtidig samarbeid om markedsplass er det viktig at ansvarsdelingen er tydelig slik at det ikke skjer en utilsiktet ansvarsforskyvning mellom partene.

FKJI gjennomfører p.t. en markedsundersøkelse for å kartlegge hvilke leverandører og løsninger som kan bidra til å realisere en digital markedsplass. FKJI og NHN vil evaluere markedsundersøkelsen i fellesskap.

Det er etablert et samarbeid mellom FKJI og DIF. Det skal avklares nærmere hvordan DIF kan bidra til å realisere løsningsforslaget. Dersom dette inkluderer funksjonalitet eller produkter for en digital markeds plass, vil det være naturlig å inkludere NHN i samarbeidet.

4.7 Sluttbrukerløsninger

Det er en klart uttalt mål (bl.a. vedtatt av Stortinget) at prosjektet skal gi kommunene moderniserte journalløsninger. Med moderne journalløsninger menes sluttbrukerløsninger som gir en oversiktlig og samlet fremstilling av pasientens helsetilstand gjennom informasjon fra plattformen, og som understøtter helsepersonellet i deres arbeidsprosesser. Det kan både være komplette journalsystemer som vi kjenner dem i dag, men det kan like gjerne være mindre moduler eller lettere løsninger som benytter journalverdig informasjon, men som kan være svært avgrenset i funksjonalitet. Det er også en klar forventning om at sluttbrukerløsningene er enklere, mer intuitive og i større grad lar seg tilpasse den enkeltes hverdag og utviklingen i fag- og arbeidsprosesser.

Prosjektet tror ikke det er mulig å etablere moderne journalløsninger uten å dele data på tvers av tjenesteområder og sluttbrukerløsninger. En tjeneste for lagring og sammenstilling av informasjon (plattformen) er derfor en sentral komponent. Plattformen vil videreutvikles stegvis, og vil også være basert på sektorens utvikling av felles dataprofiler. Etter hvert som plattformen utvikles, vil informasjon bli tilgjengelig for leverandører som ønsker å levere ny funksjonalitet gjennom nye og eksisterende sluttbrukerløsninger.

Hverken FKJI eller NHN skal utvikle sluttbrukerløsninger. Det er dagens og fremtidens leverandører som skal få muligheten til å utvikle og tilby de sluttbrukerløsningene som skal til for å dekke primærhelsetjenestes behov.

Det er derimot en forutsetning for hele modellen at det fremtidige selskapet skal anskaffe og forvalte sluttbrukerløsningene slik at kommunene kan ta dem enkelt i bruk.

På denne måten vil markeds plassen tilby et bredt utvalg av løsninger, helt fra enkeltstående «best of breed» løsninger til komplette journalløsninger for de kommunene som ønsker det. Forvaltning av løsninger ivaretas på vegne av de kommuner som ønsker det og grunnlag for videre utvikling fasiliteres i samarbeid med berørte kommuner. Løsningsforslaget legger opp til at sluttbrukerløsninger som skal benyttes, må tilpasse seg de kravene og rammene som stilles for bruk av plattformen og de nasjonale samhandlingsløsningene.

Det framtidige selskapet skal også, som en sentral del av forvaltningen av sluttbrukerløsningene, legge til rette for at kommunene får mulighet til å samarbeide innbyrdes og – når ønskelig med berørte leverandører – for å sikre en behovsdrivet og kommunalt forankret videreutvikling av sluttbrukerløsningene

For innbyggertjenester skal vi som utgangspunkt benytte den nasjonale innbyggerportalen helsenorge.no og eventuelt i tillegg/samspill med kommunale løsninger. - dette ihht. Prinsippene for innbyggertjenester behandlet i nasjonal styringsmodell for ehelse

4.8 Standarder

Der det er mulig og hensiktsmessig vil standardisering bidra til mer sømløse overganger både mellom sluttbrukerløsninger fra forskjellige leverandører og samhandling mellom ulike tjenesteområder og profesjoner. Det forutsettes bruk av åpne og internasjonale standarder som openEHR, HL7FHIR og SnomedCT, der det er hensiktsmessig og mulig.

Standardisering skal ikke hindre muligheten for å utforske ikke-strukturert informasjon. I den grad fremtiden bringer automatiserte/robotiserte tjenester som ikke er avhengig av standardisering må løsningene åpne for slik funksjonalitet. De ulike nivåene for standardisering av helseopplysninger bør kartlegges slik at det sikres en hensiktsmessig bruk av standarder der hvor dette ikke begrenser fremtidig bruk av opplysningene. Manglende tilgang til «datasjø» i form av rådata kan representere et gap inn mot fremtidige løsninger.

5 Mulige samarbeidskonstellasjoner

Oppgaven med å realisere prosjektet FKJ er kompleks, omfattende og krevende. En gjennomføring vil forutsette felles kapasitet og kompetanse som p.t. ikke finnes i noen samlet aktør i kommunal sektor. Det er derfor nødvendig å finne en eller flere organisasjoner som sammen med kommunesektoren kan være en del av en samarbeidskonstellasjon som i sum sannsynliggjør at prosjektet kan gjennomføres. Det er i utgangspunktet tre hovedgrupper av mulige aktører, hhv kommunesektoren selv, staten og det kommersielle markedet nasjonalt og internasjonalt. Det er imidlertid verdt å påpeke at det ikke finnes mange aktuelle alternativ i det norske markedet eller i offentlig sektor.

NHN er tildelt rollen som nasjonal tjenesteleverandør. På sektorens vegne skal NHN sikre at det er felles løsninger som legger til rette for digital samhandling mellom de ulike aktørene uavhengig av forvaltningsnivå og geografiske skiller. NHN leverer i dag en rekke samhandlings- og fellestjenester og sikrer en grunnleggende digital infrastruktur for hele sektoren.

DIF er p.t. en avdeling i KS, men er besluttet etablert som eget selskap. Virksomheten leverer Fiks-plattformen og en rekke tjenester til kommunal sektor. Dette kan være en aktuell kandidat for å levere tjenester til den framtidige leveranseorganisasjonen av den beskrevne løsningen.

I tillegg er KS gitt rollen som samordner og representant for kommunal sektor i digitaliseringsspørsmål, og har etablert en representativt samstyringsmodell for digitalisering i kommunesektoren for å understøtte denne oppgaven.

Vi kjenner ikke til noen andre offentlige aktører som utgjør noe reelt alternativ til de to som er beskrevet over. Man kunne eventuelt se for seg at en/noen kommuner bygde en egnet organisasjon med basis i egen driftsorganisasjon. Utfordringen er at det er få, om noen, kommunale miljø som har en kapabilitet som gir tilstrekkelig fundament for en slik utvikling.

I det norske markedet for øvrig er det heller ikke mange aktører som kan ta denne typen oppgaver, og vi har ikke sett det som aktuelt å legge et slikt samarbeid ut i en anbudsprosess. Vi har derfor ikke vurdert bruk av markedet som en relevant løsning for formålet per nå.

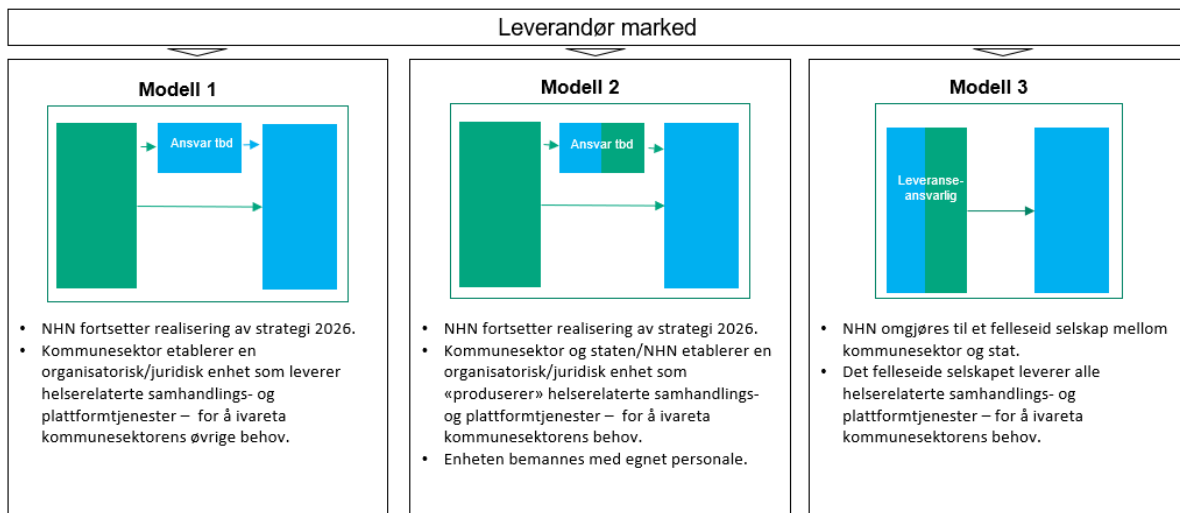
Basert på behovet og de muligheter vi ser er vår anbefaling er at det etableres et organisatorisk samarbeid med NHN og eventuelt – der det er ønskelig og hensiktsmessig – også DIF.

6 Organisasjonsmodeller

Dette kapitlet beskriver tre ulike hovedmodeller for organisatorisk samarbeid mellom NHN og kommunesektoren.

6.1 Alternative organisasjonsmodeller

En samhandling mellom FKJ og NHN kan løses på ulike organisatoriske måter. I det følgende skisseres tre ulike modeller for organisering med tilhørende implikasjoner.



Figur 6: Alternative organisasjonsmodeller

6.1.1 Rent kommunalt leveranseselskap (modell 1)

NHN leverer helserelevante plattforms- og samhandlingstjenester basert på helsetjenestens behov. Det er ingen form for sameie mellom kommunesektor og staten/NHN. Kommunesektor etablerer en organisatorisk/juridisk enhet som leverer de løsninger og tjenester som er nødvendige utover de nasjonale tjenestene som leveres av NHN for å ivareta kommunesektorens samlede behov. I tillegg skal enheten etablere og drifte «markedsplassen». Enheten bemannes med eget personale. Dette kan være en «ny» enhet eller baseres på eksisterende, eksempelvis Digitale fellestjenester.

- Krever ingen felles organisatoriske tiltak
- Tydelig og enkelt rollebilde
- Kommunal styring skjer gjennom kundekraft
- Utfordrer konkurranseretten – leveranser fra NHN til kommunesektor må være innenfor unntakene i anskaffelsesregelverket, et eksempel er forskriftsfestet plikt til bruk

6.1.2 Felleseid leveranseselskap NHN/kommunesektor (modell 2)

Kommunesektor (kommunene, KS, DIF eller i kombinasjon) og staten/NHN etablerer en felleseid organisatorisk/juridisk enhet som leverer de løsninger og tjenester som er nødvendige utover de nasjonale tjenestene som leveres av NHN for å ivareta kommunesektorens samlede behov. Enheten skal sikre at «Markedsplassen» etableres, driftes og forvaltes. Enheten bemannes med eget personale. Den juridiske enheten produserer egne tjenester, med NHN som mulig underleverandør på utvalgte områder.

- Krever selskapsopptak
- Kan utfordre konkurranseretten
- Fortsatt kunde – leverandørforhold
- Betingelser og gir kommunalt medeierskap
- Kommunal styring skjer gjennom både eierskap og kundekraft, og støttet av KS rolle på vegne av sektor og samstyringsmodellen for digitalisering i kommunal sektor

6.1.3 NHN omgjøres til felleseid selskap med ansvar for alle leveranser (modell 3)

NHN omgjøres til et felleseid selskap mellom kommunesektor (kommunene, KS eller i kombinasjon) og stat. Det felleseide selskapet leverer alle helserelevante plattforms- og samhandlingstjenester - for å ivareta kommunesektorens samlede behov. Virksomheten har også ansvar for at «Markedsplassen» etableres, driftes og forvaltes.

- Krever selskapsendring
- Antas mulig under konkurranseretten og det er et større handlingsrom

- Fortsatt kunde – leverandørforhold, men et noe mer komplekst og omfattende mandat
- Betingelser og gir kommunalt medeierskap
- Kommunal styring skjer gjennom eierskap og kundekraft og støttet av KS rolle på vegne av sektor og samstyringsmodellen for digitalisering i kommunal sektor

6.1.4 Oppsummering og anbefaling

Nedenfor følger noen betraktninger om de ulike modellene samt en anbefaling.

Modell 1: Det er ingen virksomhet innenfor kommunesektor per i dag som har den nødvendige kapabilitet til å drive frem realiseringen av FKJ målbidde. Det vil være meget krevende, både i omfang, kompleksitet og tid for kommunesektor å etablere en slik virksomhet. Denne modellen vil også utfordre konkurranserett og potensielt aktivitetsvilkåret for NHN. En måte å adressere sistnevnte er å gjøre plattformen til en pliktig tjeneste gjennom forskrift. Utfra dagens kjennskap anbefales ikke denne modellen for realisering av FKJ. Det er også greit å minne om at dette alternativet ble forkastet i kjølvannet av forprosjekt Akson som lite realistisk og svært risikofylt. Verken KS eller enkeltkommuner var villige til å ta ansvar for en slik løsning.

Modell 2: NHN fortsetter som nasjonal tjenesteleverandør, herunder leverandør av nasjonale plattform- og samhandlingstjenester. Det etableres et felleseid selskap med kommunesektor med ansvar for å levere kommunenes øvrige helserelaterte informasjonstjenestebehov. NHN vil i tillegg være en underleverandør til det felleseide selskapet. Dette vurderes som en robust modell i forhold til anskaffelsesregelverket for kommunene. Det anses også som en fordel – spesielt for NHN – at et nytt og risikofylt prosjekt som dette skiller ut i en egen virksomhet og ikke er en integrert del av kjernevirksomheten.

Utfra dagens kjennskap anbefales det å jobbe videre med modell 2.

Modell 3: innebærer en omgjøring av NHN til et selskap eiet av stat og kommunesektor.

Denne modellen tar utgangspunkt i en partnerskapstanke, i tråd med intensjonene i både samarbeidsavtalen mellom KS og HOD, og intensjonene i dette konkrete samarbeidet. Staten og kommunesektoren er som tjenestemottagere likestilte parter i eierskap til den nasjonale tjenesteleverandøren. Konkret innebærer det at staten og kommunene tar et gjensidig ansvar for å levere de nasjonale tjenestene, i tråd med den operasjonelle delingen som allerede foreligger.

Modellen sikrer kommunenes behov for medinnflytelse og medbestemmelse for nasjonale løsninger, der både pålegg og styring er rettet inn mot den nasjonale styringsmodellen for e-helse.

Det legges til grunn at modellen kan gjennomføres i forhold til konkurranseretten gjennom unntaket for bruk av utvidet egenregi, men det må klargjøres ytterligere.

Kommunesektoren har gjennom hele prosessen vært tydelige på at man forventer en grundig utredning av dette alternativet, inklusive ulike selskapsformer som aksjeselskap, særlovsselskap mm.

Utfra dagens kjennskap anbefales det å jobbe videre også med modell 3.

7 Videre samhandling

7.1 Selskapsetablering

Det etableres et selskap med leveranseansvar for de løsninger og tjenester som er nødvendige utover det som leveres via de nasjonale fellestjenestene som leveres av NHN, for å ivareta kommunesektorens samlede behov. I tillegg har selskapet ansvar for at «Markedsplassen» (butikken, samhandlingsarenaen og test-/utprøvningsmiljøene) etableres, driftes og forvaltes.

Selskapet etableres i en hensiktsmessig form, eksempelvis aksjeselskap, men basert på delt eierskap mellom staten (NHN SF) og kommunesektoren (KS, (alle) kommuner, *må avklares*).

7.2 NHN sin rolle

NHN vil i det videre samarbeidet fortsette å levere nasjonale tjenester, men vil i tillegg, gjennom medeierskap i leveranseselskapet, bidra til å levere øvrige nødvendige tjenester for å realisere kommunenes målsetning.

7.2.1 Inneværende fase

I innværende fase vil NHN gradvis innta en mer aktiv rolle i samarbeidet, slik at man ikke risikerer at den ene av partene blir alene om å legge premissene for det videre samarbeidet. Naturlig områder for samarbeid vil være:

- Bistå i arbeidet med å etablere gjennomføringsstrategi/styringsdokument for leveranseselskapet
- Testing og utprøving av informasjonsflyt mellom systemer og løsninger, i samarbeid med markedet
- Videre foredling av løsningsbeskrivelser
- Delansvar for etablering av leveranseselskap (dersom besluttet etablert i innværende fase)

7.2.2 Gjennomføringsfasen

Det legges til grunn at kommunene benytter de nasjonale tjenestene – inklusive helsenettet – som følger av forskrift. Ellers anses at foreslått løsning kan realiseres i et samspill mellom NHN sine eksisterende og planlagte løsninger og en kommunal løsning for annen relevant informasjon, og informasjonstjenester som ikke dekkes av nasjonale tjenester.

Der det anses hensiktsmessig og ønskelig kan NHN sin infrastruktur benyttes i realiseringen. Tilsvarende kan NHN levere drift og forvaltning av alle, eller deler av, løsningene, om det er hensiktsmessig og ønskelig.

8 Finansieringsmodeller

Realisering av prosjektet forutsettes finansiert med statlig dekning av programkostnader i tråd med tidligere vedtak og tilhørende forutsetninger

Framtidig finansiering av virksomheten (drift av selskapet og drift/forvaltning av løsningene) må vurderes i det videre prosjektet, men det må etableres pris- og finansieringsmodeller som sikrer deltagende kommuner en bærekraftig økonomi. Dette kan være en kombinasjon av kommunal og statlig finansiering

Ekstraordinære tiltak som anskaffelse/utvikling, ekstraordinært vedlikehold, større innføringstiltak osv. kan finansieres med øremerkede midler/program fra staten eller kommunene, og ulike tilskuddsordninger (eks. fra fylkeskommune).

Tilgang til og bruk av leverandørens sluttbrukerløsninger skal finansieres av den enkelte kommune. Utvikling og tilpasning av sluttbrukerløsninger finansieres enten av leverandørene (standard produkter) eller av den enkelte kommune (spesialtilpassing). Videreutvikling av plattform og «Markeds plass» dekkes via grunnfinansiering.

Avhengig av omfang på kostnader til investering og tilpasning av løsninger (samhandlingsløsninger og markeds plass) vil det være aktuelt å se på ulike former for grunnfinansiering. Alt fra statlige programmidler til Opex/Capex modeller.

9 Juridiske vurderinger

9.1 Konkurranserett

Kommunene har etter anskaffelsesreglene en plikt til å konkurranseutsette alle kjøp av varer og tjenester. Hvis NHN skal levere tjenester til kommunene uten at leveransen må konkurranseutsettes i det åpne markedet, så må leveransen omfattes av ett eller flere unntak i regelverket for offentlige anskaffelser. Å unngå konkurranseutsetting er ikke et mål i seg selv, men realiseringen av FKJ forutsetter at den kommunale helsesektoren mottar plattform- og samhandlingstjenester fra samme tjenesteleverandør. Det er flere aktuelle unntak fra regelverket for en realisering av FKJ gjennom leveranser fra NHN. Unntakene kan være aktuelle enkeltvis eller i kombinasjon av flere. Unntakene er:

9.1.1 *Ingen gjensidig bebyrdende kontrakt*

Det er en forutsetning for at anskaffelsesregelverket i det hele tatt skal komme til anvendelse at det foreligger en gjensidig bebyrdende kontrakt mellom partene. Om det inngås kontrakter i anskaffelsesrettslig forstand, beror på en helhetsvurdering, men tjenester som leveres vederlagsfritt til kommunen vil mest sannsynlig ikke være omfattet av anskaffelsesregelverket. Sentral finansiering kan derfor være et virkemiddel. Det vil heller ikke være ansett som en gjensidig bebyrdende kontrakt, dersom det lov- eller forskriftsfestes at NHN pålegges å levere de aktuelle tjenestene til kommunene, samtidig som kommunene pålegges å ta tjenestene i bruk til en nærmere fastsatt pris.

9.1.2 *Eneleverandør-unntaket*

En mulighet er å tildele NHN en formell enerett for levering av FKJ. En slik enerett må imidlertid tildeles innenfor EØS-rettens rammer, og man må vurdere om inngrepet i det frie markedet er proporsjonalt med det hensyn den skal ivareta. Det er i dag innført plikt til bruk av flere nasjonale e-helseløsninger. En slik plikt til bruk har en mindre avstengende effekt på markedet enn en enerett. Det kan derfor være utfordrende å argumentere hvorfor en enerett er nødvendig, og man er avhengig av politisk vilje til å gi en enerett. Dette anses derfor ikke som det mest aktuelle unntaket.

9.1.3 *Utvidet egenregi*

NHN som statsforetak kan ikke levere noen løsninger til kommunene innenfor dette unntaket. Hvis dette unntaket skal benyttes så må man enten endre organisasjonsform på NHN (omgjøre det til et AS), eller så må tjenestene leveres fra et nytt selskap der både kommunen og staten er inne på eiersiden.

- NHN oppløses og omorganiseres til å bli et aksjeselskap med kommunene og staten som eiere. Da kan kommunene gjennomføre direktekjøp av relevante løsninger i henhold til egenregiunntaket.
- Det opprettes et nytt selskap som skal være tjenesteleverandør av FKJ/FKJ-løsningene. I en slik modell er flere eierkonstellasjoner mellom staten og kommunene aktuelle. Et slikt selskap kan levere løsninger til kommunene innenfor utvidet egenregi.

9.1.4 *Offentlig-offentlig samarbeid*

Dette unntaket kommer til anvendelse på kontrakter som inngås mellom to eller flere oppdragsgivere, og som etablerer eller gjennomfører et samarbeid. Dette innebærer at partene i samarbeidet må bidra med leveranser *utover* alminnelig vederlag i bytte mot tjenester. Dette er et område hvor det er relativt få eksempler og lite etablert praksis. Dette unntaket fremstår ikke som det mest aktuelle i forhold til FKJ, men kan utredes nærmere juridisk, og kan eventuelt benyttes i tillegg til andre aktuelle unntak. Dette kan muligens også være et aktuelt unntak for NHNs tjenesteleveranser generelt, som en del av et overordnet samarbeid om å levere helsetjenester i Norge.

9.2 Statsstøtteregler

I forhold til forbudet mot statsstøtte, så kan man som utgangspunkt legge til grunn at finansieringen av primær- og spesialisthelsetjenesten vil falle utenfor støttereglenes rekkevidde. Den foreløpige vurderingen av FKJ, er at FKJ vil være en del av, eller tett tilknyttet, det offentlige kjernevirksomhet og vårt solidarisk, finansierte helsevesen som kommer hele befolkningen til gode. Det gjelder også underliggende tjenester og løsninger som er nødvendige for at FKJ skal fungere.

På denne bakgrunn er den foreløpige konklusjon at NHNs mulige leveranse av de aktuelle løsningene ikke vil bli ansett som utøvelse av økonomiske aktiviteter i EØS-rettslig forstand, og dermed faller utenfor statstøtteforbudet. Man bør likevel vurdere om man skal gå i dialog med ESA for å sikre trygghet for konklusjonen.

Det vil heller ikke utgjøre en statsstøtterettslig forskjell om tjenestene for eksempel leveres av kommunene selv, av et kommunalt eid aksjeselskap eller et statsforetak. Statsstøttereglene vil derfor ikke være førende for om prosjektet skal realiseres gjennom NHN, eller ved en annen organisering.

9.3 Personvern og GDPR

Vi kan ikke se GDPR stiller krav som ikke gjør det mulig å realisere FKJ gjennom leveranser fra NHN. NHN oppfyller i dag alle krav i GDPR og i Normen for sine tjenester.

9.4 Sektorlovgivning

Dagens lovgivning åpner opp for bruk av felles digital infrastruktur i offentlig sektor, og dette er også en del av den politiske målsettingen. Det er også fremmet et lovforslag til Stortinget om endringer i pasientjournalloven som gir hjemmel til å fastsette forskrifter om nasjonal datainfrastruktur.

Etter vår vurdering vil relevant sektorlovgivning ikke være til hinder for en realisering av FKJ gjennom leveranser fra NHN.

Felles kommunal journal interim AS

Bilag 10.1.1:

Kostnadsmodell

Styringsdokument

Felles journaløft for kommuner

Bilag 7.1 - Kostnadsmodell

Dette bilaget inneholder kostnadsberegninger for den første utprøvsperioden, august 2023- desember 2024.

Nedenfor følger en kort oversikt over regnearkene i modellen.

Kostnadsoppsummering	Her oppsummeres totalkostnadene. Kostnadene er i all hovedsak fordelt på 2 hovedkategorier: 1) Kostnader til drift av prosjektorganisasjonen. 2) Utprøvsingskostnader.
Prosjektorganisasjon	Her vises kostnadsberegningene for prosjektorganisasjonen som skal støtte utprøvsingene sentralt. Kostnadene er beregnet er basert på behovet for antall ressurser I utprøvsingsperioden 2023/2024, og brutt ned på produktene 1) Konsept, 2) Utprøvsing, 3) Prosjektledelse og 4) Kommunikasjon.
Totalkostnad utprøvsinger	Her beregnes totalkostnader for alle utprøvsingene. Totalkostnaden er basert på grunnkalkylen, hvor kostnaden for hver utprøvsing er justert med en faktor. Faktoren er basert på forventet omfang og kompleksitet for hver utprøvsing.
Grunnkalkyle / Utprøvsinger	Her er det utarbeidet en grunnkalkyle for hva en typisk utprøvsing vil koste for henholdsvis kommune, NHN og leverandør. Det består i hovedsak av ressurskostnader og i tillegg er det gjort et påslag for etterfølgende drift- og forvaltningskostnader (til og med utgangen av 2025).
Input	Her ligger lønnskostnader og annen nødvendig input som er benyttet i beregningene.

Kostnadsoppsummering 2023-2024

KOSTNADSOPPSTILLING

Totale kostnader	2023	2024	Sum
Sentrale prosjektressurser			
Prosjektledelse	1 282 670	3 238 485	4 521 155
Andre kostnader	263 000	664 022	927 022
Sum kostnader sentrale prosjektressurser	1 545 670	3 902 507	5 448 177
Utprøvningskostnader: Kommune, NHN og leverandør			
Utprøving 1	3 460 645	10 412 680	13 873 325
Utprøving 2	865 161	9 629 809	10 494 970
Etterfølgende drift og forvaltning av løsninger	0	1 097 912	1 097 912
Sum kostnader utprøvinger	4 325 806	21 140 402	25 466 207
Totale kostnader 2023-2024	5 871 476	25 042 909	30 914 385

Grunnkalkyle - utprøvinger

Kostnadsestimat	Beskrivelse	Fase 1: Forberedelse og innsikt				Fase 2: Utvikling og utprøving				Fase 3: Evaluering		Etterfølgende drift og forvaltning	SUM		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			11	12
Ressurskostnader kommune															
Fagressurser - helsepersonell	Basert på lønn for kommunalt ambulanspersonell	83 167	83 167	83 167	83 167	83 167	83 167	83 167	83 167	83 167	83 167	83 167	55 445	0	970 281
Systemforvalter/arkitekt	Basert på lønn for kommunalt ansatt systemarkitekt	75 100	75 100	75 100	75 100	75 100	75 100	75 100	75 100	75 100	75 100	75 100	8 344	0	834 441
Teknisk driftsressurs	Basert på lønn for kommunalt ansatt systemarkitekt	25 033	25 033	25 033	16 689	16 689	16 689	16 689	16 689	16 689	16 689	16 689	8 344	0	216 955
Prosjektleder (tjenesteleder)	Basert på lønn for kommunal leder av helsetjenester	8 970	8 970	8 970	8 970	8 970	8 970	8 970	8 970	8 970	8 970	8 970	8 970	0	107 636
Prosjektleder kommune	Basert på lønn for kommunal leder av helsetjenester	44 849	44 849	44 849	62 788	62 788	62 788	62 788	62 788	62 788	62 788	62 788	44 849	0	681 698
Anskaffelse/kontrakt	Basert på gjennomsnitt for relevante kommunale ansatte	16 941	16 941	16 941	8 471	8 471	8 471	8 471	8 471	8 471	8 471	8 471	8 471	0	127 061
Infosikk. og personvern	Basert på lønn for kommunalt ansatt tjenstedesigner	50 066	50 066	50 066	33 378	33 378	33 378	33 378	33 378	33 378	33 378	33 378	0	0	417 221
Prosess, endring og gevinst	Basert på gjennomsnitt for relevante kommunale ansatte	25 412	25 412	25 412	25 412	25 412	25 412	25 412	25 412	25 412	25 412	25 412	8 471	0	288 004
Sum		329 538	329 538	329 538	313 974	313 974	313 974	313 974	313 974	313 974	313 974	313 974	142 893	0	3 643 296
Ressurskostnader NHN															
Ressurskostnader leverandør	Basert på lønn for statlig ansatt systemarkitekt	666 667	666 667	666 667	666 667	666 667	666 667	666 667	666 667	666 667	666 667	666 667	166 667	0	7 500 000
Ressurskostnader leverandør	Basert på lønn for programvareutvikler i privat sektor	100 324	100 324	100 324	150 486	150 486	150 486	150 486	150 486	150 486	150 486	150 486	50 162	0	1 555 021
Sum direkte utprøvingkostnader		1 096 529	1 096 529	1 096 529	1 131 126	1 131 126	1 131 126	1 131 126	1 131 126	1 131 126	1 131 126	1 131 126	359 722	0	12 698 317
Etterfølgende drifts- og forvaltning	Per måned etter endt utprøving	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	264 548	264 548
Sum grunnkalkyle		1 096 529	1 096 529	1 096 529	1 131 126	1 131 126	1 131 126	1 131 126	1 131 126	1 131 126	1 131 126	1 131 126	359 722	264 548	12 962 865

RESSURSBEHOV	Rolle	Beskrivelse	Fase 1				Fase 2				Fase 3				
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Kommune															
Fagressurser - helsepersonell	Ressursgruppe		0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,6
Systemforvalter/arkitekt	Utprøvingdeltaker		0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,1
Teknisk driftsressurs	Utprøvingdeltaker		0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
Prosjektleder kommune	Utprøvingdeltaker		0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Lokal utprøvingleder	Ansvar for gjennomføring og koordinering internt og eksternt		0,5	0,5	0,5	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,5
Anskaffelse/kontrakt	Ansvar for utredning av kostnader knyttet til utprøving og anskaffels		0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Infosikk. og personvern	Ansvar for utredning av brukeropplevelse i datasystemer		0,6	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0
Prosess, endring og gevinst	Ansvarlig for gevinstutredning		0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,1
NHN															
Leveranseteam	Gjennomsnittlig innsats fra NHN inn i hver utprøving		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1
Leverandør															
Utprøvingsteam	Gjennomsnittlig innsats fra leverandør inn i hver utprøving		1	1	1	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	0,5

Øvrig input	Kommentar	
Andel drifts- og forvaltningskostnader (av utviklingskostnader)	25 %	Baserer seg på standardsats hvor driftskostnad typisk utgjør 20-30% av utviklingskostnad.

Input og forutsetninger

Generelle forutsetninger	Verdi	Kilde/kommentar
Påslag lønnskostnad	46,4%	Sats for å dekke arbeidsgiveravgift, feriepenger, pensjonsinnskudd, forsikringer, kontorkostnad, opplæring, mm. Kilde: KS
Årslønn fast ansatte	950 000	Basert på gjennomsnittlig forventet årslønn for hva som vil kreves for å ansette ressuser i prosjektorganisasjonen
Timespris kommunale ressurser	900	KS interne ressurspris.
Timespris statlige ressurser	1 065	Direktoratet for e-helse interne ressurspris.
Timer per år	1 695	Basert på 10,5 effektive arbeids måneder og 161,4 timer per måned.
Effektive arbeids måneder per år	10,5	Basert på 100% stilling med 5 uker ferie
Timer per måned	161,4	Antakelse
Justering til 2022-kroner	5,20 %	Anslag lønnsvekst for 2022. Kilde: SSB: Økonomiske analyser 2/2022

Arbeidskraftkostnader	Lønn (månedlig)	Arbeidskraftkostnad	Arbeidssted	Kilde/kommentar
Sykepleier	49 850	76 775	Kommune	SSB: Tabell 11418 - 2021. 2223 Sykepleier.
Lege	76 540	117 881	Kommune	SSB: Tabell 11418 - 2021. 2211 Allmennpraktiserende lege.
Fagressurser - helsepersonell	60 000	92 408	Kommune	Gjennomsnittlig helsepersonell lønnskostnad, med overvekt mot sykepleiere og noe mot leger.
Systemforvalter/arkitekt	54 180	83 444	Kommune	SSB: Tabell 11418 - 2021. 2511 Systemanalytikere/arkitekter (kommunal)
Prosjekteier (tjenesteeier)	58 240	89 697	Kommune	SSB: Tabell 11418 - 2021. 1342 Ledere av helsetjenester.
Prosjektleder kommune	58 240	89 697	Kommune	SSB: Tabell 11418 - 2021. 1342 Ledere av helsetjenester.
Tjenestedesigner	54 180	83 444	Kommune	SSB: Tabell 11418 - 2021. 2511 Systemanalytikere/arkitekter (kommunal)
Øvrige interne årsverk kommune	55 000	84 707	Kommune	Gjennomsnittsbetragtning gjort av prosjektet.
Faste ansatte ressurser i prosjekt	79 167	121 927	Prosjekt	SSB: Tabell 11418 - 2021. Basert på gjennomsnittlige lønnstall for relevante stillinger i offentlig sektor.
Intern ressurskostnad NHN	166 667	166 667	NHN	Basert på intern ressurskostnad i NHN. Oppgitt å være 2 MNOK årlig.
Ressurs fra leverandør	65 140	100 324	Leverandør	SSB: Tabell 11418 - 2021. 2512 Programvareutvikler (privat sektor)