



Direktoratet for
e-helse

Nasjonal handlingsplan for e-helse 2017-2022

Versjon 1.0

[Rapportnummer]



Kolofon

Publikasjonens tittel:

[Sett inn tittel her]

Utgitt:

[Sett inn dato]

Publikasjonsnummer:

[Sett inn nummer her]

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Postadresse:

Postboks 6737 St. Olavs plass, 0130 OSLO

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo

Tlf.: 21 49 50 70

www.ehelse.no

Rapporten kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Illustrasjoner:

[Sett inn navn på illustrasjoner]

Om dokumentet

Direktoratet for e-helse har fått oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide forslag til handlingsplan for perioden 2017-2021 som følger opp vedtatte nasjonale strategier. Direktoratet har på bakgrunn av innspill fra helse- og omsorgssektoren valgt å utvide perioden til 2017-2022.

For å etablere en handlingsplan for 2017-2022 har det vært nødvendig å drøfte utvalgte strategiske valg som legger føringer for kommende periode. Direktoratet for e-helse har derfor etablert en nasjonal e-helsestrategi i tillegg til handlingsplan for 2017-2022.

Dette dokumentet beskriver tiltak som skal bidra til å realisere målene som er satt i *Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022*. Flere aktører har gitt innspill på at ambisjonsnivået er høyt, men samtidig at det er vanskelig å nedprioritere konkrete tiltak nå. Årlig prioritering av tiltak vil gjennomføres i de nasjonale porteføljestyrings- og forvaltningsstyringsprosessene. Hvor mange tiltak som gjennomføres, og hvor raskt de gjennomføres, avhenger blant annet av finansiering og styringsvirkemidler.

Helse- og omsorgssektoren har vært involvert i arbeidet.



Innhold

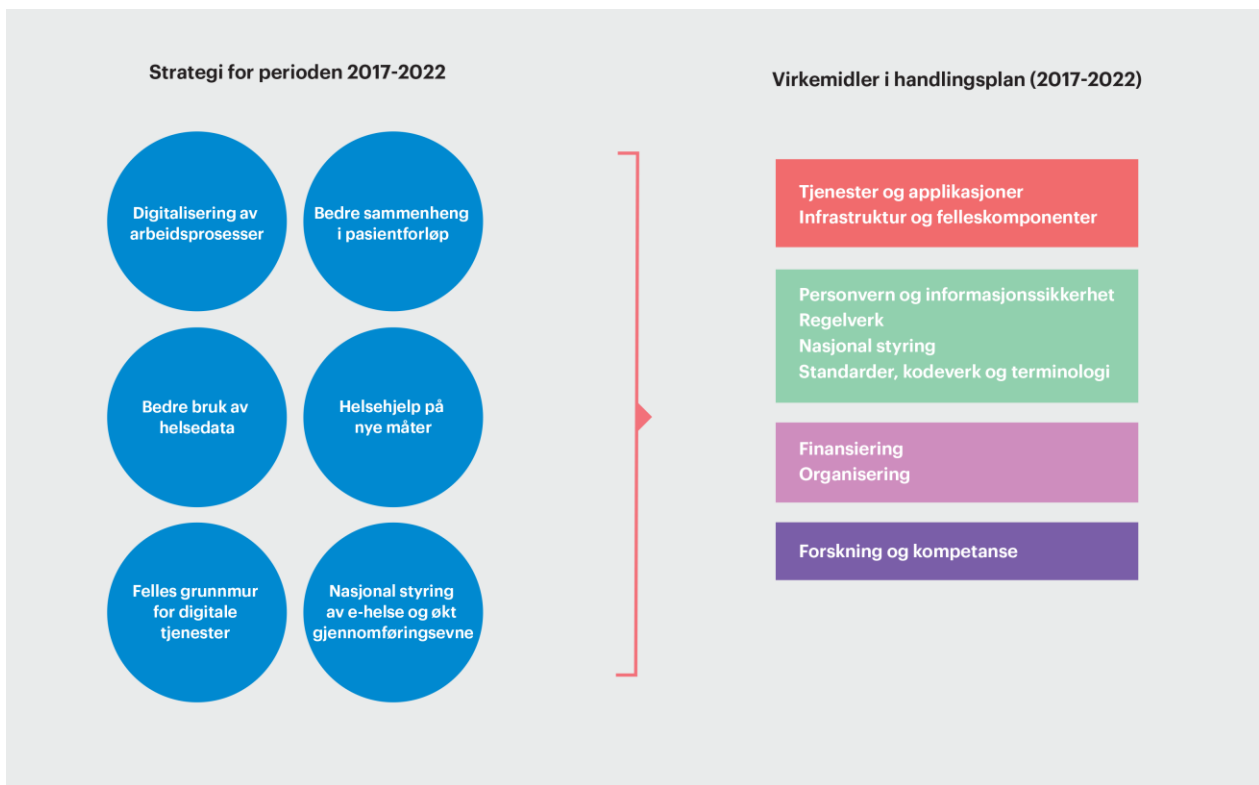
1	HANDLINGSPLAN FOR 2017-2022	5
1.1	Innledning	5
1.2	Tjenester og applikasjoner	6
1.3	Infrastrukturer og felleskomponenter	11
1.4	Personvern og informasjonssikkerhet	13
1.5	Regelverk	14
1.6	Nasjonal styring	15
1.7	Standarder, kodeverk og terminologi	16
1.8	Finansiering	17
1.9	Organisering	20
1.10	Forskning og kompetanse	22
2	OPPFØLGING OG REVIDERING AV HANDLINGSPLAN	24

1 HANDLINGSPLAN FOR 2017-2022

Handlingsplanen beskriver tiltak som skal bidra til å realisere e-helsestrategien i perioden 2017-2022. Handlingsplanen vil bli oppdatert som følge av strategiske valg som tas i perioden, og i tråd med årlige budsjetttrammer.

1.1 Innledning

I handlingsplanen beskrives tiltak innenfor de ulike virkemiddelområdene. Tiltakene skal bidra til å oppnå målene i strategien. Det samlede omfanget av tiltak i handlingsplanen er stort. Strategien bidrar til å sette retning for handlingsplanen og dens tiltak. Følgende figur gir en oversikt over virkemidler som blir adressert i handlingsplanen:



Virkemidlene følger den definisjonen og inndelingen som er presentert i WHO's metodebeskrivelse for nasjonale e-helsestrategier og representerer en helhet med hensyn til hvor tiltak må iverksettes for å realisere målene i e-helsestrategien. For enkelte virkemidler er det behov for flere tiltak og disse blir derfor gruppert under tiltaksområder.

Det må i tillegg gjøres en løpende prioritering mellom de foreslåtte tiltakene i handlingsplanen. Prioriteringen gjøres i den nasjonale porteføljestyringsprosessen og må gjøres i lys av blant annet de årlige budsjetttrammene. Nivået og fordelingen av finansielle ressurser for å realisere tiltakene i handlingsplanen vil, i den nærmeste delen av strategiperioden, langt på vei være en videreføring av den gjeldende situasjonen. Arbeidet med å vurdere og justere finansieringsmodeller kan imidlertid gi noe endrete rammebetingelser i løpet av perioden. Innretning og omfang av tiltak vil revideres årlig og reflektere eventuelle endringer i rammebetingelser.

1.2 Tjenester og applikasjoner

De strategiske områdene 1-4 i gir til sammen et godt bilde av behovsbredden innenfor e-helse i handlingsplanperioden. Målene er ambisiøse gitt de eksisterende rammene (finansiering, styring og organisering) for etablering av nye løsninger. Det er også behov for å få bedre oversikt over kostnads- og kompleksitetsbildet. Således kan det være behov for å justere målene når handlingsrommet er kjent og de større veivalgene er tatt. Et gjennomgående prinsipp er at tjenester og applikasjoner skal utvikles på en slik måte at de tas i bruk av helsetjenesten og innbyggerne.

Tiltakene beskriver de endringene som må implementeres i løpet av perioden for å understøtte de prioriterte målene og er kategorisert i følgende tiltaksområder:

- **Digitalisere arbeidsprosesser og arbeidsflyt i felles EPJ-systemer:** Tiltak knyttet til «Digitalisering av arbeidsprosesser»
- **Digitalisering av legemiddelkjeden:** Tiltak knyttet til innsatsområder på legemiddelområdet.
- **Digitalisering av pasientforløp:** Tiltak knyttet til «Bedre sammenheng i pasientforløp» med unntak av legemiddelområdet
- **Digital plattform for spredning og innovasjon av velferdsteknologi.** Tiltak knyttet til «Helsehjelp på nye måter».
- **Digitale plattformer for helsedata.** Tiltak omfatter etableringen av helseanalyseplattform og nødvendige fellestjenester for å understøtte målene i strategisk område «Bedre bruk av helsedata».

Gjennom e-helsefunksjonalitet skal relevante og nødvendige helseopplysninger gjøres tilgjengelige og bidra til at gjennomgående prosesser, for eksempel legemiddelbehandling og henvisningsforløp, henger godt sammen digitalt. Dette skal oppnås gjennom deling av nødvendige data mellom virksomheter.

Digital samhandling kan overordnet ivaretas på ulike måter. Elektronisk meldingsutveksling er etablert som dagens målarkitektur for å utlevere helseopplysninger mellom EPJ-systemer. Der meldingsutveksling ikke er en hensiktsmessig delingsform kan samhandling realiseres gjennom nasjonale tjenester mellom EPJ-systemer. Målbildet i *Én innbygger – én journal* er at samhandling skal foregå innenfor samme løsning.

1.2.1 Tiltaksområder

Digitalisere arbeidsprosesser og arbeidsflyt i felles EPJ-systemer

I kommunal helse- og omsorgstjeneste har frittstående EPJ stor utbredelse med varierende bruk og til dels mangelfull funksjonalitet (se side **Feil! Bokmerke er ikke definert.**). Fastlegene benytter også frittstående EPJ, men funksjonaliteten oppleves i større grad som dekkende. I forrige handlingsplanperiode (2014-2016) ble en rekke forbedringer gjennomført i fastlegenes EPJ. I spesialisthelsetjenesten har helseregionene gjennomført eller startet konsolidering av EPJ. Helse Midt-Norge har igangsatt prosessen med å erstatte kurve, PAS og EPJ med et nytt felles system (Helseplattformen) som en felles løsning for spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Endringen vil innebære en betydelig modernisering av EPJ med økt strukturering av pasientdata, prosess- og beslutningsstøtte. I de tre øvrige regionene skjer en lignende funksjonell modernisering basert på eksisterende systemer. I tillegg til EPJ har disse regionene anskaffet separate kurvesystem, og arbeider med å innføre dem.

Tiltak: Utarbeide veikart for den samlede gjennomføringen av *Én innbygger – én journal* inkludert Helseplattformen. Det skal utformes et samlet veikart for gjennomføringen av *Én innbygger – én journal* for å realisere en nasjonal løsning for klinisk dokumentasjon, prosessstøtte og pasient-/brukeradministrasjon med samhandlingsløsninger for aktører utenfor kjerneløsningen.

Tiltak: Fullføre anskaffelse og starte innføring av Helseplattformen, som regional utprøving i Midt-Norge av nasjonal målbilde

I løpet av handlingsplanen anskaffes løsning i Helse Midt-Norge, og tilpasning for innføring startes for de første kommunene, helseforetakene og fastlegene. Erfaringene fra implementeringen skal brukes til å forme strategien for realisering av *Én innbygger – én journal*.

Tiltak: Utarbeide beslutningsunderlag for anskaffelse av en felles nasjonal løsning for EPJ i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Som ledd i gjennomføringen av EIEJ skal behov og forutsetninger i kommunal helse- og omsorgstjeneste beskrives i et beslutningsunderlag for anskaffelse av felles nasjonal EPJ.

Tiltak: Modernisere EPJ i spesialisthelsetjenesten regionalt på en slik måte at helsepersonell lettere får tilgang til samlet pasientjournal innenfor regionen

Helseregioner som ikke har fullført modernisering av EPJ fortsetter dette etter regional plan. Moderniseringen skal gjennomføres på en slik måte at pasientopplysninger for samme pasient fra ulike helseforetak lettere kan sammenstilles for helsepersonell med tjenstlig begrunnet tilgang.

Digitalisere legemiddelkjeden – pasientens legemiddelliste

Tiltaksområdet omfatter digitalisering av legemiddelkjeden og nødvendige forbedringstiltak, videreutvikling og innføring av eksisterende løsninger og komponenter. Tiltaksområdet må sees i sammenheng med produktstrategier for den nasjonale porteføljen, samt planlagte prosjekter på regionalt og lokalt nivå.

Hovedgrepet i tiltaksområdet er å innføre en felles legemiddelliste (pasientens legemiddelliste) som skal bidra til å nå målet om å tilrettelegge for at helsepersonell på tvers av helsetjenesten har oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker. Etablering av en slik løsning har en rekke avhengigheter til andre tiltak som i seg selv kan bidra til å forbedre området.

Det er en rekke aktiviteter og initiativ rundt legemiddelområdet nasjonalt og lokalt. Handlingsplanen 2017-2022 grupperer syv tiltak på veien for å nå målsettingene under innsatsområdene #2.2 og #3.3.

Tiltak: Innføre pasientens legemiddelliste i helse- og omsorgstjenestene

En felles Legemiddelliste skal sørge for at helsepersonell med tjenstlige behov har en oppdatert versjon av innbyggernes legemiddelliste tilgjengelig. De større forutsetningene for denne adresseres i tiltak under.

Tiltak: Inkludere kommunale institusjoner og hjemmetjeneste i den digitale legemiddelkjeden

Tiltaket skal forstås i sammenheng med etableringen av pasientens legemiddelliste, men gir også gevinster som et selvstendig tiltak. Kommunale institusjoner og hjemmetjeneste har ikke vært inkludert i de nasjonale innføringsløpene for kjernejournal og e-resept. Konsekvensen er at helsepersonell ikke har tilgang på oppdaterte legemiddelopplysninger om sine brukere, utover det som formidles via elektronisk meldingsutveksling, telefon og faks. Videre innføring av e-resept, multidose og kjernejournal funksjonalitet skal bidra til realiseringen av pasientens legemiddelliste.

Tiltak: Kvalitetshevende tiltak på dagens legemiddelområde

Tiltaket skal forstås i sammenheng med etableringen av pasientens legemiddelliste, men gir også gevinster som et selvstendig tiltak. Blant annet skal det iverksettes aktivitet for å redusere antall resepter som av medisinskfaglige årsaker ikke skal benyttes av pasient i Reseptformidleren. Der er det helt kritisk at nødvendige kvalitetshevende tiltak gjennomføres, da digitalisering av legemiddelområdet vil bygge videre på disse løsningene.

Tiltak: Bedre funksjonalitet i EPJ (legepraksis)

EPJ-leverandørene utvikler en rekke tiltak for å møte faglige krav og behov for legemiddelbehandling. EPJ-løftet har pågående prosjekter for å gi IKT-støtte for beslutningsstøtte, kvalitetsarbeid og for å møte faglige krav i Fastlegeforskriften § 25. Leverandører til kommunale institusjoner og hjemmetjenesten utvikler nye legemiddelmoduler, arbeidsflater og integrasjon til e-resept.

Tiltak: Videreføre regionale strategier for innføring og integrasjon av valgt elektronisk kurve på resterende helseforetak i spesialisthelsetjenesten

Helseregioner som ikke har innført elektronisk kurve på alle helseforetak fortsetter dette etter regional plan, og implementerer samtidig legemiddelforordning og -administrasjon. Kliniske IKT-systemer som inneholder informasjon om pasientens legemiddelbehandling integreres på en slik måte at pasientens plan for legemiddelbehandling er komplett.

Tiltak: Utvikle og ta i bruk beslutningsstøtte som bidrar til å redusere feil ved forordning og oppfølging av legemidler i elektronisk kurve og EPJ

Funksjonalitet for å redusere risiko for over- eller underdosering, feilvalg av legemiddel og ulike interaksjoner (eks. legemiddel-legemiddel, legemiddel-diagnose, legemiddel-prøvesvar m.m.) skal utvikles og tas i bruk der det ikke finnes i elektronisk kurve, EPJ for helseforetak, kommunal EPJ og EPJ for fastleger. Utviklingen skal legge til rette for rett valg av antibiotika og persontilpasset valg og dosering av legemiddel ut fra genetiske varianter, organfunksjon, alder og annet. I tillegg prøves det ut beslutningsstøtte for å kvalitetssikre oppfølging av legemiddelbehandling ut fra kliniske anbefalinger.

Tiltak: Utvikle felles konsepter for lukket legemiddelslyfe i helseforetak, i kommunale institusjonsbaserte tjenester og i hjemmebaserte tjenester.

Det skal utvikles felles spesifikasjoner for hvordan lukket legemiddelslyfe implementeres i minst tre ulike scenarier: i helseforetak, i kommunale institusjonsbaserte tjenester og i hjemmebaserte tjenester. Hensikten er å legge til rette for standardisering av utstyr, funksjonalitet, informasjonsflyt og prosedyrer for lukket legemiddelslyfe, og sikre integrasjon i EPJ eller elektronisk kurve.

Digitalisere pasientforløp

Dette tiltaksområdet inneholder tiltak som skal realisere flere mål i det strategiske området «Bedre sammenheng i pasientforløp».

Tiltak: Bredde allerede etablerte digitale innbyggertjenester slik at disse blir tilgjengelige for hele befolkningen

Helsenorge.no er en felles inngang til informasjon om helsetjenester på nett. Den er en veiviser for befolkningen til helsetjenester og tilbyr innsyns- og selvbetjeningsløsninger i helsesektoren. Stadig flere bruker tjenestene og portalen tilbyr kontinuerlig nye tjenester for innbyggeren.

På helsenorge.no finner innbygger også kvalitetssikret og oppdatert informasjon om helse, livsstil, sykdom, behandling og rettigheter. Innholdet er levert og kvalitetssikret av offentlige helseaktører. Helsenorge.no ble etablert 15.juni 2011 som en informasjonsportal med kvalitetssikret helseinformasjon. I dag er det 1,4 mill. besøk på helsenorge.no (48 prosent fra mobil eller nettbrett) per måned, og antallet vokser jevnt med utbredelse av eksisterende tjenester og nye tjenester.

Ved utgangen av 2016 tilbyr 40 fastlegekontor digital dialog med fastlege. Dette skal utvides til fastlegekontorene. Innen spesialisthelsetjenesten er det laget tjenester for henvisning, timeavtaler og innsyn i journal. Disse skal breddes videre.

Konsekvensen av at tjenester er utviklet og implementert for én region, er at de ikke nødvendigvis fungerer som nasjonale tjenester. Dette gir en skjevhet i tilgangen på digitale innbyggertjenester. Det må gjøres både tekniske og funksjonelle endringer på noen av tjenestene for å tilfredsstille økt volum, endret arkitektur og standardiserte løsninger nasjonalt.

Tiltak: Utvikle og innføre nye digitale innbyggertjenester for å involvere innbygger i helsehjelpen

Det skal utarbeides en produktstrategi med veikart for utvikling og innføring av nye tjenester i perioden. Målene i innsatsområdet «involvere innbygger i planlegging og gjennomføring av helsehjelp» skal ha prioritet i strategien.

Tiltak: Stimulere til innovasjon i markedet

Tjenester fra markedet skal gjøres tilgjengelig i helsenorgeplattformen, for bruk i en nasjonal kontekst. Nye muligheter knyttet til velferdsteknologi, egenrapportering, oppfølging og beslutningsstøtte skal kunne brukes som en integrert del av pasientbehandlingen og oppleves helhetlig både for behandlere, pasienter og pårørende.

Leveransekraft og innovasjon i markedet skal utnyttes gjennom å etablere en helhetlig API-plattform. Plattformen skal utvikles og forvaltes slik at nye eksterne miljøer enkelt kan benytte eksisterende tjenester og data tilgjengelig gjennom helsenorge.no til å lage nye verdidøkende tjenester for innbyggerne. Leverandører av digitale innbyggertjenester kan da utvikle og tilby egne tjenester og løsninger - i tillegg til det som utvikles av Direktoratet for e-helse på helsenorge.no.

Tiltak: Bredde obligatoriske elektroniske meldinger

I forrige handlingsplanperiode har det vært en markant økning i antall elektroniske meldinger i Helsenettet. Det er en utstrakt bruk av elektronisk meldingsutveksling, og det ble i 2015 sendt cirka 170 millioner meldinger over Helsenettet. De fleste meldingene går uten at det sendes papir parallelt, men fremdeles sendes det papir i en del tilfeller. Tiltak for å bedre grunnforutsetninger for meldingsutveksling beskrives under infrastruktur og felleskomponenter. Det skal i løpet av perioden bare unntaksvis sendes papir hvor elektronisk melding er implementert.

For å avvikle papir i pasientforløp er det nødvendig å utbre nødvendige meldinger i de papirløylene som skal digitaliseres. Meldinger som er obligatoriske i henhold til forskrift skal breddes etter nærmere fastsatte mål.

Tiltak: Digital sammenheng i pasientadministrative data

Det er igangsatt flere IKT-relaterte initiativer i tilknytning til iverksetting av nye pasientrettigheter og politiske strategier for eksempel fritt behandlingsvalg (tidligere fritt sykehusvalg), fristbruddrettigheter, pakkeforløp og pilotering av rettighetsvurdering avtalespesialist.

I løpet av perioden skal elektronisk henvisningsmelding innføres for henvisning internt i spesialisthelsetjenesten. Helseforetak og avtalespesialister er prioriterte grupper for innføring. Tiltaket skal bidra til å sikre at henvisningene kommer frem slik at kritiske pasientadministrative variabler ikke manuelt inntastes på nytt i forbindelse med ansvarsoverføring. I tilknytning til dette skal det etableres nærmere regler og registreringsrutiner ved ansvarsoverføring for å bedre sikre vekslingspunktene.

Nødvendig funksjonalitet for å understøtte rettighetsvurdering av avtalespesialist skal innføres i aktuelle EPJ-systemer.

Det skal utarbeides et beslutningsgrunnlag for innføring av forløpsidentifikator for å spore og sammenstille henvisninger, epikriser, rekvisisjoner og svar.

Det skal etableres tettere samordning av de ulike løsningene for interaktiv henvisning og rekvisisjon i de regionale helseforetakene. RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse for å ivareta normerende hensyn knyttet til henholdsvis helsefaglige retningslinjer og elektronisk samhandling på tvers av forvaltningsnivåer.

Tiltak: Digital dialog mellom helsepersonell

Det er behov for å videreutvikle digital dialog mellom helsepersonell. Dialog mellom helsepersonell har sin vesentligste utbredelse i kommunal pleie- og omsorgstjeneste, mens digital dialog mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste kun har vært pilotert. I 2015 gjennomførte Helse Vest et pilotprosjekt for å teste ut dialogmeldinger mellom sykehus og fastleger. Det finnes per i dag ikke mulighet for «lav-terskel»-kontakt for å gjøre enkle avklaringer, anmodninger eller rådgivning. Digital dialog mellom helsepersonell skal bidra til å øke kvalitet på og redusere antallet av unødige henvisninger.

Det skal utarbeide et beslutningsgrunnlag for om digital dialog for helsepersonell mellom sykehus og fastleger skal breddes nasjonalt.

Tiltak: Innføre elektronisk fødselsepikrise mellom helseforetak og helsestasjoner

Per i dag er det ingen helsestasjoner som mottar fødselsmeldinger elektronisk, og få mottar epikriser elektronisk. Det kan ta flere uker før nødvendig informasjon er tilgjengelig, og dette utgjør dermed et problem for tjenesteutøvelsen. Innføringen av en elektronisk fødselsepikrise skal bidra til tettere oppfølging fra helsestasjon etter fødsel.

Tiltak: Etablere løsning for oppslag i henvisninger, epikriser og utvalgte typer svarrapporter på tvers av behandlingssteder

Det skal etableres en løsning i Kjernejournal for å kunne slå opp henvisninger, epikriser og utvalgte typer svarrapporter på tvers av behandlingssteder. Løsningsvalg skal gjøres i tilknytning til utredning av et felles grunnlag for realisering av nye tjenester for helsepersonell på kort og mellomlang sikt (se eget tiltak).

Tiltak: Tett integrasjon av Kjernejournal i EPJ

Økt bruk av Kjernejournal forutsetter enklere pålogging (se eget tiltak i infrastruktur og felleskomponenter) og tett dataintegrasjon med EPJ. For kritisk informasjon skal Kjernejournal tilby strukturerte data direkte i EPJ. Målet er at helsepersonell skal slippe å kopiere eller dobbeltregistrere disse kritiske opplysningene. Strukturerte data kan benyttes som grunnlag for beslutningsstøtte og automatisering i EPJ-systemer. Det skal utredes nærmere om tjenesten kan videreutvikles til å fungere som masterdatakilde for lokale EPJ-systemer. Det vil være behov for en juridisk vurdering av dette.

Tiltak: Innføre ny teknologi for AMK-sentralene

Ny teknologi skal innføres i AMK-sentralene. Det skal vurderes om legevaktsentralene kan benytte samme IKT-system som AMK-sentralene. Det vil kunne bidra til større fleksibilitet i organiseringen, og sikre mer effektiv drift og vedlikehold av systemene. I tillegg skal det vurderes behovet for informasjonsdeling med de andre nødetatene for felles integrasjon mot deres systemer.

Tiltak: Utrede referansearkitektur for nasjonale tjenester på kort og mellomlang sikt

Det skal utarbeides et beslutnings- og investeringsunderlag for hvorvidt det er hensiktsmessig å etablere en arkitektur for realisering av nye tjenester for helsepersonell på kort og mellomlang sikt. Dette skal vurderes opp mot alternativet der det ikke realiseres en arkitektur for dette før gjennom *Én innbygger – én journal*.

Digital plattform for helsedata

Tiltaksområdet omfatter etableringen av en helseanalyseplattform og nødvendige fellestjenester for å understøtte målene i strategisk område «Bedre bruk av helsedata».

Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010–2020 (helseregisterstrategien) skal bidra til bedre utnyttelse, bedre kvalitet og enda sikrere håndtering av data i de nasjonale helseregistrene. I handlingsplanen for 2014-2015 (Gode helseregistre – bedre helse Handlingsplan, 2014–2015) er en rekke utviklingsprosjekter for de enkelte helseregistrene beskrevet. Disse prosjektene vil videreføres i perioden og er en forutsetning for å sikre en bedre bruk av helsedata.

I tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2016 fikk Direktoratet for e-helse i oppdrag å utarbeide en referansearkitektur og tekniske fellesløsninger for de nasjonale helseregistrene. Oppdraget er en videreføring og implementeringsbidrag til Nasjonal helseregisterstrategi 2010 – 2020, og bygger på erfaringer og fellesbehov dokumentert gjennom Nasjonalt helseregisterprosjekt (NHRP). Anbefalingene fra prosjektet skal bidra til enklere datafangst, bedre datakvalitet, bedre utnyttelse av registerdata, samtidig som sikkerhet og personvern blir ivarett.

Tiltak: Etablere fellestjenester som understøtter tilgjengeliggjøring av helsedata fra majoriteten av helseregistrene

En fellestjeneste er i denne sammenhengen en eller flere tekniske løsninger som tilbyr funksjonalitet som kan brukes av helseregistrene for å slippe å utvikle, forvalte og drifte denne funksjonaliteten selv. Tilgjengeliggjøring av relevant fellesfunksjonalitet for helseregistrene i form av nasjonale fellestjenester (IKT-tjenester) vil gjøre det mulig for de ulike helseregistrene i større grad å fokusere på kjernevirksomheten, videreutvikle tjenester, heve datakvaliteten, forenkle innrapporteringen og automatisere forvaltningen. Gode valg og prioriteringer vil medføre at virksomhetene vil kunne bruke mer tid på registerfaglige oppgaver og mindre på utvikling av IKT-støtte.

Tiltaket innebærer at det etableres en produktkø for ny og endret funksjonalitet for fellestjenester for helseregistre. Produktkøen vil inngå i et prioriterings- og beslutningsregime der programstyret vil prioritere rekkefølge og innsats på tiltakene. I tillegg skal det implementeres anbefalte standardiserte tekniske tjenestegrensesnitt i de enkelte registrene.

Tiltak: Etablere helseanalyseplattform med opplysninger fra minimum Folkeregisteret, Dødsårsaksregisteret, Norsk pasientregister (NPR), Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og personidentifiserbare legemiddeldata, samt andre relevante kilder for helsedata.

Formålet med en helseanalyseplattform vil være å forenkle og effektivisere tilgang til helsedata innenfor bredden av helseregistrenes formål, og sørge for at komplette helsedata er enkelt tilgjengelig for helseanalyse. Et viktig mål vil være å etablere en plattform som muliggjør avanserte analyser på tvers av helseregistre, grunddata, journaler og andre kilder for helsedata.

Tiltaket innebærer i første omgang å utrede og planlegge etableringen og utprøvingen av en helseanalyseplattform. Avhengig av konklusjon fra utredningsarbeidet og tilgjengelig finansiering vil tiltaket videreføres i en etablering og utprøving av helseanalyseplattformen. Helseanalyseplattformen skal som minimum hente opplysninger fra Folkeregisteret, Dødsårsaksregisteret, Norsk pasientregister (NPR), Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og personidentifiserbare legemiddeldata, men også andre relevante helsedatakilder. Det skal vurderes om persongrunndata fra Personregisteret (preg) kan benyttes både for forskning og statistikk.

Tiltak: Etablere en forenklet søknadsprosessen for å få tilgang til personetydige helsedata

Dagens situasjon er kjennetegnet av at forskere og helsepersonell må forholde seg til mange portaler, separate søknadsprosesser, og spredt tilgang til datagrunnlag, analyse- og rapporteringstjenester. Tiltaket innebærer at det etableres tjenester og løsninger som gjør det mulig å forholde seg til færre kontaktpunkter når man ønsker tilgang til sammenstilling av helsedata fra flere registre.

Digital plattform for spredning og innovasjon av velferdsteknologi

Tiltaksområdet omfatter etablering og utprøving av en plattform som legger til rette for et økosystem for å kunne innovere, levere og skalere funksjonalitet som understøtter målet om at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenestene innen 2020.

Tiltak: Etablere en nasjonal plattform for velferdsteknologi

Det skal etableres en teknisk plattform med nødvendig infrastruktur som adresserer utfordringer med mangfoldet av teknologier og behovet for integrasjon mellom ulike applikasjoner data til og fra det perifere utstyret. Plattformen skal i tillegg legge til rette for næringsutvikling ved at ulike leverandører kan utvikle applikasjoner som vil være tilgjengelig via plattformen.

1.3 Infrastrukturer og felleskomponenter

Felles infrastrukturer og bruk av felleskomponenter er viktige virkemidler for å understøtte dagens og fremtidige behov for enkel og sikker deling av informasjon mellom virksomhetene i helse- og omsorgssektoren, over landegrensene og på vei mot målbildet *Én innbygger – én journal*.

1.3.1 Tiltaksområder

Tiltaksområdene beskriver de endringer som må implementeres i løpet av perioden for å understøtte de prioriterte målene innen *digitalisering av arbeidsprosesser, bedre sammenheng i pasientforløp, bedre bruk av helsedata og helsehjelp på nye måter*. Gjennom en analyse av målene er det identifisert femten underliggende tiltak. Disse er sortert i følgende tiltaksområder: meldingsutveksling, identitetshåndtering, tilgangskontroll, innebygd personvern og arkitektur og felleskomponenter.

Meldingsutveksling

Tiltak: Korrekt bruk av adressering ved meldingsutveksling

Adresseregisteret skal være felleskomponenten som benyttes til meldingsutveksling og skal være tilfredsstillende for bruk av riktig adressering. Når adressering gjøres på en enhetlig måte vil videre arbeid være knyttet til implementering og enhetlig bruk av etablerte standarder for tjenestebasert adressering og til å innføre bruk av kommunikasjonsparametere.

Tiltak: Sikre at meldinger kommer frem til rette mottakere

For å sikre at meldingene kommer frem til rette mottaker skal applikasjonsskittering implementeres i henhold til korrekt standard og i tillegg skal ebXML rammeverket benyttes. Eksempler på slike meldinger er henvisninger, epikriser, dialogmeldinger og PLO-meldinger.

Tiltak: Implementere nasjonal forvaltningsmodell for elektronisk meldingsutveksling

«Nasjonal forvaltningsmodell for e-helsestandarder og fellestjenester for elektronisk samhandling i helse- og omsorgstjenesten», som skal gjelde for meldingsutveksling, skal implementeres for fastlege, helseforetak og kommuner. Deretter skal det vurderes om det skal utvides og implementeres for NAV, HELFO og andre helseaktører.

Dagens samhandlingsarkitektur skal dokumenteres og prosessen for håndtering av nye behov skal avklares. Det skal innføres krav om at alle virksomheter bruker gyldig versjon av meldingsstandarder.

Test- og godkjenningssordning for bruk av meldingsstandarder skal implementeres og gjøres tilgjengelig for alle relevante aktører.

Identitetshåndtering

Tiltak: Utrede og utprøve autentiseringstjeneste mot nasjonale tjenester for helsepersonell

Det skal utredes og utprøves en brukervennlig autentiseringsløsning mot nasjonale tjenester med god skalerbarhet, lav responstid og kompleksitet. I tillegg skal valg av løsninger gi lave kostnader for drift og forvaltning.

Tiltak: Vurdere behovet for felles hjelpenummer ved felles og nasjonale løsninger

Behovet for bruk av hjelpenummer skal vurderes, og det skal utredes i hvilke tilfeller det må tilrettelegges for lokalt, regionalt eller nasjonalt hjelpenummer for å ivareta pasientsikkerheten.

Tiltak: Samordne og redusere PKI-infrastrukturer i helse- og omsorgssektoren

Det skal etableres sentral styring og sentralt gitte krav til PKI-løsningene for sertifikatutstedelse(r) (CA-rollen), felles identitetsforvaltning og felles drift av sentrale PKI-komponenter. En samordnet innføring av PKI-løsninger i sektoren betyr at en må etablere samordnet PKI-modell(er) for løsningene. Kravene skal følge de nye kravene fra eIDAS forordningen.

Tilgangskontroll

Tiltak: Utarbeide strategi for bruk av grunndata

Felles grunndata om person, virksomhet og organisasjon skal hentes fra de helseadministrative registrene (også omtalt som felleskomponenter). Dette er Personregisteret (Preg), Helsepersonellregisteret (HPR), Register over enheter i spesialisthelsetjenester (RESH), Bedriftsregisteret, Fastlegeregisteret og Legestillingsregisteret. Registrene skal videreutvikles med felles styring og forvaltning for å sørge for at de er formålstjenlige for å kunne understøtte målet i *Én innbygger – én journal* om at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger. Informasjonsgrunnlaget i registrene skal gjøres enkelt og sikkert tilgjengelig, ha tilstrekkelig datakvalitet, oppdateringer og registreringsrutiner.

Innebygd personvern

Tiltak: Videreutvikle personvernkomponenten

Personverntjenestene som samtykke, reservasjon, sperring, fullmakt, verge og logg utgjør en separat personvernkomponent som gir innbyggeren kontroll over deling av personopplysninger og representasjonsforhold gjennom helsenorge.no. Tjenesten begrenses ikke kun til tjenester som eksponeres gjennom helsenorge.no, men skal være en felleskomponent for hele helse- og omsorgssektoren. Dette skal støttes ved å tilby oppslag- og registreringstjenester for å kunne gjøre personvernfunksjonalitet tilgjengelig for de ulike aktørene i sektoren.

Nasjonale personverntjenester skal utvides i omfang og også benyttes av eksterne aktører for å ivareta innbyggers rettigheter og medbestemmelse. Eksempler på nye aktører er fastlegeordningen (fullmakter og reservasjon), helseundersøkelser (samtykker og dialog), apotek (fullmakter for uthenting av legemidler), innsyn i sykehusjournal og innsyn i registre som KPR og mulig flere.

Arkitektur og felleskomponenter

Tiltak: Utarbeide retningslinjer for bruk av felleskomponenter og arkitekturprinsipper

Det skal utarbeides felles arkitekturprinsipper for hvordan felleskomponentene skal anvendes i helse- og omsorgssektoren.

Tiltak: Bruk av nasjonale felleskomponenter for helse- og omsorgssektoren

Helse- og omsorgssektorens behov for tjenester og funksjoner til de nasjonale felleskomponentene- og løsningen må ivaretas i de tverrsektorielle arenaene. Dette for at de nasjonale felleskomponentene skal kunne utvikles i den retningen som helse- og omsorgssektoren har behov for og med mulighet for gjenbruk. Det må være like prinsipper for bruk av de nasjonale felleskomponentene for både offentlige og private aktører som yter helsehjelp.

Helse- og omsorgssektoren skal forberede seg på å ta i bruk et modernisert folkeregister og bidra som produsent for digitalisering av fødsels- og dødsmeldinger. Det skal etableres nødvendige IKT-grensesnitt i samarbeid med Skatteetaten. ID-porten skal benyttes når innbygger skal autentiseres mot sine helsetjenester. Det skal vurderes gjenbruk av fullmakt- og verge- løsningene til Altinn.

Tiltak: Utarbeide strategi for API-management for bruk av felles og konsistente API-er for nasjonale tjenester

For å ivareta felles og konsistent bruk av API-er i nasjonale systemer i helse- og omsorgssektoren må det utarbeides en felles strategi for API-management. Implementering av API-management kan begynne på enkeltområder, men det må gjøres tiltak innen etablering av profiler, standardisering og retningslinjer som gjør at de forskjellige systemene ikke spriker i forskjellige retninger.

API-strategien skal ivareta tredjeparts API til bruk av helseopplysninger og åpne data, samt hvordan man håndterer eksterne miljøer med hensyn til sertifisering, opplæring, avtaler, og sikkerhetsmekanismer ved eksponering av helseopplysninger til eksterne og forvaltningsmodell.

Tiltak: Etablere felles samhandlingsarkitekturer for ulike måter å dele informasjon på

I tillegg til samhandlingsarkitekturen for utveksling av meldinger, skal det etableres felles samhandlingsarkitekturer for deling av dokumenter og tilgang på tvers av virksomheter. Det skal utarbeides plattform- og integrasjonsstrategi for utvikling av nødvendig samhandlingsarkitektur på vei mot *Én innbygger – én journal*.

Helsenett og mobilt helsenett

Tiltak: Neste generasjon kjernenett skal breddes ut til alle aktørene i helsenettet

Helsenettet skal sikre robuste og høyt tilgjengelige IKT-tjenester i helse og omsorgssektoren. Alle aktører som skal ha tilgang eller dele helseopplysninger med andre aktører i sektoren må tilknyttes helsenettet og inngå avtale med forpliktelser om å oppfylle kravene i Normen. Ved etablering av neste generasjons kjernenett har helsenettet blitt styrket med høyere kapasitet og bedre tilgjengelighet. Videre må det sikres at det er høy tilgjengelighet for mobile tilganger til helsenettet når mobile enheter skal benyttes i helse- og omsorgstjenesten.

Tiltak: Sørge for høyt tilgjengelig mobilt nett for mobile enheter og Internet of Thing (IoT) i helse- og omsorgstjenesten

Det skal tilrettelegges for robust og høyt tilgjengelig mobilt nett som bedre kan understøtte behovet for mobilitet i helse- og omsorgstjenesten. Det må derfor tilrettelegges for kostnadseffektivitet, høy tilgjengelighet og tiltak som kan redusere risiko for feil eller bortfall ved mobilnettene. Beredskapstiltak må planlegges for å kunne opprettholde kritiske helse- og omsorgstjenester når mobilnettene er helt eller delvis nede. For å oppnå best kostnadseffektivitet ved slikt bortfall og planlegging av beredskap må man samarbeide på tvers av sektorer.

Tiltak: Vurdere trusselbilde ved bruk av mobile enheter og Internett of Thing (IoT) i infrastrukturen og informasjonssystemet

Økende bruk av mobile tjenester og tilkobling til ulike typer sensorer for medisinske målinger (Internett og Things – IoT) vil medføre nye sikkerhetstrusler i helsenettet og informasjonssystemer. Det skal sørges for samme nivå for krav til IKT-sikkerhet av MTU, mobile enheter og IoT i helse- og omsorgssektorens gjennom tverrsektorielt arbeid. Det skal utarbeides en nasjonal strategi for sikkerhet i nettverk og informasjonssystemer. Denne nasjonale strategien har bakgrunn i NIS-direktivet (NIS - sikkerhet i nettverk og informasjonssystemer). Justisdepartementet har det overordnede ansvaret for at NIS-direktivet blir implementert gjennom denne nasjonale strategien.

1.4 Personvern og informasjonssikkerhet

Personvern er grunnleggende for lovlig behandling av helseopplysninger. Det blir viktig at pasienter og brukere har en opplevelse av at personvernet blir godt ivaretatt i de digitale tjenestene for å kunne ha tillit til løsningene. Det er en forutsetning for digitalisering i helse- og omsorgssektoren at personvern og informasjonssikkerhet blir ivaretatt i alle faser av løsningenes livsløp. Godt personvern og tilfredsstillende informasjonssikkerhet er virkemidler som krever tiltak innenfor både teknologi, prosess og mennesker.

1.4.1 Tiltaksområder

Tiltaksområdene beskriver de forhold som må implementeres i løpet av perioden for å understøtte de prioriterte målene fra *digitalisering av arbeidsprosesser, bedre sammenheng i pasientforløp, bedre bruk av helsedata og helsehjelp på nye måter*. Tiltakene under omfatter videreføring av eksisterende tiltak, men også nye tiltak som er nødvendig for å møte et endret trusselbilde og mer komplekse digitale verdikjeder.

Personvern

Tiltak: *Ivaretagelse av innbyggers personvern i utvikling av nye digitale løsninger - innebygd personvern.*

Godt personvern må sikres i alle digitale løsninger som tas i bruk i helse- og omsorgstjenesten. Personvern skal ivaretas i alle utviklingsfaser av et system eller en løsning (omtales som innebygd personvern). Dette skal være tilfellet for alle e-helseløsninger, og bør ivaretas metodisk gjennom hele prosjektmodellen. Gjennom EUs personvernforordning blir innebygd personvern et lovpålagt prinsipp fra 2018.

Nasjonale personverntjenester skal bidra til sikrere, enklere og mer effektiv håndtering av innbyggerens personvern i helse- og omsorgssektoren. Dette omfatter at innbygger selv skal gis mulighet for å styre hvem som kan få tilgang til egne helseopplysninger, hvilke opplysninger helsetjenesten har om innbygger, hvordan de blir delt og utlevert og hvem som kan representere vedkommende i hvilke sammenhenger.

Tiltak: *Logganalyse*

Loggføring og praktisering av god logganalyse er en effektiv måte å oppdage urettmessig innsyn i opplysninger, for eksempel tilgang uten at tjenstlig behov foreligger. Når tilganger gjøres på tvers av virksomheter, og behandlingsprosesser tilsvarende går på tvers av virksomheter, skal det være mulighet for å analysere logger på tvers, og pasienter må kunne be om samlet innsyn i alle loggene. Det skal tilrettelegges for et effektivt system for logging og logganalyse for aktiviteter for sitt personell. Det skal vurderes mulighet for å bruke allerede eksisterende loggverktøy som spesialisttjenesten utvikler.

Ved innsyn/utlevering av logg vil det være opp til den enkelte databehandlingsansvarlig å vurdere om vedkommende skal få innsyn i hele loggen eller bare deler av den. Vurderingen vil være avhengig av hvorvidt omfanget av innsynet i loggene er tilstrekkelig til at den registrerte kan få bruke sine rettigheter på en god måte.

Informasjonssikkerhet

Tiltak: *Gjøre kontinuerlig innsats på Normen*

Normen er en bransjenorm som forvaltes av sektoren selv gjennom en bredt sammensatt styringsgruppe. Det er utarbeidet en stor mengde veiledningsmateriell og kursopplegg basert på Normen. Dette skal videreføres og utvikles, hvor blant annet nye krav i Personvernforordningen skal ivaretas i Normen.

Tiltak: *Heve kompetanse og dele kunnskap innen personvern og informasjonssikkerhet*

Det skal vurderes om det er behov for felles tiltak i sektoren for å sikre videreutvikling og tilgjengeliggjøring av kompetanseprogram innen personvern og informasjonssikkerhet. Samarbeidet med utdanningsinstitusjonene skal styrkes.

HelseCERT skal dele kunnskapen om hvordan håndtere IKT-trusselbilder i samfunnet. Gjennom HelseCERT er det etablert et nasjonalt kompetanseforum for IKT-sikkerhet i helse- og omsorgssektoren for å bidra til erfaringsutveksling og kompetanseheving rundt bruk av framtidige løsninger og felleskomponenter.

Hendelsehåndtering og beredskap

Tiltak: Gjøre kontinuerlig innsats på HelseCERT

HelseCERT skal kontinuerlig overvåke trafikken i helsenettet med rask og systematisk varsling av alvorlige hendelser for å begrense skader og være forebyggende for sektoren. Senteret skal samarbeide med NSM NorCERT og andre nasjonale og internasjonale enheter innen cybersikkerhet.

Det skal utarbeides en årlig statusrapport om tilstanden for IKT-sikkerhet i helsesektoren med bakgrunn i anbefalinger fra Lysneutvalget. Det bør gis en tydelig prioritering med bakgrunn i statusrapporten om hvilke forebyggende tiltak som bør gjennomføres i sektoren.

Tiltak: Gjøre kontinuerlig innsats på beredskap

Helse- og omsorgssektoren må være forberedt på digitale angrep som kan medføre både at helseopplysninger kan komme på avveie og kritiske systemer kan ha nedetid. *Sektorens evne til å beskytte kritisk IKT-infrastruktur bør videreutvikles for å håndtere slike hendelser.* Samtidig må det gjennomføres årlige øvelser i samarbeid med brannvesen, politi, sivilforsvaret, frivillige organisasjoner og relevante bedrifter der kritisk infrastruktur inngår, i tillegg til egne øvelser for helse- og omsorgssektoren. Videre skal beredskapsplaner revideres årlig.

Nasjonalt beskyttelsesprogram skal videreutvikles med utgangspunkt i eksisterende planer for å øke sektorenes evne til å forebygge, oppdage og håndtere alvorlige IKT-hendelser.

1.5 Regelverk

Dette kapitlet adresserer hvordan lover, forskrifter og avtaler setter rammer for og kan brukes som et virkemiddel for å realisere foreslåtte e-helsetiltak. Det omhandler også andre typer tiltak knyttet til regelverk, som for eksempel veilednings- og kompetansetiltak.

1.5.1 Tiltaksområder

Tiltak på regelverksområdet vil kunne understøtte de fleste av innsatsområdene i strategien. Følgende hovedtiltak foreslås gjennomført i handlingsplanperioden 2017-2022:

Regelverksutvikling

Tiltak: Utrede juridiske konsekvenser og personvernkonsekvenser av besluttede e-helsetiltak

Det har skjedd en vesentlig utvikling i regelverket som regulerer e-helseområdet de senere årene, særlig i regelverket for behandling av helseopplysninger. Pasientjournalloven og den nye helseregisterloven trådte i kraft 1. januar 2015. De nye lovene legger i større grad enn tidligere til rette for nødvendig deling av helseopplysninger, samtidig som pasientens personvern ivaretas.

E-helsestrategien og det langsiktige målbildet om *Én innbygger – én journal* beskriver mål om etablering av flere nye nasjonale e-helseløsninger. Ved utredning av slike løsninger skal juridiske konsekvenser utredes tidlig i konseptfasen. Utredning av personvernkonsekvenser er sentralt i dette. Flere av disse nasjonale løsningene kan kreve regelverksutvikling.

Tiltak: Utrede bruk av juridiske virkemidler som kan understøtte besluttede e-helsetiltak

Med juridiske virkemidler menes i denne sammenheng tiltak som etablerer nye juridiske forpliktelser for sektoren eller styrker oppfølgingen av eksisterende regelverk, for eksempel innføring av pålegg og sanksjoner.

E-helsestrategien beskriver mål om sterkere nasjonal styring. Sektoren består samtidig av mange selvstendige aktører organisert i flere uavhengige styringslinjer. Forpliktende nasjonale føringer kan da bare gis ved bruk av lover og forskrifter. Dette har i liten grad blitt benyttet på e-helsefeltet så langt. Riksrevisjonen har for eksempel kritisert at det i for liten grad er brukt juridiske virkemidler for å sikre at helseaktørene tar i bruk elektronisk meldingsutveksling i samhandlingen.

Pasientjournalloven åpner nå for at det kan stilles krav om bruk av bestemte elektroniske løsninger, til godkjenning av programvare og sertifisering og bruk av standarder, standardsystemer, kodeverk og klassifikasjonssystemer. Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten stiller krav blant annet til bruk av bestemte IKT-standarder ved

elektronisk meldingsutveksling. Det bør vurderes hvorvidt forskriften bør videreutvikles og også utvides til å omfatte kodeverk og terminologi. Det bør også vurderes om bruken av juridiske virkemidler bør styrkes på andre områder. Ved større tiltak og prosjekter, bør dette vurderes som en mulig del av en helhetlig virkemiddelstrategi.

Heve kompetanse og forståelse for regelverket

Tiltak: Øke antallet kompetansetiltak for å styrke regelverksforståelsen i sektoren

Kunnskapen om regelverket på e-helseområdet hos aktørene i helse- og omsorgssektoren må styrkes, for eksempel innen områdene personvern, informasjonssikkerhet og mulighetene for elektronisk samhandling. Økt kompetanse vil kunne bidra til en mer ensartet praksis og til at flere virksomheter tar i bruk de muligheter for deling av helseopplysninger som lovverket åpner for.

For å adressere behovet, må det utarbeides både fortolkningsuttalelser knyttet til gjeldende regelverk og annet skriftlig veiledningsmateriale. I tillegg skal det gjennomføres kompetansehevende tiltak i form av kurs og foredrag på konferanser. Bransjenormen *Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren* er også et aktuelt virkemiddel i denne sammenhengen, og er nærmere beskrevet i kapittelet om personvern og informasjonssikkerhet.

Tiltak skal baseres på en kartlegging av behovene i sektoren.

Implementering av EU forordninger

Tiltak: Implementere EUs personvernforordning i helse- og omsorgssektoren

EUs personvernforordning trer i kraft 25. mai 2018. Forordningen gir sterkere personvern, utvidede rettigheter for den registrerte og utvidede plikter for databehandlingsansvarlig og databehandler. Ved innføring av forordningen kan det komme sektorregulering for helse- og omsorgstjenesten som helsevirksomhetene må følge. Virksomhetene må allerede i 2017 forberede seg på hvordan de skal ivareta kravene i ny forordning. I tillegg vil implementering av forordningen medføre et behov for både veiledning og andre kompetansehevingstiltak. Dette omtales under kapittelet om personvern.

Tiltak: Sørg for at overgangen til nye krav fra eIDAS håndteres og kommuniseres til helse- og omsorgssektoren

EU-forordningen for eID og tillitstjenester (eIDAS), som er i ferd med å implementeres i norsk rett, medfører nye krav til tillitstjenester. Tillitstjenester er e-signatur, virksomhetsSignatur, tidsstempling, sikker dokumentlevering og autentisering av nettsteder. Det legges opp til en overgangsfase for å kunne implementere de nye kravene fra eIDAS, hvor virksomheten bør tilrettelegge for at dagens digitale sertifikater (med tre års levetid) fases ut på en kontrollert måte ved daglig drift og vedlikehold, slik at helsepersonell og IT systemer ikke blir berørt på en uheldig måte.

1.6 Nasjonal styring

Kapittelet omfatter nasjonal styringsmodell for e-helse og myndighetsroller.

Tiltakene knyttet til nasjonal styring understøtter de fleste av de strategiske innsatsområdene og målene.

I 2016 ble Nasjonalt e-helsestyre etablert, med representasjon fra toppledernivået i sektoren. Samtidig ble mandatene og sammensetningen for NUIT og NUFA revidert. De nasjonale foraene er involvert i tre prosesser på nasjonalt nivå. Disse er strategi, porteføljestyling og forvaltningsstyring.

Direktoratet for e-helse ble etablert 1. januar 2016 og har nasjonal myndighet- og premissgiverrolle på e-helseområdet. Direktoratet disponerer imidlertid ikke alene de virkemidlene som ligger til en nasjonal myndighetsrolle. For å kunne utøve en helhetlig myndighetsrolle må Direktoratet for e-helse samarbeide med andre myndighetsorganer innen helse- og omsorgssektoren, hovedsakelig Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Helsetilsynet. Direktoratet for e-helse utøver per i dag myndighetsroller særlig knyttet til regelverksutvikling (sammen med HOD og øvrige berørte enheter), arkitekturstyring, standardisering, kodeverk og terminologi.

1.6.1 Tiltaksområder

Tiltaksområdene under beskriver de endringene som må implementeres i løpet av perioden for å understøtte de prioriterte målene. Følgende tiltaksområder er identifisert for nasjonal styring:

- Styrke og spisse nasjonal styringsmodell for e-helse
- Tydeliggjøre myndighetsroller

Styrke og spisse nasjonal styringsmodell for e-helse

Tiltaksområdet beskriver hvordan man skal videreutvikle nasjonal styringsmodell for e-helse, både de nasjonale foraene og de nasjonale prosessene som disse involveres i. Følgende tiltak bør gjennomføres i handlingsplanens periode:

- Utrede finansielle virkemidler for Nasjonalt e-helsestyre
- Videreutvikle de nasjonale styringsprosessene

Tiltak: Utrede finansielle virkemidler for Nasjonalt e-helsestyre

Nasjonal styringsmodell for e-helse må videreutvikles og foraene må styrke sine mandater for å kunne bidra til realisering av strategi- og handlingsplan 2017-2022 og til de langsiktige nasjonale e-helsemålene. Viktige tiltak for å understøtte dette, er å sikre finansielt handlingsrom for Nasjonalt e-helsestyre til den nasjonale porteføljen, og å evaluere mandatene til de nasjonale foraene.

Tiltak: Videreutvikle de nasjonale styringsprosessene

Det skal etableres en årlig nasjonal strategiprosess og en forvaltningsstyringsprosess. Den nasjonale e-helseporteføljestyringen bør videreutvikles i perioden. Det er for eksempel en ambisjon for perioden å inkludere flere prosjekter i den nasjonale porteføljeoversikten. Dette for å sikre at en større andel av e-hesletiltakene prioriteres nasjonalt, for å synliggjøre avhengigheter mellom tiltakene, og for å skape transparens rundt viktige tiltak i spesialisthelseregionene og kommunene. Prioriteringsprosessen må videreutvikles om Nasjonalt e-helsestyre skal disponere finansiering til porteføljen. Oppfølgingen av porteføljen bør i større grad fokusere på gevinster, også de helsemessige, og avhengigheter mellom prosjektene.

Det er viktig at alle aktørene i helse- og omsorgssektoren har eierskap til den nasjonale e-helseutviklingen. Møtearenaer for viktige interessenter som fag- og interesseorganisasjoner, pasient- og brukerforeninger, leverandører av e-hesløsninger, samt innovasjons- og forskningsmiljøene, skal videreutvikles for å sikre bred involvering i de nasjonale prosessene.

Videreutvikle myndighetsroller

Tiltaksområdet skal etablere tydeligere myndighetsroller innen arkitekturstyring og helsefaglig standardisering. Følgende tiltak bør gjennomføres i handlingsplanens periode:

- Etablere nasjonal arkitekturstyring (styringsgrunnlag og prosess)
- Utvikle organiseringen og ansvarsmodellen for helsefaglig standardisering

Tiltak: Etablere nasjonal arkitekturstyring (styringsgrunnlag og prosess)

I handlingsplanens periode skal myndighetsrollen innen arkitekturstyring defineres og konkretiseres i samarbeid med sektoren. Arkitekturstyringsprosessen skal understøtte de tre nasjonale prosessene strategi, porteføljestyling og forvaltningsstyring. Videre vil arkitekturstyringen være tett integrert med prosjektmodellen for gjennomføring av digitaliseringsprosjekter.

Tiltak: Utvikle organiseringen og ansvarsmodellen for helsefaglig standardisering

Helsefaglig standardisering og sterkere nasjonal styring av dette vil være et viktig grunnlag for å realisere *Én innbygger – én journal* og andre nasjonale løsninger. Eksempelvis vil det for løsninger med beslutningsstøtte, prosessstøtte og lukket legemiddelslyfe være behov for forvaltning av de regelsettene som ligger bak. Dette vil kreve prosesser for å vurdere om internasjonale regelsett er egnet for norske forhold, eller om det er behov for å utarbeide nye regelsett. Enkelte regelsett vil også kreve tilpasning til lokale forhold. Det må etableres en prosess for utarbeidelse, kvalitetssikring i kliniske miljøer, beslutning og innføring. Dette bør utredes i handlingsplanens periode.

1.7 Standarder, kodeverk og terminologi

Standarder, kodeverk og terminologier er nødvendig for å understøtte utviklingen av e-hesløsninger. En rekke av de funksjonelle innsatsområdene er avhengige av tiltak innen standarder, kodeverk og terminologi, og det er derfor nødvendig å ytterligere forsterke satsingen på dette området gjennom nye og eksisterende nasjonale initiativer, som *Program for kodeverk og terminologi (PKT)*. Standardiseringsarbeidet skal ta utgangspunkt i internasjonale standarder, kodeverk og terminologier.

1.7.1 Tiltaksområder

For å kunne understøtte målene beskrevet i strategien gjøres tiltak innen fire områder. Tiltakene er beskrevet tekstlig innenfor hvert område.

- Styrke samordning og utvikling av standarder, terminologier og kodeverk, og fellestjenester for elektronisk samhandling
- Styrke forvaltning og formidling av nye og etablerte standarder, kodeverk og terminologier og kunnskap om dem
- Velge standarder, terminologier og kodeverk på områder med helsefaglig betydning, og utrede videre behov systematisk
- Utrede bruk av standarder for å understøtte helsedataanalyse

Styrke samordning og utvikling av standarder, kodeverk og terminologier, og fellestjenester for elektronisk samhandling

Myndighetsrollen skal presiseres i forbindelse med seleksjon og innføring av nye, og utfasing av eksisterende standarder, kodeverk og terminologier. Produktstyret for e-helsestandarder og skal sikre bedre prioritering av tiltak for utvikling, innføring og vedlikehold av nye standarder. Det skal utarbeides og vedtas et målbilde for e-helsestandarder og et målbilde for kodeverk og terminologier i Norge. Målbildene skal blant annet legge føringer for videre arbeid med e-helsestandarder og nye kodeverk og terminologier som ICD- 11 og SNOMED CT. Referansekatalogen for e-helse skal videreutvikles basert på dette målbildet.

Styrke forvaltning og formidling av nye og etablerte standarder, kodeverk og terminologier og kunnskap om dem

Forvaltningsmodellen for e-helsestandarder og fellestjenester for elektronisk samhandling skal innføres og videreutvikles. Det skal innføres en IKT-løsning som bidrar til å effektivisere og understøtte administrasjon, forvaltning og tilgjengeliggjøring av helsefaglige og administrative kodeverk og terminologier. I tillegg skal det etableres eget kompetansesenter for terminologi med utgangspunkt i SNOMED CT. Eventuelle tiltak for å bedre kodingskvaliteten i helsesektoren skal avklares.

Velge standarder, kodeverk og terminologier på områder med helsefaglig betydning, og utrede videre behov systematisk

Det skal vurderes hvordan et rammeverk kan gjøre det lettere å oppnå semantisk interoperabilitet mellom ulike systemer. Bruk av felles kliniske og administrative informasjonsmodeller og hvilken rolle de skal ha i sektoren skal utredes. Standardiserte informasjonsmodeller og kodeverk på en rekke områder skal utredes, for eksempel kliniske målinger og observasjoner, funn, legemidler, symptomer, kliniske problemer/diagnoser, m.m. For sykepleie skal kodeverk for problembeskrivelse (fokusområde), tiltak og resultat utredes. Standardene skal også anvendes i prosess- og beslutningsstøtte. I den forbindelse skal det utredes organisatoriske og tekniske mekanismer for å utforme, formidle og anvende felles kliniske retningslinjer, regelsett og andre kunnskapsressurser. I tillegg er det behov for å standardisere hvordan krav til funksjonalitet blir beskrevet. Behovene skal samlet sett kartlegges systematisk, og innsatsområdene i handlingsplanen som f.eks. Helseplattformen, legemiddelfeltet, akuttmedisinsk nettverk, innbyggertjenester og svangerskap/føde skal styre prioriteringen til enhver tid.

Ontologibaserte terminologier som SNOMED CT og ICD-11 skal evalueres for nasjonal bruk med eventuell påfølgende innføring og anvendelse.

Utrede bruk av standarder for å understøtte helsedataanalyse

Det skal kartlegges muligheter for gjenbruk og samordning av informasjon i eksisterende helseregistre (helseanalyseplattformen) og direkte fra pasientjournal. Nasjonale standarder for grensesnitt, kodeverk, terminologi og informasjonsarkitektur i helseregistrene skal defineres. I arbeidet med å rydde i eksisterende lokale og proprietære kodeverk skal blant annet bruk av felles referanseterminologi vurderes.

1.8 Finansiering

Kapitlet om finansiering omhandler hvordan finansielle ressurser fordeles i realisering av e-helse.

Tiltakene knyttet til finansiering understøtter de fleste av de strategiske innsatsområdene og målene.

Økonomiske ressurser knyttet til IKT og e-helse har vært, og er fortsatt styrt langs de organisatoriske ansvarslinjene. Aktørene i sektoren får sine finansielle midler tildelt fra sentrale myndigheter gjennom budsjettammer, aktivitetsbasert finansiering og egenandeler. Anskaffelse, drift og forvaltning av løsninger er i hovedsak ivaretatt i individuelle IKT-organisasjoner som med tildelte budsjetter og fullmakter kjøper løsninger i markedet.

Med fremveksten av felles nasjonale e-helseløsninger har nye modeller for finansiering utviklet seg. Det er i de nasjonale e-helsestyringsforaene en erkjennelse at dagens finansieringsordninger for nasjonale e-helseløsninger har svakheter og må reformeres. Utfordringene ved dagens modell knytter seg både til finansiering av allerede eksisterende nasjonale e-helseløsninger og til planlagte nye nasjonale e-helseløsninger.

1.8.1 Tiltaksområder

Tiltakene innen finansiering beskriver endringer som må implementeres eller oppgaver som må utføres i løpet av perioden for å understøtte de prioriterte målene. Tiltakene innen finansiering er delt inn under følgende tiltaksområder:

- Finansieringskilder og fordelingsmekanismer
- Finansielle virkemidler
- Finansiering av investeringer

Finansieringskilder og fordelingsmekanismer

Tiltaksområdet omhandler hvilke finansieringskilder og fordelingsmekanismer som skal brukes for å dekke kostnader knyttet til nasjonale e-helseaktiviteter og -løsninger. Følgende tiltak bør gjennomføres i handlingsplanens periode:

- Utrede og foreslå løsning og veikart for en helhetlig finansieringsmodell for nasjonale løsninger og oppgaver
- Etablere avtaler om samfinansiering av nasjonale løsninger i påvente av nye finansieringsmodeller
- Utrede mulighetene for å legge driftsoppgaver knyttet til nasjonale løsninger til NHN, med tilhørende tjenestepriksmodeller

Tiltak: Utrede og foreslå løsning og veikart for en helhetlig finansieringsmodell for nasjonale løsninger og oppgaver

Det totale investeringsnivået i IKT/e-helse i sektoren er for lavt og må trolig økes for å realisere ambisjonene på e-helseområdet. Gitt at veksten i de totale rammene holdes flat eller svært lav, må sektoren i tiden som kommer evne å prioritere e-helse foran andre investeringsformål. Finansiering av nasjonale løsninger må sikres gjennom modeller og avtaler som forplikter, skaper eierskap og gir forutsigbarhet og skalerbarhet. Brukerfinansiering bør tas i bruk i større grad enn i dag. Nye finansieringsmodeller må ivareta at finansiering skal komme også fra kommunale og private aktører.

Finansieringsmodeller må ivareta hensynet til at myndigheter som har regulatoriske og strategiske styringsoppgaver skal kunne utføre disse oppgavene i en uavhengig rolle. Modellene for leveranseoppgaver bør på den andre siden skape en nærhet mellom behovshaver og finansieringskilde, slik at både innretning og nivå på investeringer og kostnader blir hensiktsmessig. Over tid bør finansiering av nasjonale e-helseoppgaver gå i retning av at regulatoriske og strategiske styringsoppgaver er sentralfinansiert, mens leveranseoppgaver i størst mulig grad bør være brukerfinansiert. En fremtidig helhetlig finansieringsmodell for nasjonale e-helseoppgaver må utvikles og implementeres over tid og innen rammen av tverrsektorielt samarbeid. Der hvor arbeidet med å etablere finansieringsmodeller for nasjonale e-helseløsninger kan trekke på eller bidra med erfaringer til liknende arbeid i andre sektorer, må dette ivaretas gjennom de tverrsektorielle arenaene og prosessene. Tidspunkt og tempo i etablering av finansieringsordninger som innebærer organisatoriske og forvaltningsmessige endringer må ses i sammenheng med fremdriften i konkrete prosjekter og oppgaver som har behov for denne typen finansieringsordninger. Tiltak som foreslås iverksatt på kort sikt er tenkt som steg på veien til en helhetlig langsiktig finansieringsmodell.

Tiltak: Etablere avtaler om samfinansiering av nasjonale løsninger i påvente av en helhetlig finansieringsmodell

Konseptutredning, utvikling, forvaltning, drift og i noen grad innføring av nasjonale fellesløsninger finansieres i dag i hovedsak via frivillig samfinansiering og/eller innenfor sentral rammefinansiering til forvalterne av fellesløsningene. Det har vist seg at det varierer hvor villige aktørene er til å avgi nødvendige ressurser til felles nasjonale prosjekter. Frivillig samfinansiering er i tillegg ressursmessig krevende å administrere da det må mobiliseres blant mange aktører, på prosjektnivå, for hvert år.

I påvente av en helhetlig finansieringsmodell må det etableres forpliktende samfinansieringsavtaler som gir forutsigbarhet og skalerbarhet for dagens nasjonale løsninger. Når samfinansiering benyttes, bør dette være avtalebasert (forpliktende) og forhåndsdefinert, for eksempel gjennom fordelingsnøkler.

Tiltak: Utrede mulighetene for å legge driftsoppgaver knyttet til nasjonale løsninger til NHN, med tilhørende tjenestepriksmodeller

I påvente av en helhetlig finansieringsmodell må det etableres forpliktende samfinansieringsavtaler som gir forutsigbarhet og skalerbarhet i dagens nasjonale løsninger. Driftsoppgaver knyttet til enkelte av de godt etablerte og «modne»¹ nasjonale løsningene kan trolig forholdsvis enkelt legges til NHN, med tilhørende brukerbetaling via NHNs faktureringsystem. Der hvor det finnes et «telleapparat» og gode samfunnsøkonomiske analyser av gevinstfordeling kan det lages tjenestepriksmodeller basert på faktisk bruk av løsningene. Tjenestepriking av driften av e-resept er et eksempel på en slik mulighet og bør derfor være et utprøvingsscase.

Finansiering som virkemiddel i styring

Tiltaksområdet omhandler hvordan tildeling av finansielle rammer knyttes opp mot f.eks. aktiviteter eller resultater i et insentivsystem for å styre atferd. Følgende tiltak bør gjennomføres i handlingsplanens periode:

- Utrede bruk av tilskuddsordninger innrettet mot å ta i bruk IKT-/e-helseløsninger
- Utrede bruk av aktivitetsbaserte finansielle insentiver knyttet til bruk av nasjonale fellesløsninger
- Vurdere hvilke nye e-helsetjenester som kan gi behov for endringer i ordningene for innsatsstyrt finansiering
- Utrede mulig bruk av pålegg og økonomiske sanksjoner

Tiltak: Utrede bruk av tilskuddsordninger innrettet mot å ta i bruk IKT/e-helseløsninger

Det å ta i bruk nasjonale løsninger sinkes i dag av at enkeltaktører mangler ressurser til å dekke forbigående implementeringskostnader. Helsedirektoratet forvalter per i dag sektorens tilskuddsordninger. Det er per i dag ikke etablert ordninger for tilskudd knytte til e-helse. Dette bør vurderes tatt i bruk i løpet av handlingsplanperioden. Eksempler på aktuelle tilskuddsformål er opplæringstiltak i nasjonale e-helseløsninger, prosessendringsprosjekter for å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger og oppgradering av teknologiske løsninger som skal samhandle med nasjonale e-helseløsninger og som utgjør teknologiske «flaskehals».

Tiltak: Utrede bruk av aktivitetsbaserte finansielle insentiver knyttet til bruk av nasjonale fellesløsninger

Innretting av aktivitetsbasert finansiering mot e-helse-bruk og -effekter for å øke bruk og nyttiggjøring av nasjonale IKT/e-helse-løsninger er tilnærmet ikke-eksisterende i dag. Vi har systemer som knytter finansiering opp mot aktiviteter i både primær- og spesialisthelsetjenesten, men disse er i hovedsak ikke innrettet mot aktiviteter eller resultater innenfor IKT/e-helse. Helsedirektoratet styrer per i dag ordningene for aktivitetsbasert finansiering. Internasjonalt finnes utprøvd praksis² for å styre både utvikling og ibruktakelse av e-helse/IKT via finansielle virkemidler. I Norge er dette enn så lenge tilnærmet utprøvd og bør vurderes å tas i bruk. Eksempler på dette kan være å knytte aktivitetsbasert finansiering opp mot bruk av e-helseløsninger som meldingsutveksleren og til oppgaven med å fylle ut informasjon i Kjernejournal.

Tiltak: Vurdere hvilke nye e-helsetjenester som kan gi behov for endringer i ordningene for aktivitetsbasert finansiering

Digitale konsultasjoner og team-baserte konsultasjoner vil bli nye måter å levere helsetjenester på. Slike tjenester er i dag kun delvis dekket av det aktivitetsbaserte finansieringssystemet. Etter hvert som slike tjenester blir tatt i bruk i et visst omfang, og erstatter fysiske helsetjenester, bør det vurderes om flere av denne typen tjenester skal inngå i systemene for aktivitetsbasert finansiering, og på hvilken måte. Omfang, innretning og tidspunkt for slike tilpasninger må vurderes nøye. Finansielle insentiver knyttet til aktivitet vil virke som katalysator for å ta i bruk e-helsetjenester, men det kan også gi uønskede vridningseffekter. Bruk av finansielle insentiver på denne måten forutsetter at det finnes et godt informasjons- og kunnskapsgrunnlag om e-helseaktivitet som finansieringen kan knyttes opp mot. Det bør også foreligge godt dokumentert kunnskap om resultater av slik aktivitet, for å sikre at insentivordningene blir treffsikre på å realisere gevinster. Inntil nå har vi i liten grad hatt slik informasjon og kunnskap. Dette er imidlertid i ferd med å endre seg og kan gi grunnlag for å prøve ut denne formen for finansiering.

Tiltak: Utrede mulig bruk av pålegg og økonomiske sanksjoner

Sanksjoner er et annet virkemiddel som per i dag ikke er tatt i bruk innenfor e-helse. Også dette virkemidlet kan vurderes tatt i bruk i løpet av perioden. Det kan være aktuelt å knytte økonomiske sanksjoner til pålegg om bruk av nasjonale IKT/e-helseløsninger, standarder o.l., som for eksempel manglende bruk av meldingsutveksling, sikre bruk av siste meldingsversjoner og manglende utfylling av kritisk informasjon i Kjernejournal.

¹ Løsninger som har en breddegrad som gjør det rimelig å kreve brukerbetaling fra hele sektor/gjør den enkeltes kostnad rimelig ved fordeling av totalkostnad på antall brukere

² Eks meaningfull use

Finansiering av investeringer

Tiltaksområdet omhandler hvordan investeringer finansieres over investeringsobjektets levetid. Følgende tiltak bør gjennomføres i handlingsplanens periode:

Tiltak: Utrede behovet for organisatoriske endringer og oppgaveoverdragelse mellom aktører for å gjøre det mulig å finansiere eksisterende nasjonale løsninger

Både kontant betaling innenfor budsjettår, lånefinansiering og OPS/leasing brukes i dag for å finansiere sektorens investeringer i e-helse og IKT. RHF-ene er de som i størst grad har benyttet/benyttet seg av egenkapitalopparbeidelse og/eller lånefinansiering og leasing i dag. Inngåelsen av en finansiell leieavtale for IKT-infrastrukturen i Helse Sørøst er et slikt eksempel. Investeringsnivået i IKT/e-helse i de andre delene av helsetjenesten har inntil nylig vært forholdsvis lavt og har i hovedsak vært dekket gjennom inkrementelle investeringer over flere budsjettår og innenfor rammen av tildelte budsjettmidler. Investeringer i felles samhandlingsinfrastruktur er håndtert av NHN i form av leieavtaler/kontrakter med private tjenesteytere på vegne av sektoren, med tilhørende leiepriser som dekkes av aktørene i sektoren gjennom abonnementspriser.

Hvilke muligheter som finnes for finansiering av investeringer har direkte sammenheng med organiseringen av virksomheten som utfører oppgavene som skal finansieres. NHN er per i dag den eneste nasjonale aktøren i sektoren som er organisert som et statsforetak med de muligheter det gir for å glatte ut pukkelkostnader i forbindelse med investeringer gjennom eksempelvis lånefinansiering eller inngåelse av abonnementsordninger/leasing, OPS o.l. Organisering av leveranseoppgaver og leveransemodell for nasjonale løsninger vil måtte vurderes i lys av behovet for å kunne benytte de formene for finansiering av investeringer som er nevnt her.

1.9 Organisering

Organisering omfatter virksomheters organisasjonsformer, samt fordeling av ansvar og oppgaver mellom virksomheter.

Tiltakene knyttet til organisering er grunnleggende og understøtter mange av de strategiske innsatsområdene og målene.

Dagens organisering av IKT/e-helse i helse- og omsorgssektoren beskrives i rapporten «IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren» fra september 2014. Rapporten gir en oversikt over aktører og tilhørende roller og ansvar. Bildet som beskrives her er langt på vei fortsatt gjeldende, med unntak av noen vesentlige endringer med relevans for IKT/e-helse. Fra og med 1.januar 2016 ble følgende organisatoriske endringer i den sentrale helseforvaltningen iverksatt:

- Opprettelsen av Direktoratet for e-helse med formål om at den nasjonale styringen, gjennomføringskraften og implementeringen av nye løsninger skal styrkes.
- Ny organisering, oppgaver og mandat for Helsedirektoratet med formål om at Helsedirektoratets rolle som fag- og myndighetsorgan skal styrkes, og direktoratet skal ha et mer helhetlig ansvar for nasjonal helseberedskap.
- Ny organisering, oppgaver og mandat for Folkehelseinstituttet med formål om at Nasjonalt folkehelseinstitutt får et utvidet samfunnsoppdrag som gir et helhetlig ansvar for kunnskapsproduksjon og kunnskapsoppsummeringer for hele helsesektoren.
- Opprettelse av Nasjonalt senter for e-helseforskning med formål om å samle, produsere og formidle kunnskap myndighetene trenger for å utvikle en kunnskapsbasert politikk på e-helseområdet.

1.9.1 Tiltaksområder

Tiltakene innen finansiering beskriver endringer som må implementeres eller oppgavene som må utføres i løpet av perioden for å understøtte de prioriterte målene. Tiltakene innen finansiering er delt inn under følgende tiltaksområder:

- Ansvars- og oppgavefordeling for e-helseoppgaver
- Organisasjonsform for nasjonale funksjonsområder

Ansvars- og oppgavefordeling for e-helseoppgaver

Tiltaksområdet omhandler ansvars- og oppgavefordelingen for e-helseoppgaver mellom virksomhetene i henholdsvis det lokale og det nasjonale nivået i sektoren samt innbyrdes mellom de nasjonale aktørene innen e-helse. Følgende tiltak bør gjennomføres i handlingsplanens periode:

- Utvikle og anvende felles prinsipper for ansvars- og oppgavefordeling nasjonalt og lokalt
- Utrede felles driftsmodell for små og mellomstore virksomheter
- Fordele ansvar og oppgaver på nasjonalt nivå

Tiltak: Utvikle og anvende felles prinsipper for ansvars- og oppgavefordeling nasjonalt og lokalt

Oppgaver som handler om å styre og sette premisser for e-helseutviklingen er tradisjonelle myndighetsoppgaver som skal løses på nasjonalt nivå. Disse oppgavene må utføres på nasjonalt nivå for å oppnå nøytralitet og likhet overfor de lokale aktørene som berøres av dem. Hvilke e-helse leveranseoppgaver som bør løses nasjonalt versus hva som bør løses lokalt bør blant annet vurderes i lys av hva som er samfunnsøkonomisk hensiktsmessig. Ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv vil hovedtilnærmingen være at nærhet mellom behovshaver (lokalt nivå) og tilbyder (leverandør) er fordelaktig for å oppnå en effektiv fremskaffelse av de tjenester og løsninger det er behov for. De e-helse-leveranseoppgavene som bør løses nasjonalt bør dermed være oppgaver som av ulike grunner *ikke* er hensiktsmessig at løses lokalt. Slike løsninger vil typisk være løsninger der det er betydelige stordriftsfordeler, løsninger som er avgjørende for likhet i helsetjenestetilbudet, og løsninger som gjør det mulig å løse ut store samfunnsverdier gjennom økt samhandling.

Konkret hvilke oppgave/funksjonsområder og IKT/e-helseløsninger dette dreier seg om ble delvis klarlagt gjennom Utredningen av *Meld.St.9 – En innbygger – én journal*. Det er imidlertid behov for ytterligere detaljering og tydeliggjøring, blant annet av hva felles nasjonal oppgaveløsning betyr i praksis når det gjelder organisering. Nasjonale initiativer som utløser behov for å se nærmere på ansvars- og oppgavefordelingen mellom nasjonale og lokale aktører er blant annet *En innbygger – én journal* og velferdsteknologi. Operative leveranseoppgaver knyttet til journalløsning som i dag ligger på regionalt/kommunalt nivå kan i fremtiden bli løst av en nasjonal leveransefunksjon. Slike potensielle oppgaveoverdragelser vil kunne få konsekvenser for gjeldende leveranseorganisasjoner på lokalt nivå.

Bildet over hvilke løsninger som skal leveres nasjonalt vil kunne endre seg over tid. Vurderinger av ansvars- og oppgavefordelingen nasjonalt versus lokalt bør derfor være en løpende øvelse og dialog, for eksempel knyttet til den årlige revisjonen av strategi- og handlingsplan.

Tiltak: Utrede felles driftsmodell for små og mellomstore virksomheter

Ett område som har pekt seg ut som et mulig område som kan overdras fra lokalt til nasjonalt nivå er IKT-drift. Det bør utredes en driftsmodell som legger til rette for felles IKT-drift for små og mellomstore virksomheter. Det skal vurderes en driftsmodell som ivaretar interessentenes behov. Videre skal et nasjonalt driftssenter tilby høytilgjengelighet for nasjonale fellestjenester.

Tiltak: Fordele ansvar og oppgaver på nasjonalt nivå

Med ny organisering av den nasjonale helseforvaltningen f.o.m.01.januar 2016 er ansvars- og oppgavefordelingen mellom enkelte virksomheter på nasjonalt nivå ikke endelig avklart. Grenseoppgangen mellom Direktoratet for e-helse og henholdsvis Helsedirektoratet og NIKT er eksempler på dette. For mest mulig effektiv gjennomføring av e-helse bør ansvars- og oppgaveforvaltningen innen nasjonale IKT/e-helseoppgaver være tydelig, og den bør være understøttet av gode prosesser.

Organisasjonsform for nasjonale funksjonsområder

Tiltaksområdet omhandler sammenhengen mellom oppgavetyper og organisasjonsform, og hvilken organisasjonsform som er best egnet for ulike typer av oppgaver. Følgende tiltak bør gjennomføres i handlingsplanens periode:

Tiltak: Vurdere alternative organisasjonsformer for nye nasjonale ansvars- og oppgaveområder.

Dagens oppgave- og ansvarsfordeling har utviklet seg over tid. Med økende betydning av IKT og e-helse har nye ansvarsområder og oppgaver vokst frem i alle deler av helsesektoren. Den brede hovedarbeidsdelingen innen helsesektoren er at offentlige myndighetsorganer, organisert som statlige forvaltningsorganer, utfører oppgaver av typen regulering, finansiering og strategisk styring, mens leveranse av helsetjenester utføres av egne rettssubjekter, som kommuner, helseforetak, statsforetak og selvstendig næringsdrivende. Innen IKT/e-helse har det imidlertid over tid utviklet seg en ansvars- og oppgavefordeling som avviker noe fra denne arbeidsdelingen. Leveranse av nasjonale e-helseløsninger har gradvis vokst frem innenfor rammen av forvaltningsorganene FHI, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Forvaltningsorgan som organisasjonsform for leveranse av nasjonale løsninger gir ikke adgang til de samme finansieringsmodellene i forbindelse med investeringer (egenkapital/lånefinansiering og leasing/OPS) som statlige foretaksformer eller kommunale organisasjonsformer gir.

Hva slags organisatoriske rammer ulike typer av oppgaver bør ha kan vurderes ut fra flere hensyn og perspektiv. Begrunnelsene er i de fleste tilfeller sammensatte og basert på en avveining av flere hensyn. Reguleringsoppgaver kan og må kun utøves av myndighetsorganer av hensyn til uavhengighet og nøytral regulering. Leveranseoppgaver og styringsoppgaver kan imidlertid løses innenfor rammen av ulike organisatoriske former, avhengig av hva som er mest hensiktsmessig ut fra et helhetsperspektiv. Det er behov for et større handlingsrom innen finansiering av investeringer for å sikre en effektiv gjennomføring av fremtidige nasjonale e-helse-ambisjoner, og vil derfor bli et viktig hensyn i vurderingene.

1.10 Forskning og kompetanse

Dette virkemiddelet omfatter forskning og innovasjon innen e-helse, sektorens kunnskapsgrunnlag og kompetanse om e-helse blant ansatte i helse- og omsorgssektoren.

Tiltakene knyttet til forskning og kompetanse er spesielt viktig for å understøtte innsatsområdene 6.1 Styrke og videreutvikle nasjonal styring og 6.3 Styrke innførings- og implementeringsapparatet.

Forskning handler både om prosesser knyttet til utvikling, innføring og bruk av e-helse i sektoren, og effektene spesifikke e-helsetiltak har på kvalitet, pasientsikkerhet og effektivitet i helse- og omsorgssektoren. Kunnskap om samspillet mellom helse, teknologi, organisasjon og samfunn er en verdifull ressurs for offentlig så vel som privat innovasjon.

E-helsekompetanse spenner fra generell digital kompetanse og teknologiforståelse til evne og vilje til å utnytte digitalisering og e-helse som virkemiddel i et bredt nærings-, organisatorisk-, og ledelsesperspektiv. E-helsekompetanse bør bli en del av sektorens basiskompetanse.

Det samlede målet for forskning, innovasjon, kunnskap og kompetanse innen e-helsefeltet er å bidra til effektiv tjenesteyting og utvikling av en helsetjeneste for fremtiden.

1.10.1 Tiltaksområder

Tiltaksområdene beskriver de endringer som må implementeres i løpet av perioden for å understøtte de prioriterte målene innen forskning og kompetanse. Tiltakene er delt inn i følgende tiltaksområder

- Forskning
- Innovasjon
- Fagfeltets kunnskapsgrunnlag
- Kompetanse hos ansatte og ledere i helse- og omsorgssektoren

Forskning

Planlegging, styring og gjennomføring av e-helsetiltak skal være kunnskapsbasert. Forskningsresultater fra skjæringsfeltet mellom helse, teknologi, organisasjon og samfunn skal anvendes som underlag for beslutninger på e-helseområdet, og for å belyse virkningene av e-helsetiltak.

Følgende hovedtiltak bør gjennomføres i handlingsplanens periode:

Tiltak: Utarbeide og vedlikeholde en beskrivelse av nasjonale kunnskapsbehov

Direktoratet for e-helse vil hvert år utarbeide et forslag til prioriterte behov for forskning og utredning, inkludert følgeforskning, med utgangspunkt i nasjonal e-helse strategi og handlingsplan. Dette skal utformes i dialog med sentrale aktører i helse- og omsorgssektoren og relaterte aktører i forskningssystemet.

Tiltak: Utvikle et nettverk av kunnskapsmiljøer på e-helseområdet

I 2016 ble Nasjonalt senter for e-helseforskning etablert. Senteret skal samle, produsere og formidle kunnskap som myndighetene trenger for å utvikle og iverksette en kunnskapsbasert politikk på e-helsefeltet. Senteret skal bidra til å stimulere interessen for, og aktivitet rundt e-helse som forskningsobjekt blant et bredt sett av kunnskapsmiljøer.

Innovasjon

Det må arbeides mer med å etablere insentiv som sikrer at forskningsresultat blir omgjort til innovasjoner i helsetjenesten og at innovative løsninger og prosesser som ikke er av kommersiell karakter får et mottaksapparat. Følgende hovedtiltak bør gjennomføres i handlingsplanens periode:

Tiltak: Støtte opp under forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21

Direktoratet for e-helse deltar i HelseOmsorg21-rådet og inngår i rådets arbeidsgrupper og skal videreføre dette i perioden. Helsedirektoratet utarbeider modell og tiltak for «helhetlig nasjonalt innovasjonssystem og innovasjonsmodell», jf. HO21- rådets satsingsområder *Effektive og lærende tjenester* og *Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde*.

Tiltak: Bruke etablerte kanaler for å fremme norsk IKT og e-helse.

Norske FoU-resultater, innovative clustre, nærings- og markedsaktører m.v. skal i større grad promoveres, omtales og vises til, bl.a. ved deltakelse i nasjonale og internasjonale konferanser, møter eller samlinger. I handlingsplanperioden skal det vurderes å benytte egne nasjonale aktører som presenterer aktører og økosystem (eks. gjennom healthcare.dk).

Sektorens kunnskapsgrunnlag

Det er i dag utfordrende å finne og dokumentere effekter av e-helse tiltak, spesielt knyttet til helsegevinst eller helsetap. Kunnskapen om utbredelsen og i brukstakelse av e-helse øker stadig, men den trengs å samles, settes i en nasjonal struktur og rapporteres jevnlig og konsekvent.

Følgende hovedtiltak bør gjennomføres i handlingsplanens periode:

Tiltak: Etablere nasjonal monitor/indikatorer for e-helse

En nasjonal monitor med indikatorer for e-helse skal etableres som grunnlag for FoU og kunnskap om effekter, læring og styring av e-helse. Dette inkluderer å etablere en møteplass hvor resultater fra monitoren danner grunnlag for presentasjoner og workshops.

Kompetanse hos ansatte og ledere i helse- og omsorgssektoren

Det er i dag varierende kompetanse innen e-helse både hos ansatte og ledere i helse- og omsorgssektoren.

Følgende hovedtiltak bør gjennomføres i handlingsplanens periode:

Tiltak: Arbeide for at e-helse og digitalisering inkluderes i utdanning og videreutdanning av helsepersonell

Tiltaket innebærer blant annet å kartlegge e-helse i utdanningen for å identifisere forbedringsområder som kan bidra til å heve kompetansen på bruk av IKT i sektoren. Det vil også være viktig å arbeide med å påvirke læringsmål og planer innenfor helse- og omsorgsfag, ledelsesfag og andre områder slik at e-helse og digitalisering blir grunnkompetanse og krav for utøvere i sektoren.

Tiltak: Styrke kompetanse og bruk av grundige beslutningsunderlag ved prioritering og innføring av e-helsetiltak

Tiltaket innebærer å styrke kompetanse, øke og sikre enhetlig bruk av konsekvensvurderinger og samfunnsøkonomisk analyse som beslutningsunderlag i nasjonal e-helseutvikling og -prioritering. I tillegg er det viktig å styrke kompetanse og øke omfanget av nyttestyring og gevinstrealisering i innførings- og implementeringsarbeidet.

2 OPPFØLGING OG REVIDERING AV HANDLINGSPLAN

Strategi og handlingsplan skal revideres årlig og følges opp gjennom nasjonale prosesser.

Det skal etableres en årlig strategiprosess i starten av handlingsplanens periode. Hensikten med strategiprosessen er å gjennomføre en årlig revisjon av dette dokumentet, og justere mål og tiltak i henhold til utredninger som er gjennomført, beslutninger som er tatt og eventuelle endringer i finansielle og styringsmessige rammer. Direktoratet for e-helse vil være ansvarlig for strategiprosessen og de nasjonale foraene vil involveres i arbeidet.

Strategiprosessen er en av tre nasjonale prosesser i styringsmodellen, jf. figuren under. Porteføljestyling og forvaltningsstyring understøtter strategiprosessen og vil gi viktige bidrag til oppfølging av strategien og den årlige revideringen av denne.



Figur 1 Nasjonale prosesser

Årlig prioritering av større tiltak som krever IKT-utvikling vil gjøres i den nasjonale porteføljestytingsprosessen. Denne prosessen fasiliteres av Direktoratet for e-helse og resulterer i en årlig prioritert portefølje som Nasjonalt e-helsestyre gir sin tilslutning til.

I tillegg vil tiltak som omhandler utvikling av nasjonale produkter og løsninger håndteres og følges opp i forvaltningsstyringsprosessen. Det er per januar 2017 etablert produktstyrer for henholdsvis helsenorge.no og e-helsestandarder og fellestjenester for elektronisk samhandling. Tilsvarende skal det etableres produktstyrer for andre nasjonale løsninger. Produktstyrene følger opp forvaltningen av sin løsning og etablerer produktstrategier som understøtter denne strategien.

I forbindelse med årlig revisjon vil det være behov for å beskrive hvor langt man er kommet i realiseringen av strategien. Gevinsteiere er ansvarlig for gevinstrealisering og Direktoratet for e-helse vil være ansvarlig for å gjøre en samlet vurdering av effektene. Rapportering fra sektoren skal i så stor grad som mulig koordineres med etablerte rapporteringsprosesser.