

Felles kommunal journal interim AS

Styringsdokument ver. 0.8

Felles kommunal journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge

Versjon 0.8

18.11.2022

FORORD

Dette forslaget til styringsdokument (versjon 0.8) er svar på oppdrag gitt i St. Prop. 1S (2020-2021) og St. Prop. 1S (2021-2022).

Oppdraget er knyttet til å beskrive et oppdatert styringsdokument for felles kommunal journalløsning. Styringsdokumentet skal underlegges ekstern kvalitetssikring, men det stilles ikke krav om bruk av statens kvalitetssikringsordning (KS2).

Styringsdokumentet er bygget opp etter mal fra prosjektveiviseren med hovedområdene «Mål og rammer», «Strategier» og «Planer». Dette er strukturert i ti kapitler og videre underbygget og utdypet i sju vedlegg med bilag.

Samarbeidsprosjektet Felles kommunal journal¹ har utført oppdraget sammen med kommunesektoren, utøvende helsepersonell, pasient- og brukerforeninger og nasjonale helsemyndigheter. Fra 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 vertsorganisasjon for samarbeidsprosjektet, tilskuddsmottager og har hatt prosjekteierskapet.

Regjeringen har startet arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan, 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. Vi vurderer at realiseringen av regjeringens ambisjoner ikke vil være mulig uten at det tas nødvendige grep for å løfte journal- og samhandling for alle kommuner, og at dette ikke kan realiseres gjennom støtte til enkeltprosjekter alene. Vedlagte løsningsforslag kan være 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 flere ganger blitt grunnleggende endret. Et så komplekst og krevende prosjekt som dette forutsetter i utgangspunktet stabile rammer. I sum har dette vært en krevende situasjon som i realiteten har gjort det nødvendig å revidere innretning på arbeidet flere ganger underveis i en allerede svært stram tidsplan.

Konsekvensen av endringene i rammebetingelser er blant annet at vi i august/september i år endret innretting, med fokus på å starte en realisering av målbildet gjennom konkrete utprøvningsprosjekt fra og med sommeren 2023. Løsningsbeskrivelsen for plattformen ble ferdigstilt, men markedsplassen

Fra St. Prop. 1S (2020-2021)

«Det videre arbeidet med å realisere felles kommunal journalløsning skal legges til et selskap med kommunalt majoritetseierskap. Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet, KS og et utvalg kommuner, forbereder etablering av dette selskapet som vil gjennomføre anskaffelser, forvalte og videreutvikle felles kommunal journalløsning for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det skal legges til rette for innovasjon i form av nye tjenester og konkurranse mellom flere aktører i helsenæringen. Det tas sikte på å etablere selskapet innen 1. juli 2021. Statens videre rolle i selskapet utredes nærmere før forslaget legges fram for Stortinget.»

Regjeringen mener en stegvis utvikling og flere stoppunkter underveis vil bidra til at tiltaket ikke gjennomføres uten tilstrekkelig forpliktelse om deltakelse og finansiering fra aktørene.»

¹ 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

beskrives i denne omgang kun på et konseptuelt nivå. Videre konkretisering vil fortsette frem mot prosjektavslutning. Dette bekreftes også av de eksterne miljøene som har fulgt oss gjennom hele prosessen.

«Så langt i mine ti år som kvalitetssikrer av store statlige digitaliseringsprosjekter har jeg aldri sett tilsvarende ustabile rammebetingelser.»

Yngve Olsen, A2-Norge, ekstern kvalitetssikrer

«Betydningen av å sikre gode rammebetingelser for gjennomføring av en grundig og gjennomarbeidet «tidligfasevurdering» i store offentlige digitaliseringsprosjekt kan knapt overvurderes. Jeg har sett få prosjekt med så ustabile rammebetingelser. Organisasjonen har til tross for det utvist en særegen evne til å omstille og tilpasse seg, og til å innta en agil tilnærming til svært skiftende omstendigheter.»

Morten Duesund, Director Metier OEC (interntrevisor FKJI)

SAMMENDRAG

Behov

Det begynner og slutter alltid med innbyggeren, og alle innbyggere bor i en kommune. Om vi blir syke eller behøver ulik bistand blir vi brukere eller pasienter. Noe av det viktigste vi har med oss i møte med helsevesenet er informasjonen om hvem vi er og vår helsetilstand, om undersøkelser og funn, samt om tidligere eller pågående behandling.

Kommunene leverer et bredt spekter av tjenester. Flere av disse tjenestene bruker ulike løsninger, og gjennomgående snakker ikke disse systemene med hverandre. Det er ineffektivt, det stjeler verdifull tid som skulle vært brukt til å yte gode tjenester til brukere og pasienter og i verste og siste instans utfordrer det pasientsikkerheten og kvaliteten i tjenestene til innbyggere. Kommunene tar også 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 dokumentert at den demografiske utviklingen allerede representerer en trussel for bærekraften i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette er i tillegg en utvikling som forsterkes og forverres betydelig i de kommende årene. 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.

Informasjon

Pasientinformasjonen gir behandlerne grunnlag for å ta beslutning om hva som skal gjøres og er selve drivkraften i pasientforløpene. Brudd i informasjonskjeden representerer alltid risiko for brudd i behandlingskjeden – med de farer det medfører. Det betyr at tilgang til helhetlig og korrekt pasientinformasjon er helt avgjørende for pasientsikkerheten. Derfor sier vi at kjernen i arbeidet med felles kommunal journal er tilgang til relevant pasientinformasjon.

Informasjon har imidlertid liten verdi i seg selv, det er når vi deler informasjon at den får mening. Informasjon om innbygger, 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 det grunnleggende løsningsdesignet.

Løsning

Tilgang til relevant informasjon om pasienter og brukere fordrer en felles logisk informasjonskilde (det betyr en kilde som oppfattes som helhetlig for helsearbeideren, men som faktisk kan sammenstille informasjon fra flere uavhengige kilder). Det er dette vi har kalt plattform. Denne plattformen skal lagre og sammenstille informasjon slik at aktørene (helsepersonell, innbyggere og leverandører) kan sikres lik tilgang og grunnlag for samhandling. 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 behovet oppstår.

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

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

Vi 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. Vi vil bidra til å endre grunnleggende forutsetninger for å få markedet til å fungere bedre enn i dag.

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. Dette arbeidet foreslås startet fra og med sommeren 2023 og går i første omgang ut 2024.

En sentral føring for oppdraget har vært gjenbruk av nasjonale løsninger. Vi foreslår som startpunkt å bruke eksisterende løsningsmønstre for «Pasientens prøvesvar» og «Velferdsteknologisk knutepunkt» til å dele informasjon internt i en kommune i første omgang. Utprøvingene skal også teste og verifisere løsningskonseptet. Dette må skje i et nært samarbeid mellom kommune(r), KS, leverandør(er), NHN og prosjektet. Vi legger også til grunn at disse tjenestene skal leveres av NHN som en nasjonal tjeneste på linje med eksempelvis Helsenetten.

Organisering

Selskapet FKJI AS skal iht. opprinnelig plan utvikles frem mot sommeren 2023. Vi anbefaler at prosjektet videreføres som et prosjekt, eventuelt en egen avdeling, i selskapet KS Digitale Fellestjenester (DIF). Dette er et selskap som KS, etter samråd med medlemmene, har besluttet å opprette på basis av dagens avdeling for Digitale fellestjenester.

Finansiering

Prosjektet er foreløpig uten sikker finansiering fra og med sommeren 2023, både den sentrale prosjektorganisasjonen og hva gjelder konkrete utprøvningsprosjekt. Det er vår anbefaling at man i 2023 sikrer finansiering via kommunal medfinansiering og at man fra og med 2024 ser på former for kommunal medfinansiering og mulighet for å benytte Helseteknologiordningen. Spørsmålet om videre finansiering er i øyeblikket den største risikoen for prosjektets videre fremdrift.

Risiko

Prosjektet er komplekst og ikke uten risiko. Samtidig er de tiltakene som foreslås konkrete og håndterbare. Det er også viktig å minne om at risiko ikke kan vurderes isolert for prosjektet, men at det må ses i sammenheng med risiko ved alternativene. I dag er det to mulige alternativ, enten å fortsette som nå (null-alternativet) eller å velge en løsning hvor en leverandør leverer og kontrollerer alt. Det er vår oppfatning at risiko ved disse to alternativene i sum er vesentlig høyere enn for det foreslåtte konseptet.

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. samstyringsmodellen for digitalisering, representanter for bruker- og pasientforeninger, fag- og profesjonsorganisasjoner, RHF, leverandører, Nasjonalt program for leverandørutvikling (LUP og akademia. I tillegg har vi hatt dialog med nasjonale myndigheter og aktører.

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.

Innholdsfortegnelse

FORORD	I
SAMMENDRAG	II
OM STYRINGSDOKUMENTET	1
1. BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE	4
1.1. Bakgrunn.....	4
1.2. Begrunnelse for utprøvsperioden	6
1.3. Begrunnelse for realisering av målbildet	7
1.4. Begrepsbruk	9
2. MÅL OG SUKSESSFÅKTORER	10
2.1. Samfunnsml	11
2.2. Effektmål	11
2.3. Resultatml	12
2.4. Suksessfaktorer	14
3. HENSIKT OG HOVEDKONSEPT	15
3.1. Utdrdrng og hensikt.....	15
3.2. Hovedkonsept.....	17
4. INTERESSETER	23
5. RAMMEBETINGELSER OG AVHENGIGHETER.....	25
5.1. Juridiske vurderinger	26
5.2. Sentrale rammebetingelser for prosjektet.....	26
5.3. Sentrale avhengigheter for prosjektet.....	28
6. GJENNOMFØRING	30
6.1. ProsjektgjennomfØring - overordnet	30
6.2. Utprøvsperioden – overordnede rammer.....	33

6.3.	Videre utprøvinger	38
7.	STYRING OG ORGANISERING.....	41
7.1.	Kommunal og statlig samstyringsmodell	41
7.2.	Etablering av KS digitale fellestjenester AS	45
7.3.	Styringsmodell	46
7.4.	Prosjektorganisering	49
7.5.	Samspill med Norsk helsenett SF (NHN)	52
7.6.	Risikoregister for utprøvsperioden.....	55
8.	PROSJEKTOMFANG	60
9.	TIDSPLAN	62
9.1.	Overordnet tidsplan	62
10.	BUDSJETT OG FINANSIERING.....	63
10.1.	Finansiering	63
10.2.	Kostnadsbildet	66
10.3.	Nytteeffekter.....	69
10.4.	Samfunnsøkonomiske betraktninger	72

Vedlegg:

Vedlegg 1: Ytre rammer

Vedlegg 2: Behov og nytte

Vedlegg 3: Markedsplassen – konsept

Vedlegg 4: Plattform – konsept og målilde

Vedlegg 5: Informasjonssikkerhet og personvern

Vedlegg 6: Utprøving og gjennomføring

Vedlegg 7: Økonomisk underlag og vurdering

Bilag:

Bilag 2.1: Gjennomføring og resultat

Bilag 2.2: Beskrivelse av informasjonskategorier og elementer

Bilag 2.3: Utfordringsbildet i kommunene: Samhandling og informasjonsdeling – dagens situasjon

Bilag 2.4: Alternative journalstrategier – muligheter og utfordringer

Bilag 2.5: Vurdering av realismen i overordnet løsningsforslag

Bilag 5.1: Overordnet personvern vurdering

Bilag 5.2: Overordnet risikovurdering

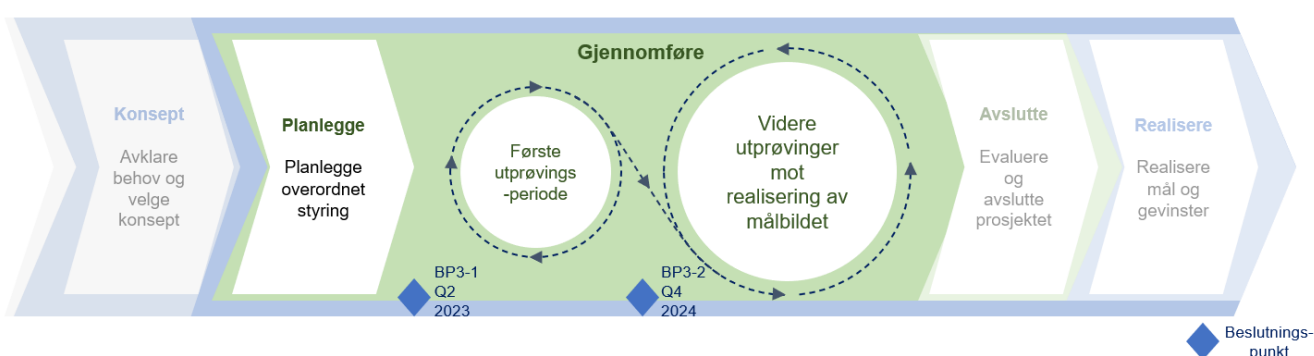
Bilag 6.1: Sluttrapport samarbeid FKJI og NHN

Bilag 7.1: Kostnadsmodell

OM STYRINGSdokUMENTET

Felles kommunal journal (FKJ) er et samarbeidsprosjekt mellom kommuner², KS og Staten v/Helse og Omsorgsdepartementet³ (HOD). Samarbeidsprosjektet er organisert under selskapet Felles kommunal journal interim AS (FKJI), som er heleid av KS. Styringsdokumentet er utarbeidet av administrasjonen i tråd med selskapet formål, og i henhold til 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. Dette utgjør i sum gjennomføringsfasen, i henhold til Digitaliseringsdirektoratets prosjektveiviser⁴.



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 de tiltak som er prøvd ut underveis, og dermed 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 både utprøvningsperioden og realisering av målbildet
 - Kapitlene 1-5
- Nivå 2 – Strategier - gir en mer detaljert beskrivelse av styring og gjennomføring i utprøvningsperioden samt en overordnet beskrivelse av de viktigste linjene i realisering av målbildet
 - Kapitlene 6-7

² Bergen, Bodø, Bærum, Hammerfest, Kristiansand, Ringsaker, Stavanger og Vinje er medlemmer, mens Oslo og Trondheim har observatørstatus i prosjektrådet.

³ Norsk helsenett SF (NHN) og Direktoratet for e-helse deltar på statens vegne i prosjektet.

⁴ [Digitaliseringsdirektoratets prosjektveiviser | Digitaliseringsdirektoratet.](#)

- Nivå 3 – Planer - beskriver plan, budsjett og omfang kun for utprøvningsperioden, men omtaler også realisering av målbildet kort for å belyse sammenhengen mellom de to periodene
 - Kapitlene 8-10

Styringsdokumentet er overordnet og vil jevnlig revideres ved større endringer i rammebetingelser, styringssignaler eller beslutninger gjennom fasene i prosjektet.

Arbeidet med å lage strategier og planer for realisering av målbildet er en del av prosjektomfanget i utprøvningsperioden. Dette er fordi det er lite hensiktsmessig å beskrive detaljerte planer langt frem i tid og prosess, gitt de usikre rammene prosjektet må forholde seg til, og fordi aktivitetene i utprøvningsperioden vil gi viktige innspill til den videre planleggingen. Av samme grunn, er det i denne versjonen av styringsdokumentet ikke utredet eller planlagt aktiviteter knyttet til forvaltning, drift og videreutvikling (FDVU), annet enn der det er naturlig knyttet til videreføring av vellykkede utprøvinger og påfølgende driftssetting. 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 både utprøvningsperioden og realisering av målbildet.

Kapittel 2 - Mål og suksessfaktorer

Kapitlet beskriver samfunns mål og effektmål. I tillegg er det definert egne resultatmål for de to periodene, der målene for første periode er detaljerte mens de er overordnet for den neste perioden.

Støttedokument:

- Vedlegg 1 – Ytre rammer
- Vedlegg 2 – Behov og nytte

Kapittel 3 - Hensikt og hovedkonsept

Kapitlet beskriver hensikten med prosjektet, som er den samme gjennom hele prosjektets levetid. Hvert konkret utprøvningsprosjekt vil ha en definert hensikt. Dette utdypes i kap. 6.2.

Hovedkonseptet beskrives separat for de to periodene.

Støttedokument:

- Vedlegg 3 – Markedsplassen – konsept
- Vedlegg 4 – Plattform – konsept og målbilde
- Vedlegg 5 – Informasjonssikkerhet og personvern

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 endres underveis.

Prosjektets sentrale avhengigheter beskrives samlet for hele prosjektets levetid. Her beskrives også juridiske vurderinger.

Støttedokument:

- Vedlegg 1 – Ytre rammer

Kapittel 6 – Gjennomføring

Kapitlet beskriver gjennomføringsmodell for perioden 2023-2024, og realisering av målbildet separat, i tillegg til at risikobildet og -håndtering beskrives.

For perioden 2023-2024 foreligger en gjennomføringsstrategi med forslag til utprøvinger prosjektet anser som realistiske og viktige for å nærme seg målbildet. For videre prosjektgjennomføring består beskrivelsen av overordnede føringer og forutsetninger knyttet til gjennomføringen.

Støttedokument:

- Vedlegg 6 – Utprøving og gjennomføring

Kapittel 7 - Styring og organisering

Kapitlet beskriver utprøvingsorganisasjonen med utgangspunkt i dagens organisering av prosjektet.

Styring og organisering for realisering målbildet er beskrevet på overordnet nivå.

Kapittel 8 – Prosjektomfang

Kapitlet beskriver kun prosjektomfanget for perioden 2023-2024. Utarbeidelse av tilsvarende planer for videre arbeid med realisering av målbildet må gjøres fortløpende som en del av arbeidet som skal gjøres i utprøvingsperioden.

Kapittel 9 – Tidsplan

Kapitlet beskriver kun en overordnet tidsplan for perioden 2023-2024 og tilsvarende som for kapittel 8 vil beskrivelse av omfanget for videre arbeid med realisering av målbildet være en del av arbeidet.

Kapittel 10 – Budsjett og finansiering

Kapitlet inneholder beskrivelse av kostnader og finansiering for perioden 2023-2024.

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

Støttedokument:

- Vedlegg 7 – Økonomisk underlag og vurdering

I tillegg er det gjort utdypinger i bilag, ref. oversikt i innholdsfortegnelsen.

1. BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE

1.1. Bakgrunn

Samarbeidsprosjektet Felles kommunal journal (FKJ) er et av flere tiltak for å realisere Stortingsmelding 9 (2012-2013) «Én innbygger – én journal⁵», 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 bor i en kommune. 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 hva som skal gjøres. 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)». Det anbefalte konseptet var «Helhetlig samhandling og felles kommunal journal», der det var presisert at felles kommunal journal ikke dreide seg om et system, men kunne bestå av flere systemer. Arbeidet med å realisere de overordnede målene har dermed skjedd langs tre hovedakser:

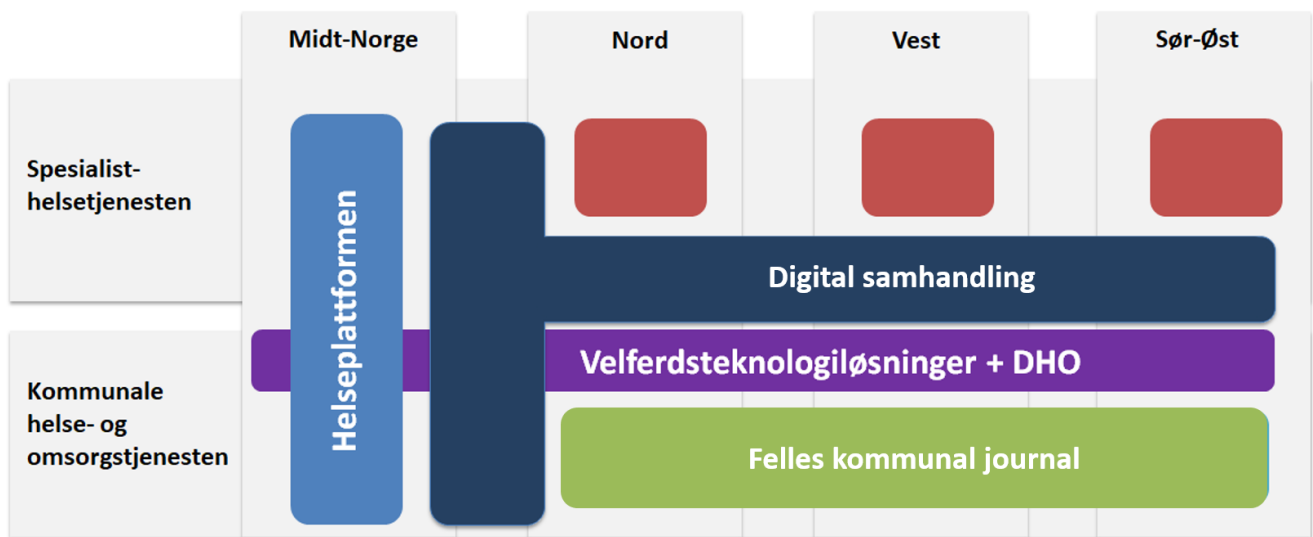
- Anskaffelse og innføring av felles journal for primær- og spesialisthelsetjenesten i helseregion Midt-Norge – Helseplattformen.
- Videreutvikling av journalløsningene for spesialisthelsetjenesten, utenfor Midt-Norge.
- Arbeidet med (tidligere Akson helhetlig samhandling og felles kommunal journal):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

Direktoratet for e-helse anbefalte i forprosjekt Akson⁶ at arbeidet realiseres gjennom to separate program: Ett for samhandling og ett for kommunal journal. Nasjonalt e-helsestyre 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 en egen protokollført uttalelse de la til grunn måtte følges opp i fortsettelsen.

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

⁵ "Én innbygger - én journal" | Regjeringen.

⁶ [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 kommuner⁷. Hensikten var å følge opp de påpekninger Nasjonalt e-helsestyre hadde trukket frem 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 Helse- og omsorgsdepartementet som skulle danne utgangspunkt for det videre utredningsarbeidet. Fra 08.09.2020 overtok en kommunerepresentant ledelsen av styringsgruppen, og Norsk Helsenett SF (NHN) gikk inn som observator

I KS' hovedstyremøte 27.05.2021 ble det etter dialog med samarbeidskommunene og HOD besluttet å opprette en interimsorganisasjon gjennom et heleid aksjeselskap, med formål å være mottager av offentlige bevilgninger samt å være 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 samarbeidskommunene⁸ om selskapet og dets arbeid. 11.10.2021 ble selskapet Felles kommunal journal interim AS (FKJI AS) stiftet. Mandatet for selskapet er å utarbeide et styringsdokument som del av et beslutningsunderlag for videre behandling i kommunene utenfor Midt-Norge, hos KS og Helse- og omsorgsdepartementet, og, i samarbeid med KS, sørge for at styringsdokumentet er forankret i de berørte kommunene.

Føringene fra St. Prop. 1 S 2020-2021⁹ og St. Prop. 1 S 2021-2022¹⁰ (forslagene til statsbudsjett)¹¹ har dannet grunnlaget for prosjektets forslåtte innretning og gir overordnede krav knyttet til løsning og gjennomføring, styring, organisering og finansiering. Et utdrag av føringene:

⁷ Kommunene Bergen, Bodø, Bærum, Kristiansand, Oslo, Stavanger, og Vinje.

⁸ Kommunene Bergen, Bodø, Bærum, Kristiansand, Ringsaker, Stavanger, Vinje, Hammerfest.

⁹ Prop. 1 S (2020–2021) | Regjeringen.

¹⁰ Prop. 1 S (2021–2022) | Regjeringen.

¹¹ 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.»

Prosjektet har innrettet konseptet basert et plattformbasert økosystem. Konseptet er mer utfyllende beskrevet i kap.3. For helsepersonell er journalløsningene og andre applikasjoner hverdagens viktigste arbeidsredskap, og helsepersonell har ulike behov. I årene som kommer antar vi en økende grad av individtilpassning i brukerflatene, og da er det viktig med mangfold. Det offentlige verken skal eller kan utvikle eller levere brukerløsninger, det er det markedet som skal gjøre. Prosjektet skal derfor ikke utvikle nye løsninger som skal stå i veien for, eller være i konkurranse med leverandørmarkedet. Næringslivet er avgjørende for å nå målbildet. Der er det investeringsvilje, ekspertise, skaperkraft og risikovilje – alt som må til for å skape og utvikle morgendagens løsninger.

En modell som legger til rette for kun én leverandør er kontraproduktiv i et sånt bilde. Prosjektet ønsker derfor en felles logisk informasjonskilde¹² som grunnlag for deling av informasjon, mellom et mangfold av leverandører – det er det vi har 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 økosystem¹³ av løsninger, leverandører, helsepersonell og innbyggere.

Kommunene har også vært opptatt av å tilrettelegge for samhandling med de øvrige tjenesteområdene helse- og omsorgstjenestene må samhandle med.

Styringsdokumentet har blitt utarbeidet i planleggings- og forankringsfasen, som varer frem til 30.06.2023. Første del av gjennomføringsfasen har planlagt oppstart 01.07.2023 og varighet ut 2024. I løpet av denne perioden vil prosjektet, hvis resultatene fra utprøvingene danner et godt nok grunnlag, starte opp neste gjennomføringsperiode – for å videreføre arbeidet med realisering av målbildet. Dette, inkludert de viktigste beslutningspunktene, beskrives i kapittel 6.

1.2. Begrunnelse for utprøvsperioden

Prosjektmandatet for planleggingsfasen, vedtatt av styret i FKJI AS, beskriver rammene for hva prosjektet skal levere; listet i fire følgende 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.*

¹² 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.

¹³ 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.

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.*

Gitt usikkerhetene knyttet til programfinansiering samt signaler i politisk møte mellom KS og HOD 23. juni 2022 om endringer i prosjektets øvrige rammebetingelser med konsekvenser også for prosjektets første gjennomføringsperiode, besluttet styret i FKJI AS 01.09.2022, med bakgrunn i prosjektmandatet over, å justere innretningen på gjennomføringsstrategien.

I tråd med pkt. 1 over «...med en konkret og troverdig løsnings- og gjennomføringsstrategi for stegvis realisering ...» skal dette styringsdokumentet med tilhørende vedlegg beskrive første periode, i perioden fra 1.07.2023 til 31.12.2024, der prosjektet gjennom ulike utprøvningsaktiviteter vil arbeide for å dokumentere og demonstrere verdien av informasjonsdeling i helsesektoren, samtidig som man kan realisere løsninger som vil bidra til reell forbedring, spesielt gjennom økt grad av informasjonsdeling internt i den enkelte kommune. Dette skal være et samarbeid mellom leverandører, enkelte kommuner, NHN og prosjektet. Utprøvningsprosjektene skal ha lav kostnad og risiko, og skal gi konkret og raskt nytte. I perioden frem til oppstart av utprøvningsperioden vurderes det aktivt om gjennomføringsprosjektet skal legges helt eller delvis til det planlagt etablerte aksjeselskapet KS Digitale Fellestjenester (KS DIF). Dette er videre omtalt i delkapittel 7.2.

I tillegg beskriver styringsdokumentet en overordnet strategi og mekanismer for hvordan arbeidet kan innrettes i en bredere skalerings- og utbredingsperiode fra 2025.

1.3. Begrunnelse for realisering av målbildet

Konseptet for realisering av målbildet, beskrevet i kapittel 3, er utarbeidet på bakgrunn av føringene i de foregående to års statsbudsjett (2021 og 2022), beskrevet i kapittel 5.

I tråd med dette, inkludert bakgrunnen i delkapittel 1.1 og 1.2, samt i tråd med føringene fra Stortinget, er det 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 trinn, med antatt konkret nytte for aktørene og for realisering av målbildet. Man oppsummerer og lærer av erfaringer underveis og før de neste stegene meisles ut. Dette bidrar til at arbeidet er relevant over tid. Første steg for å realisere målbildet vil være perioden 2023-2024, utprøvningsperioden, som beskrives i neste delkapittel.

Prosjektet vil ha en pådriver- og koordineringsrolle for å bygge på og binde sammen eksisterende løsninger, samtidig som innovasjon kan skje i samspillet mellom kommunene og leverandørmarkedet og i samarbeid med nasjonale aktører som KS og Norsk Helsenett SF (NHN). Hovedvekten i prosjektet vil være å jobbe med konkrete behov som ulike aktører i kommunesektoren opplever i sitt daglige virke, med primær vekt på å styrke samhandlingen og prosesser internt i den enkelte kommunen, men der det er mulig også i samspillet mellom kommuner og mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

På bakgrunn av rammer og forventninger beskrevet i de to års siste statsbudsjett (2020-2021 og 2021-2022), samt fra kommunesektorens innspill i Akson arbeidet¹⁴ er det utarbeidet et forslag til 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 kommuner 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. Og det må skje i en stegvis utvikling og gradvis over tid.
- **Eksisterende felles nasjonale løsninger skal gjenbrukes:**
Det er en absolutt forutsetning at vi gjenbraker eksisterende felles nasjonale løsninger 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 innledningsvis. I tråd med Digitaliseringsstrategien og økosystem for nasjonal samhandling i offentlig sektor der også den felleskommunale FIKS-plattformen inngår, skal vi også vurdere løsninger og rammeverk herfra for gjenbruk og ev. videreutvikling i denne sammenheng. Poenget er å se på potensialet i eksisterende løsninger for å løse behovet, og at løsningene blir så gode som mulig i en kommunal kontekst.
- **Realiseres gjennom en åpen plattformtilnærming:**
Vi ser for oss 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 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 felles og tilgjengelig for behandlere, innbyggere og for 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 kan 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

¹⁴ Blant annet uttrykt i SSD for Akson, vedlegg Q. Felles dokument utarbeidet av KS, utvalgte kommuner og Direktoratet for e-helse vedrørende arkitektur for Akson

samhandler over digitale plattformer for felles nytte gjennom bruk av delte ressurser innenfor definerte rammer.

1.4. Begrepsbruk

Styringsdokumentet omtaler mange ulike tjenesteområder og profesjoner. Innledningsvis i dokumentet velger vi derfor å etablere et sett med definerte samlebegrep.

I kommunale helse- og omsorgstjenester brukes både begrepet *bruker* og *pasient*. Disse begrepene gjenspeiles i styringsdokumentet. Der det kun står pasient eller bruker er det på bakgrunn av eksempler der vedkommende begrep passer alene. Innbygger er også brukt som en samlebetegnelse på *alle* innbyggere bosatt, eller med opphold i kommuner, uavhengig av sykdom eller behov for bistand mm.

I styringsdokumentet brukes også begrepet *helsepersonell*. 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 gjort skille på 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 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 tjeneste og representerer faggrupper loven krever at kommunen skal ha knyttet til seg.¹⁵

Offentlig tannhelsetjeneste er en fylkeskommunal helsetjeneste. Hvorvidt dette tiltaket skal støtte offentlig tannhelsetjeneste 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 *helsepersonell*.

Med begrepet kommunale helse- og omsorgstjenester menes alle tjenester kommunene er ansvarlig for å tilby etter Lov om kommunale helse og omsorgstjenester §3-1¹⁶.

«... Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune».

Tjenester som defineres i §3-2 er listet opp i fotnote.

Begrepet *relevant pasientinformasjon* er i endring blant annet fordi teknologi og digitalisering endrer seg. Gjennom å tilgjengeliggjøre ny informasjon for helsepersonell har man gjort informasjon mer tilgjengelig enn tidligere, og det endrer også betydningen av hva som er relevant informasjon fortløpende. Gjennom lover og forskrifter er også kravene til hva som er relevant informasjon blitt

¹⁵ 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.

¹⁶ 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.

tydeligere, alt som nå dokumenteres skal ha en relevans i forhold til innbyggerens helse. Relevant betyr ikke at vi skal dele alt som finnes av informasjon om den enkelte pasient eller bruker. Opplevelsen av hva som er relevant helseinformasjon vil variere mellom ulike tjenesteområder og profesjoner og i forhold til den enkelte innbygger.

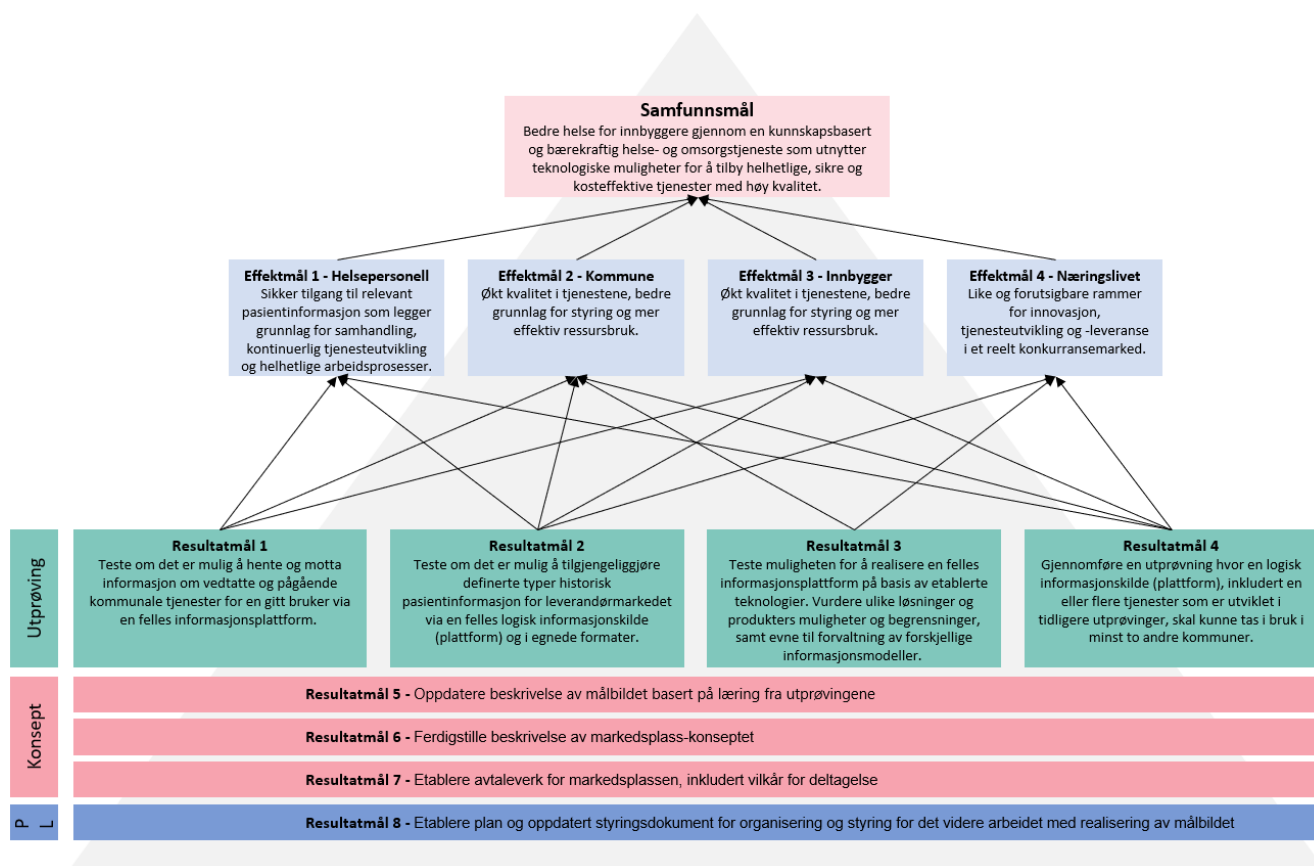
Dagens IT-løsninger omtales ofte som *applikasjoner*, *journalløsninger* og/eller *EPJ-systemer*. Med journalløsninger mener vi de IT-løsningene som benyttes til å føre journal, mens EPJ-systemer også inneholder mer funksjonalitet. Eksempler kan være administrative-, logistikk- eller andre støttefunksjoner for journalføring. Med *sluttbrukerløsninger* menes de IT-løsningene som sluttbruker benytter til å utføre sine arbeidsoppgaver. En sluttbrukerløsning inneholder derfor et brukergrensesnitt og funksjonalitet. Informasjon og tilkoblinger må ikke være inkludert i sluttbrukerløsningen, men kan løses ved at den kommuniserer med eller benytter annen funksjonalitet. Denne kan eksempelvis ligge i et sentralt register som folkeregisteret eller funksjonalitet som er en skytjeneste eller nasjonal felleskomponent, som e-resept eller Kjernejournal.

2. MÅL OG SUKSESSFaktorER

Samfunns målet følger visjonen fra Én innbygger – én journal om en sammenhengende og effektiv helsetjeneste der innbygger settes i sentrum. Effektmålene bygger på målbildet, men er videreutviklet gjennom prosjektet. Målene gjelder for hele gjennomføringsfasen, men veien til realisering vil være ulik over tid. Gjennomgående beskrives dette i styringsdokumentet med vedlegg. I tillegg har det vært særdeles viktig for prosjektet, og i tråd med oppdraget fra eier – at arbeidet skal tilrettelegge for innovasjon og næringsutvikling.

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

Resultatmålene er delt inn med detaljerte resultatmål for den første utprøvsperioden og overordnede resultatmål for videre arbeid med realisering av målbildet. Videre målformuleringer for arbeid med realisering av det overordnede målbildet vil være en del av arbeidet i utprøvsperioden, noe som også er reflektert i resultatmålene for den første perioden. 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 1: 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 tilgang til relevant pasientinformasjon som legger grunnlag for samhandling, kontinuerlig tjenesteutvikling ¹⁷ og helhetlige arbeidsprosesser.
Effektmål 2 Kommunene	Økt kvalitet i tjenestene, bedre grunnlag for styring og mer effektiv ressursbruk.
Effektmål 3 Innbygger	Pasientsikkerheten, og innbyggers opplevelse av trygghet øker. Innbygger får tilgang til egen informasjon og oversikt over bruken av den.
Effektmål 4 Næringslivet	Like og forutsigbare rammer for innovasjon, tjenesteutvikling og -leveranse i et reelt konkurransemarked.

Tabell 2: Effektmål

2.3. Resultatmål

2.3.1. Resultatmål for første gjennomføringsperiode

Resultatmålene skal knyttes til målbildet for løsningen som skal realiseres og skal være klare og retningsgivende. Resultatmålene i denne første gjennomføringsperiode har tre hensikter:

1. Prøve ut løsninger og konsepter som viser vei mot realisering av målbildet
2. Lære hva som fungerer og hva som ikke fungerer, i tillegg til hvilke effekter som kan oppnås
3. Gi innsikt i videre planleggingsarbeid

Resultatmålene er delt inn på samme måte; utprøving, konseptutvikling og prosjekt- og planarbeid. Alle er planlagt oppnådd i 2023 og 2024.

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

De fire resultatmålene hører til hver av de fire utprøvingene prosjektet foreslår å gjennomføre. De er planlagt sekvensielt i tid basert på omfang og kompleksitet, der de utprøvingene med relativt sett minst omfang og lavest kompleksitet kommer før de mer kompliserte. Det er ikke prioritert på kostnad, og det er prosjektets ansvar å legge til rette for og koordinere de nødvendige aktivitetene knyttet til å gjennomføre målene. Hver utprøving er beskrevet i kapittel 6, og mer detaljert i vedlegg 2 og 6.

ID	Resultatmål: Utprøving	Indikator
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.	1: Antall ganger informasjon er utlevert 2: Opplevd nytte for brukere (brukerundersøkelser)

¹⁷ 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	Teste om det er mulig å tilgjengeliggjøre definerte typer historisk pasientinformasjon for leverandørmarkedet via en felles logisk informasjonskilde (plattform) og i egnede formater.	1: Blir historiske pasientinformasjon gjort tilgjengelige? 2: Opplevd nytte for brukere (brukerundersøkelser)
U-3	Teste muligheten for å realisere en felles informasjonsplattform på basis av etablerte teknologier. Vurdere ulike løsninger og produkters muligheter og begrensninger, samt evne til forvaltning av forskjellige informasjonsmodeller.	1: Antall initiativ og andel løsninger med positivt resultat av utprøving?
U-4	Gjennomføre en utprøving hvor en logisk informasjonskilde (plattform), inkludert en eller flere tjenester som er utviklet i tidligere utprøvinger, skal kunne tas i bruk i minst to andre kommuner.	1: I hvor stor grad fungerer tjenestene på informasjonsplattformen? 2: Opplevd nytte for brukere (brukerundersøkelser)

Tabell 3: Resultatmål - Utprøving

De fire resultatmålene hører til hver av de fire utprøvingene prosjektet foreslår å gjennomføre. De er planlagt sekvensielt i tid basert på kompleksitet, der de utprøvingene med relativt sett minst omfang og lavest kompleksitet kommer før de mer kompliserte. Det er ikke prioritert på kostnad, og det er prosjektets ansvar å legge til rette for og koordinere de nødvendige aktivitetene knyttet til å gjennomføre målene. Hver utprøving er beskrevet i kapittel 6, og mer detaljert i vedlegg 2 og 6.

ID	Resultatmål: Konsept
U-5	Oppdatere beskrivelse av målbildet basert på læring fra utprøvingene
U-6	Ferdigstille beskrivelse av markeds plass-konseptet ¹⁸
U-7	Etablere avtaleverk for markeds plassen, inkludert vilkår for deltagelse

Tabell 4: Resultatmål - Konsept

De tre resultatmålene over beskriver videre utvikling av konseptet basert på læring fra de fire første utprøvingene. I tillegg skal det etableres planer, rammer og avtaleverk for hvordan disse skal innrettes i den videre realisering av målbildet.

ID	Resultatmål: Prosjektledelse og kommunikasjon
U-8	Etablere plan og oppdatert styringsdokument for organisering og styring for det videre arbeidet med realisering av målbildet

Tabell 5: Resultatmål - Prosjektledelse og kommunikasjon

¹⁸ Markeds plassen beskrives i kapittel 3 og vedlegg 3

Resultatmålet for prosjektets ledelse handler om hvilke resultater prosjektet må oppnå for å kunne gå over i den påfølgende delen av gjennomføringsfasen. Dette handler om hva prosjektet må gjøre for å forberede neste periode.

2.3.2. Resultatmål for videre arbeid med realisering av målbildet

Prosjektet vil i første utprøvningsperiode ikke jobbe direkte for å oppnå målene knyttet til å realisere målbildet, men arbeidet vil være retningsgivende. Det er først og fremst viktig å sikre at de konkrete forsøkene ikke står i veien for en langsiktig realisering av målbildet. Resultatmålene er tatt med i dette kapitlet for å vise hvilken retning prosjektet kan følge, og fordi flere av aktivitetene som er foreslått gjennomført i utprøvningsperioden vil danne grunnlaget for det videre arbeidet med realisering av målbildet.

ID	Resultatmål: målbildet
M-1	En forvaltnings- og driftsorganisasjon for plattform og markeds plass er etablert
M-2	En prosess for styring og prioritering av behov og utvikling for felles plattform er definert og forankret
M-3	En styringsstruktur for økosystemet er definert og forankret
M-4	Et avtaleverk for regulering av behandlingsansvar er etablert
M-5	Plan for håndtering av relevant historisk informasjon (migrering) er utarbeidet og iverksatt
M-6	Det er definert en oversikt over relevant og delingsverdig informasjon, og hvor den er lagret

Tabell 6: Resultatmål - Målbildet

2.4. Suksessfaktorer

Suksessfaktorene er hva prosjektet må lykkes med for å realisere målbildet og gjennomføre utprøvningsperioden.

#	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 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 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

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 en kommune 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 sikrer lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) innbyggere lik tilgang til helsehjelp av god kvalitet, når de trenger og ønsker det. 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 informasjon man behøver. Derfor er dette sentralt i et 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 stat. 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. 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 flere ulike og usammenhengende løsninger, samt at samme informasjon registreres og forvaltes i flere løsninger manuelt med de kvalitets- og effektivitetstapene det medfører.

Den kommunale legevakten har eksempelvis ikke oversikt over hvilke andre kommunale tjenester en pasient mottar.¹⁹ Det innebærer at de 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 trygghet for tilstrekkelig innsikt i brukers eller pasientens situasjon, og dermed også riktig nivå på helsehjelp. Det kan forringe et allerede planlagt forløp og/eller true livssituasjonen til innbygger, og det kan i verste fall sykeliggjøre eller bidra til feilbehandling.

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, barnehage/skole og sosialtjenestene er blant disse tjenestene.

Informasjonen i dagens EPJ-systemer er for alle praktiske formål «låst inn» i hver løsning, og bruk og deling av informasjon skjer på leverandørens premisser. Utvikling av ny funksjonalitet er i tillegg krevende, kostbart og tar oftest lang tid. Dette låser i realiteten kommunene til gjeldende leverandører (leverandørrinnlåsing). Årsaken er at det er krevende og koster mye å bytte løsninger ettersom de er bygget opp med ulike standarder og ulik logikk. I tillegg er gevinsten ved å bytte som regel liten. Dermed har man i praksis en situasjon med bilaterale seriemonopoler mellom, der løsninger byttes veldig sjelden. «Innelåst» informasjon har ført til liten utvikling og innovasjon 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 historisk vært lite samordnet på kundesiden. 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 – spesielt med tanke på utfordringene helse- og omsorgstjenestene står overfor fremover²⁰. 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 fremskrivningsrapport²¹ fra 2019 at vi allerede i 2035 risikerer en underdekning på 28 000 sykepleiere. Andre grupper av helsepersonell vil i varierende grad havne i samme uføre. Det er en drastisk økning på 14 år.

¹⁹ Filmen «Hva er gevinstene ved å dele helseinformasjon» kan gi illustrasjon til problemstilling det vises til i teksten. [Hva er gevinstene ved å dele helseinformasjon? | KS](#)

²⁰ [NF Rapport 10/2021 - Årsakene til kostnadsveksten innen pleie- og omsorg | Nordlandsforskning](#)

²¹ «Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035» Geir Hjelmås, Jia Zhiyang, Tom Kornstad og Nils Martin Stølen – mars, 2019

Samtidig som utfordringene er felles, er kommunene ulike med tanke på størrelse og organisering. Det samme gjelder forskjellige grupper helsearbeidere. Derfor må fremtidens digitale løsninger være fleksible og kunne tilpasses brukernes behov. Kravene til tjenestene er imidlertid de samme, og de er i stor grad lovregulert. Tradisjonelt løses kommunenes ulike behov gjennom detaljerte kravspesifikasjoner og omfattende anbudsrunder. Løsninger tilpasses den enkelte kommune, 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.

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 fortsette.

Gjennom å lage et rammeverk for mindre, kontrollerbare utprøvinger, som fokuserer på 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, segregert per kommune, får alle utprøvinger og 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 det står mer om nedenfor.

Gjennomføring, fire forslag til konkrete utprøvinger og metodikk er beskrevet mer utfyllende i kapittel 6 og vedlegg 6. Gjennom vellykkede utprøvinger vil stegvis utvikling og en gradvis innføring av løsninger leverer nytte både på kort og mellomlang sikt til en vesentlig lavere kostnad og risiko enn dagens tilnærming.

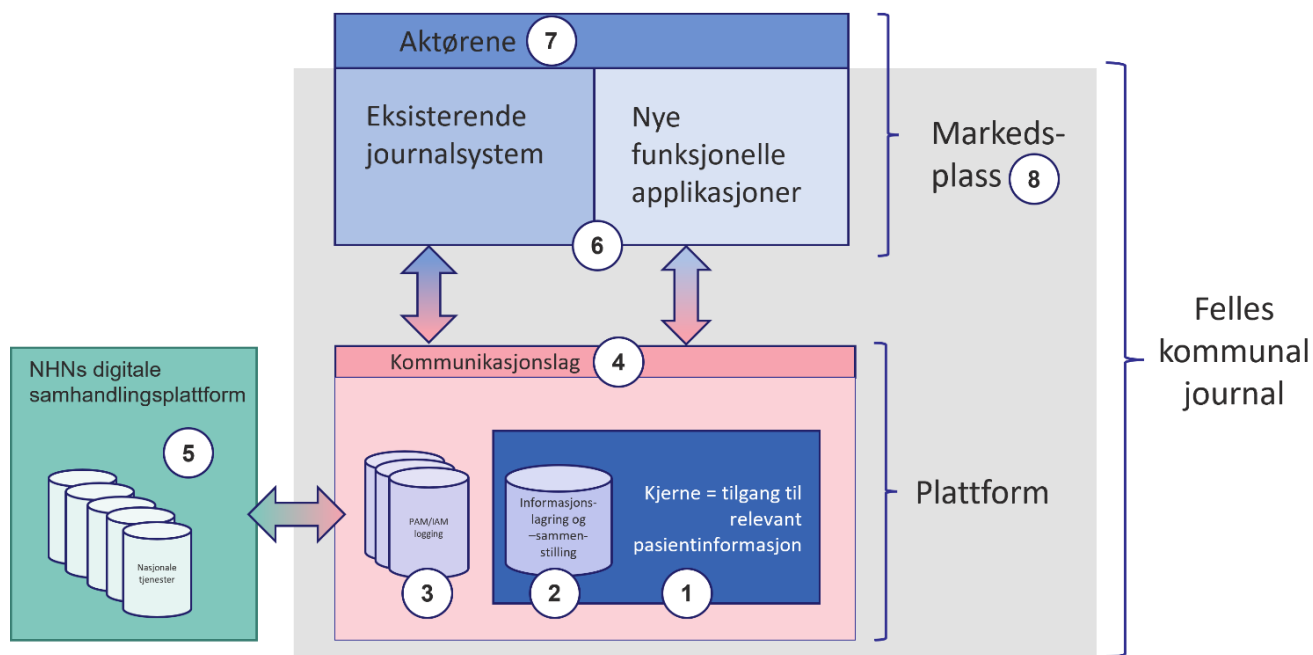
3.2. Hovedkonsept

Hovedkonseptet er et plattformbasert økosystem hvor helsepersonell, innbyggere, kommunene 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, samt at det vil gi grunnlag for løsningsutvikling som det er vanskelig å se rekkevidden av i dag.

Det er utarbeidet en konseptuell skisse som illustrerer hovedkonseptet og hvordan det kan sameksistere med NHNs digitale samhandlingsplattform og dermed nasjonale e-helseløsninger. Konseptet består av to hovedelementer: plattform og markedsplass. I dette kapitlet beskrives hovedelementene gjennom en logisk oppbygning av hele løsningen. Det er valgt å bruke 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. Markedsplassen med tre hovedfunksjoner

Kommunalt økosystem for pasientinformasjon



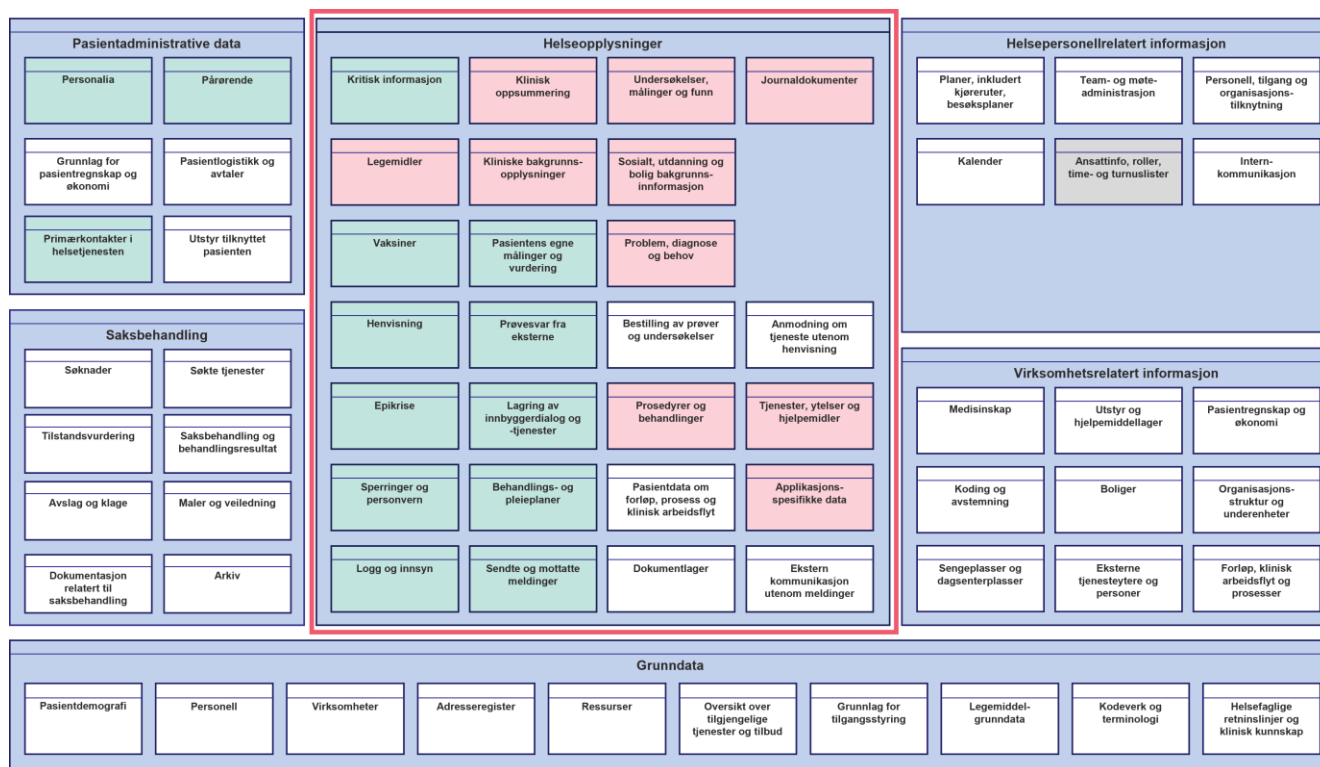
Figur 4: Konseptskisse som viser hovedkomponentene i løsningen og koblingen mot NHNs digitale samhandlingsplattform

3.2.1. Tilgang til relevant pasientinformasjon (1)

Det er når vi deler informasjon at den får mening. Utilgjengelig informasjon finnes ikke, og i helsesektoren er dette ekstra viktig. *Pasientinformasjon må være tilgjengelig* – der og når man har behov for den. Derfor er det også at «Tilgang til relevant pasientinformasjon» er kjernen i Felles kommunal journal.

For å definere et omfang og en avgrensning for relevant pasientinformasjon er det innledningsvis gjort en felles øvelse med blant annet Norsk helsenett. Vi har sett på hvilken informasjon som allerede finnes i eksisterende nasjonale løsninger (kjernejournal, PLL, e-resept etc.), eller som planlegges realisert i fremtidige 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 figuren under) i alle disse møtene for å ha et felles grunnlag. Området helseinformasjon (rød innramming) er prioritert innledningsvis, og dette er også i tråd med tilbakemeldingene fra deltagende helsepersonell²².

²² 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 håndteres gjennom den enkelte kommunes plattform.
- Informasjonskategoriene som er farget grønne dekkes av nasjonale e-helseløsninger (eksisterende og planlagte) og utveksling baseres på FHIR og evt. tilsvarende standarder.
- Informasjonskategoriene som er farget hvit er utenfor omfanget i første periode.

De rosa boksene representerer prosjektets forslag til initiell avgrensning og omfang knyttet til relevant pasientinformasjon. Figuren gir også et bilde av prosjektets relasjon 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 4.

3.2.2. Informasjonslagring og sammenstilling (2)

I målbildet finnes det en plattform som kan lagre og sammenstille relevant informasjon om mottagere²³ 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 behandlingsregister²⁴, 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 kan utvikle og

²³ «Mottager» er i denne sammenheng innbyggere eller besøkende i kommunen som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester

²⁴ 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

tilby et bredt spekter av løsninger i kontinuerlig utvikling. Sentralt i konseptet er det lagt et tydelig skille mellom informasjon og funksjonalitet. Via en plattform skal berørte brukere med tjenstlig behov sikres tilgang til samme informasjonskilde, 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 kan fortsatt inneholde informasjon. Dette blir viktig for leverandørenes muligheter til å selge sine løsninger til andre kunder utenfor prosjektet. Løsningene må derimot tilgjengeliggjøre *relevant pasientinformasjon* til plattformen slik at det som skal deles er tilgjengelig for alle aktørene.

En plattform som kan lagre og sammenstille relevant pasientinformasjon for alle brukere i kommuner som omfattes av prosjektet kan ikke uten videre realiseres i dag. Dette handler i stor grad om juridiske utfordringer knyttet til å dele informasjon på tvers av mange virksomheter, samt manglende politiske, operasjonelle og økonomiske forutsetninger.

Juridiske rammer for deling av informasjon

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.

Dersom man ønsker samarbeid mellom mange kommuner og/eller helseforetak blir det svært krevende fordi lovverket fordrer at *hvert* juridiske subjekt (eks kommunene, fastlege mm) etablerer bilaterale avtaler. 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 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.

Det grunnleggende målbildet er at alt helsepersonell og alle innbyggere 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 bakgrunn og med et ønske om å komme i gang raskt, foreslår vi en modell med konkrete og avgrensede utprøvinger basert på gjenbruk av etablerte nasjonale løsninger i første omgang i perioden 2023–2024. Dette skal skape verdi tidlig, men også ta oss i retning av et endelig målbilde. 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.

Gjenbruk av etablerte løsningsmønstre må gjøres i samarbeid med NHN. Prosjektet har sett på gjenbruk av løsningsmønstre som benyttes av «Pasientens prøvesvar» og «Velferdsteknologisk knutepunkt». Disse løsningsmønstrene vil utgjøre «plattformen» i tre av de fire foreslåtte utprøvingene. Det står ikke til hinder for å utforske andre «plattformer». Det legges også opp til en egen utprøving av ulike plattformløsninger. Hver utprøving baseres på at det etableres *en plattform* for den enkelte deltagende kommune («Kommunens hendelseslager»). Her lagres innholdet i utvalgte elektroniske meldinger 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 tilpasses lageret også til å lagre annen relevant pasientinformasjon. Ettersom delingen av informasjon skjer lokalt i den enkelte kommunen, og eventuelt overfor aktører med

kommunal driftsavtale²⁵, vil det være mulig å etablere løsningen innenfor rammen av gjeldende lovverk.

En slik tilnærming vil være det første steget på veien fra dagens «en til en» kommunikasjon til en situasjon der relevant pasientinformasjon deles av mange.

3.2.3. Informasjonssikkerhet og personvern «by design» (3)

Informasjonssikkerhet skal ivaretas som en del av og et fundament for både plattformen og økosystemet som et hele. Vi må derfor sikre autentisering (hvem du er), autorisering (hvilke roller og rettigheter du har), og at all aktivitet loggføres. Dette er viktig for å oppfylle innbyggers rettigheter til innsyn og for å sikre at informasjonen kun behandles av de med tjenstlig behov.

Informasjonssikkerhet og personvern, samt anbefalte aktiviteter og tiltak beskrives mer utfyllende i Vedlegg 5, samt bilag 5.1 og 5.2.

3.2.4. Kommunikasjonslag (4)

For at informasjon skal kunne utveksles må det finnes et kommunikasjonslag, og det må være mest mulig standardisert og entydig. Lagring og utveksling av pasientinformasjon baseres på bruk av åpne internasjonale standarder (eksempelvis HL7 FHIR²⁶, SNOMED CT²⁷ og openEHR²⁸) 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.

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

3.2.5. Samspill med nasjonale løsninger - NHNs digitale samhandlingsplattform (5)

Plattformen må samspille med de nasjonale tjenestene i NHN sitt økosystem; 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.

Den felleskommunale FIKS-plattformen, som driftes av KS Digitale fellestjenester (DIF), leverer i dag mer enn 20 ulike fellestjenester til kommunene. Den har bla. vært viktig i arbeidet med pandemi-håndteringen og smittesporingsarbeidet. Det skal gjøres en felles vurdering av muligheten for å benytte også denne plattformen som ledd i realisering av målbildet. Dette arbeidet vil bli gjennomført i samarbeid med DIF og det legges til grunn at det er ferdig i løpet av januar 2023.

²⁵ Private virksomheter uten kommunal driftsavtale vil falle utenfor omfanget for våre utprøvinger.

²⁶ 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

²⁷ SNOMED CT er en omfattende terminologi som brukes til å beskrive kliniske konsepter. Den er valgt som standard i Norge og brukes i Helseplattformen

²⁸ openEHR er en e-helseteknologi bestående av åpne spesifikasjoner, kliniske modeller og programvare, som kan brukes til å lage åpne informasjonsplattformer for helsevesenet

3.2.6. Leverandører skal levere sluttbrukerløsninger (6)

Sluttbrukerløsningene (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. Det fjerner neppe behovet for lokal lagring, men relevant pasientinformasjon skal deles. Det forutsettes også at det på sikt utvikles og tilbys sømløse arbeidsflater, der helsepersonell kan bevege seg fra en løsning til en annen på en måte som gjør at det «oppleves» som om de fortsatt arbeider i samme løsning når de kommer inn i ny brukerflate. Pasientinformasjonen må være tilgjengelig uten ny pålogging (single sign-on). Pasient- eller brukerkonteksten beholdes over 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), næringsliv (leverandører av relevante sluttbrukerløsninger), NHN og prosjektet. 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 de behovene som sektoren har. Det er en åpen hånd som vi trenger og som vi med glede tar imot. Dersom noen i markedet i tillegg bidrar med løsninger som realiserer en reelt åpen plattform er det veldig fint. Spørsmålet er ikke hvem, men hva og hvordan. Stikkordet er en åpen plattform – for alle.

3.2.7. Aktørene i økosystemet (7)

Økosystemet skal realiseres i et mangfoldig aktørlandskap. Det er tre hovedgrupper av aktører i økosystemet. Helsepersonell er helt sentrale brukere og premissgivere. En annen viktig gruppe er innbyggerne i kommunen. I tillegg vil leverandørene, både i det private markedet og offentlige tjenesteleverandører, spille en sentral rolle. Øvrige aktører i økosystemet kan 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, interesseorganisasjoner (bla. KS) og lignende.

3.2.8. Markedsplassen skal bidra til å samordne kommunene og sikre kundemakt (8)

Punkt 6 og 7 utgjør det prosjektet omtaler som markedsplassen.

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

Markedsplassen skal være en møteplass for kommuner, organisasjoner og leverandører, basert på frivillighet, det vi kaller innovasjonsarenaen. 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 avvikling av løsninger som nærmer seg «end of life».

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. Man skal også kunne «melde seg på», eller forespørre om 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 kundemakt gjennom samarbeid. Tanken er at det også vil gi leverandørene økt brukerinnsikt og større trygghet for nytten i ulike utvikling- eller fornyingstiltak.

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

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 forlengelsen av et forutgående kundesamarbeid om felles behovsbeskrivelser. Målet er å avlaste både kommuner og leverandører for ressurskrevende og enkeltvise anskaffelsesprosesser per kommune. Modellen for en slik løsning er ikke endelig på plass, og det må vurderes videre hvilke ulike former for samarbeid som vil være hensiktsmessig. Prosjektet har sett på bruk av rammeavtaler og «Dynamisk innkjøpsordning», men det er ikke landet en endelig løsning som også svarer tilstrekkelig på bredden av behov. Dette vil inngå i videre arbeid med oppdatering av plan for markedsplassen.

Målet er en modell hvor kommunene i så stor grad som mulig kan velge ønsket løsning ut fra en løpende oversikt over hvilke sluttbrukerløsninger økosystemet til enhver tid tilbyr. Kunde- og leverandørforholdet går fortsatt mellom den enkelte leverandøren og kommunen.

Markedsplassen skal også inkludere mulighet for test og utprøving av nye løsninger iht. rammeverket for økosystemet. Det skal etableres en sandkasse²⁹ for utvikling og utprøving av leverandørenes løsninger 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 kan leveres av plattformleverandør.

4. INTERESSENER

Involvering og forankring av prosjektets arbeid er avgjørende for at prosjektet skal lykkes gjennom videre faser. Prosjektet vektlegger involvering og forankring mot definerte målgrupper (interessenter) i sitt arbeide. Hensikten er å bidra til en mest mulig felles forståelse for hva prosjektet skal levere, hvilken nytte det skal gi og hvordan arbeidet er tenkt gjennomført.

Prosjektet har identifisert de viktigste interessentgruppene i det videre arbeidet. Disse vil vi involvere direkte i prosjektet (eksempelvis samarbeidskommuner og KS), men involvering av andre interessentgrupper vil også ha stor betydning gjennom hele utprøvningsperioden (2023-2024).

Det må gjøres fortløpende interessentanalyser gjennom hele prosjektets levetid. Interessentanalysen gir en beskrivelse av hvordan interessentene skal prioriteres, informeres og involveres på en god og tillitsskapende måte.

²⁹ «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.

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

Prioriterte interessentgrupper

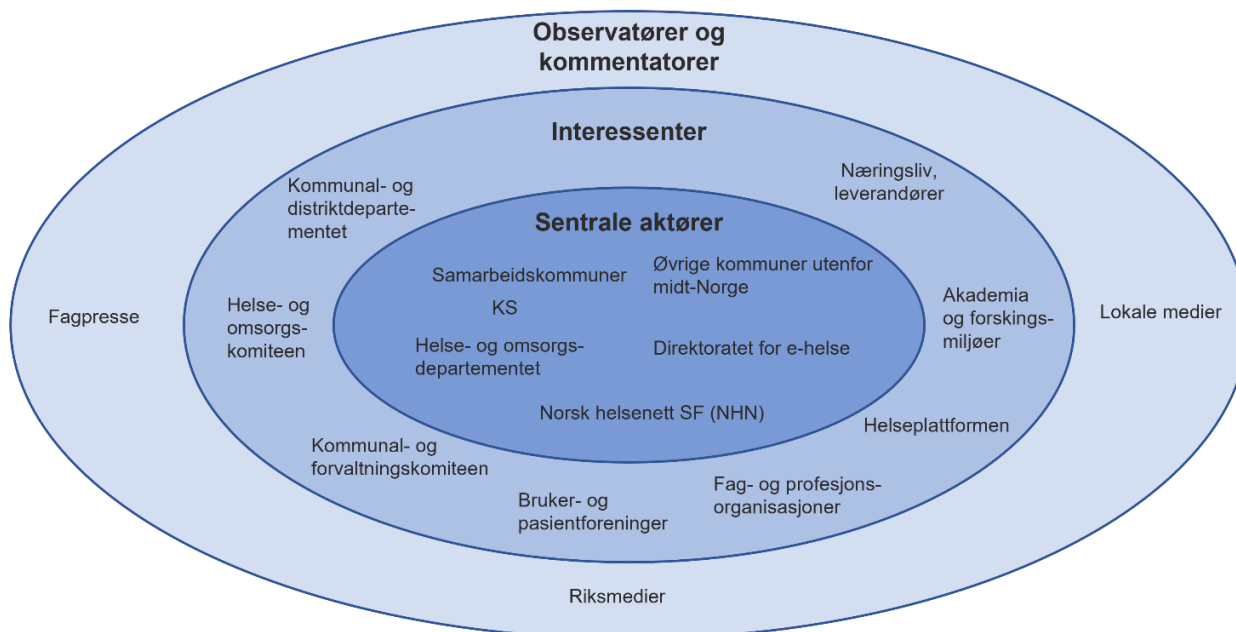
Interessentlisten med underpunkter nedenfor er ikke uttømmende, men viser de mest sentrale interessentene. Enkelte interessenter/interessentgrupper vil kunne veksle mellom å være aktører (direkte involvert i prosjektet) eller interessenter gjennom ulike faser av prosjektet.³⁰

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/helse- og velferdsledere ○ Ordførere og lokalpolitikere • Utprøvningskommuner <ul style="list-style-type: none"> ○ Kommunedirektørene/helse- og velferdsledere ○ 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/helse- og velferdsledere ○ Ordførere og lokalpolitikere • Bruker- og pasientforeninger • Fag- og profesjonsorganisasjoner • Stortingets helse- og omsorgskomite • Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD) • Stortingets kommunal- og forvaltningskomite • Helse- og omsorgsdepartementet • Universitets- og forskningsmiljøer • Næringslivet inkl. leverandørmarkedet • 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

³⁰ Pasienter, innbyggere, sluttbrukere og enkeltstående fagpersoner er ikke tatt med i oversikten nedenfor, men blir involvert gjennom etablerte prosesser, samt i de enkelte utprøvningsprosjektene etter behov.

Relasjonen mellom de ulike interessentene i utprøvsperioden kan beskrives slik:



Figur 6 Interessent-oversikt

Så snart innholdet i den første perioden i gjennomføringsfasen er definert, vil det gjøres en ny interessentanalyse for å sikre involvering og forankring av aktuelle interessenter.

Leverandørmarkedet/næringslivet vil inngå i utprøvsperioden sammen med kommunene, prosjektorganisasjonen og NHN (se bilag 7, punkt 1).

Når prosjektet går over fra første utprøvsperiode til videre arbeid med å realisere målbildet, vil de øvrige kommunene utenfor helseregion Midt-Norge kunne bli primærinteressenter, avhengig av deres involvering i det videre arbeidet.

5. RAMMEBETINGELSER OG AVHENGIGHETER

Dette kapitlet beskriver de viktigste rammebetingelsene og avhengighetene som ligger til grunn for å nå målene beskrevet i kapitlene 1 og 2. De sentrale rammebetingelsene for prosjektet og løsningen er som tidligere omtalt gitt i St. Prop. 1S (2020-2021) og St. Prop. 1S (2021-2022), samt i de styrende dokumentene for selskapet Felles kommunal journal interim AS. I vedlegg 1 gis en grundigere gjennomgang av de viktigste lovene, forskriftene og annet relevant rammeverk for prosjektet og løsningen.

Prosjektet som skal lede gjennomføringsfasen må til enhver tid forholde seg til gjeldende rammer og retningslinjer. Prosjektet 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 og pasientens legemiddelliste.

Direktoratet for e-helse fikk i 2022 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utrede innholdet i en helseteknologiordning³¹ i samarbeid med Helsedirektoratet og KS, og det forventes at ordningen vil utgjøre en viktig ramme og potensiell finansieringskilde for prosjektets utprøvningsprosjekt i gjennomføringsfasen.

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 noen juridiske vurderinger i forhold til konkurranseretten og regelverk for statsstøtte. Utredningsarbeidet har ikke identifisert noen hindre i disse regelverkene i forhold til å realisere prosjektet. 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.

Et særskilt spørsmål i prosjektet er hvordan markeds plassen vil kunne tilfredsstillere kravene til konkurranse og kunngjøring i anskaffelsesregelverket. Vi har i samarbeid med innkjøpsfaglig kompetanse vurdert ulike modeller, spesielt bruk av rammeavtaler og Dynamisk innkjøpsordning (DPS), etter forskrift om offentlige anskaffelser §§ 26-4 til 26-7.

Utredningsarbeidet konkluderer så langt med at rammeavtaler fremstår som uhensiktsmessige, og at det er en del uavklarte spørsmål knyttet til en felles innkjøpsordning som må vurderes nærmere i den videre konkretiseringen av markeds plassen.

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 og bilaterale samarbeid, men som fort blir svært kompleks og krevende 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 målbilde der informasjon kan deles internt i en kommune og på tvers av alle 291 kommuner i prosjektets omfang og også med relevante berørte helseforetak, vil det enten forde et tilsvarende enkeltvedtak, eller eventuelt endringer i det juridiske rammeverket. Utfordringene knyttet til dette er beskrevet videre i vedlegg 4 og det er verdt å presisere at det uansett er utfordringer som vil ligge et stykke frem i tid.

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.

³¹ 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.

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

Vedtekter for Felles Kommunal Journal Interim AS 11.10.2021 § 4 – Realisering av formål	<p>Selskapet skal utøve sin virksomhet på en måte som realiserer følgende formål:</p> <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 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 • 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
--	---

	<p>beslutningsgrunnlaget gir en positiv anbefaling om å videreføre arbeidet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • I samarbeid med KS gjennomføre forankringsprosesser for FKJ mot alle interessenter, herunder også kommuner, fag- og interesseorganisasjoner og leverandørmarkedet.
--	---

Tabell 12: 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 kommende 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. 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 e-helse nasjonalt og kommunalt	<ul style="list-style-type: none"> • Digitaliseringsstrategien Én digital offentlig sektor • 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, Helsenorge og KS Digitale Fellestjenester sine strategier og planer
--	---

Tabell 13: Strategi og plan 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, og i tillegg vil det være grensesnitt, avhengigheter og/eller synergier mellom blant annet følgende program, prosjekter og interessenter:

Nasjonal e-helseportefølje	<p>Program kodeverk og terminologi - Fellesspråk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standardisert og samstemt bruk av terminologi og kodeverk for bedre semantisk samhandling mellom aktørene i sektoren <p>PDS: Program digital samhandling:</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"> ○ TAG – Tillits tjenester, API og grunndata ○ Pasientens prøvesvar - nasjonal tjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar
-----------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kjernejournal og dokumentdeling i kjernejournal <p>PLL: Program pasientens legemiddelliste</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legger til rette for at informasjon om legemidler kan deles mellom ulike pasientjournalssystemer slik at rekvirenter 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 14: Sentrale avhengigheter for prosjektet

Listene over rammebetingelser og avhengigheter er ikke uttømmende.

6. GJENNOMFØRING

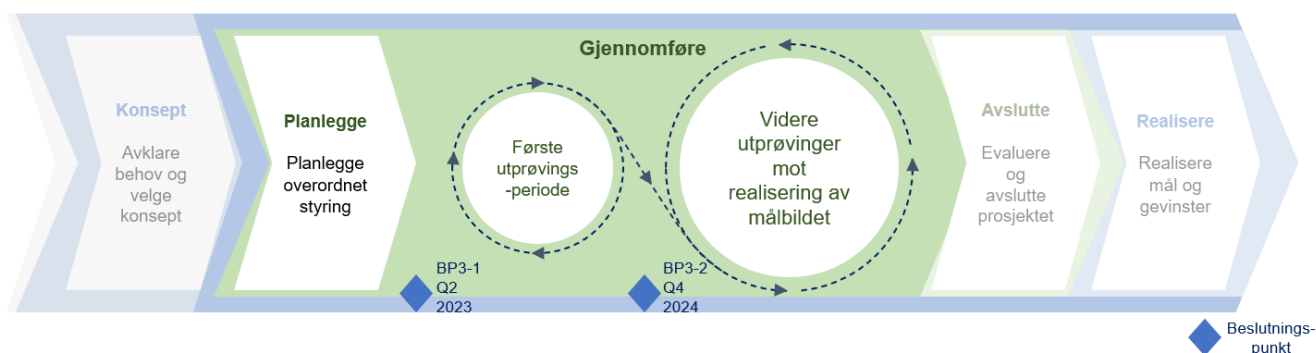
I dette kapitlet beskrives overordnet strategi for gjennomføring, for deretter å beskrive de to periodene i gjennomføringsfasen. Som tidligere beskrevet er det ikke noen grunnleggende skiller på de to periodene, men vi har sett det som hensiktsmessig med en milepæl underveis. Bakgrunnen er dels et behov 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 relativt detaljert beskrivelse med fokus på noen foreslåtte utprøvinger. Utprøvingene i den første perioden beskrives med gjennomføringsmodell, plan for konkrete utprøvinger, skalering og utbredelse³², 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.

For den andre perioden er beskrivelsen mer overordnet, men med fokus på videre arbeid med realisering av målbildet etter de første utprøvingene, samt forslag til arbeidsprosess.

6.1. Prosjektgjennomføring - overordnet

Styringsdokumentet er utarbeidet med bakgrunn i Prosjektveiviseren³³, og fasene er inndelt som følger:



Figur 7: Prosjektveiviseren – faseplan

Dette styringsdokumentet har blitt utarbeidet i planleggingsfasen, som kulminerer i beslutningspunkt – BP3-1³⁴, *Beslutte overgang til gjennomføringsfasene*. Der vil styret i FKJI AS ta stilling til om styringsdokumentet gir tilstrekkelig grunnlag for å anbefale oppstart av gjennomføringsfasen. Deretter er målet at styringsdokumentasjonen forankres gjennom prosesser i kommunene utenfor Midt-Norge og vedtak i kommunesektorens formelle organ, regionalt og nasjonalt.

Gjennomføringsfasen planlegges i to perioder, hvor første periode, utprøving, har planlagt oppstart i andre halvår 2023, med varighet ut 2024. Den påfølgende gjennomføringsperioden, er planlagt startet opp første halvår 2025. Planen for den andre perioden, vil bli utarbeidet gjennom 2023 og 2024, og oppdateres på bakgrunn av relevant erfaring fra utprøvinger. Den vil bestå av et oppdatert

³² Med skalering og utbredelse mener vi tilgjengeliggjøring av allerede etablert løsning til nye kommuner.

³³ [Prosjektveiviseren | Digitaliseringsdirektoratet](#)

³⁴ [Prosjektveiviseren - Beslutte overgang til gjennomføringsfasene | Digitaliseringsdirektoratet](#)

styringsdokument, inkludert organisering, omfang, finansiering, strategier og planer beskrevet på et nivå som gjør at eieren kan ta stilling til om prosjektet skal fortsette.

I gjennomføringsfasen skal prosjektet gjennomføre planene og realisere strategiene som beskrives i dette styringsdokumentet. Hver utprøving representerer et isolert prosjekt, men legger samtidig i sum grunnlag for det som kommer etter, både hva gjelder nye utprøvinger og eventuelle etterfølgende perioder som skal bidra til å realisere målbildet. Mot slutten av hver utprøving og periode skal prosjektet sikre at prosjekteier får tilstrekkelig informasjon til å kunne evaluere arbeidet og resultatene. I tillegg skal det være et nytt beslutningspunkt (BP3-2) der prosjekteier tar stilling til om resultatene fra den første perioden, 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 slutt punkt, men hvor evaluering og realisering av gevinster, både konkret for det enkelte prosjekt og i forhold til et endelig mål bilde, foregår kontinuerlig underveis i arbeidet. Dette vil ligge til grunn i alt arbeidet som gjennomføres stegvis i begge perioder.

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

6.1.1. Håndtering av risiko i prosjektet

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

Styring av usikkerhet skal inngå i den regelmessige styringen av prosjektet på alle nivåer:

- Regelmessig planlegging og tilbakeblikk i teamene
- Oppfølging av leverandører
- Regelmessig håndtering av usikkerhet i ledelse av prosjektet
- Regelmessig oppfølging av usikkerhet i styringsgruppen

Risiko er forhold eller hendelser som kan inntreffe og påvirke oppnåelse av målsettinger for prosjektet. En risiko kan både være en trussel (negativ innvirkning) og en mulighet (positiv innvirkning).

Det overordnede målet for risikostyring i utprøvsperioden vil være å:

- Proaktivt (og så tidlig som mulig) forstå og adressere risikoer som interessenter identifiserer for programmets langsiktige samfunns mål
- 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 15: 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 16: Risiko konsekvens

6.2. Utprøvsperioden – overordnede rammer

I dette delkapitlet beskriver vi hvordan utprøvsaktiviteter i 2023 og 2024 kan benyttes i en stegvis gjennomføringsstrategi.

Basert på behovsbeskrivelsene i det tidligere Akson-prosjektet, samt innspill fra involvert helsepersonell, har prosjektet utarbeidet et sett med avgrensninger og rammer for utviklingen av konseptet. Disse rammene er etablert i tråd med Stortingets bestilling gjennom siste to års statsbudsjett (2021 og 2022).

En sentral forutsetning er at vi skal basere oss på en stegvis utvikling og en gradvis innføring. Det innebærer at vi så langt det er mulig skal utvikle løsninger i små, kontrollerte og reversible steg med relativt lav kostnad og tilsvarende risiko, og som skal gi konkret nytte for brukerne. Tilsvarende betyr det at nye løsninger kan innføres gradvis i takt med den enkelte kommunens behov og forutsetninger.

Et annet punkt i rammebeskrivelsen, med betydning for gjennomføring, er forutsetningen om gjenbruk av eksisterende løsninger og tjenester. Dette gjelder spesielt relevante nasjonale løsninger og infrastruktur. Her er NHN i en særstilling ettersom de allerede leverer flere grunnleggende nasjonale e-helse-tjenester³⁵ som benyttes av kommunene. Tilsvarende legger vi til grunn gjenbruk av sluttbrukerløsninger så lenge det er mulig og/eller nødvendig av hensyn til leverandørenes produktutvikling og kommunenes behov.

Samordning på tvers av kommuner, spesielt rundt behovet for tilpasninger og videreutvikling av sluttbrukerløsninger er stort. I dag er det i stor grad overlatt til dialog og samarbeid direkte mellom den enkelte kommune og dens leverandør. Gjennom markedsplassen har prosjektet beskrevet et konsept som kan bidra til økt samordning, bedre koordinering og økt innovasjonskraft i fellesskapet mellom leverandører og kommuner. Prosjektets rolle vil være tilretteleggende og bidra til koordinering og samordning av ulike initiativ på tvers av kommuner og leverandører, samt felles prioritering i samarbeid med KS, som allerede er gitt rollen med å ivareta dette. Etablering av en felles informasjonsskilde (det vi har kalt plattform) for deling av informasjon mellom ulike sluttbrukerløsninger er et viktig element for å bedre koordinering og videreutvikling av løsninger på tvers av kommuner og leverandører.

6.2.1. Anbefalt gjennomføringsmodell for utprøving

Hvert utprøvsprosjekt får en definert tidsperiode og en tydelig definert kostnadsramme. Det skal bidra til å skape forutsigbarhet, samt sikre riktig nivå, omfang og styring. Dette har vi definert som utprøvsperiodens ytre ramme. Den ytre ramme per utprøvsprosjekt er foreslått satt til 12 måneder, og 25 millioner kroner ($\pm 50\%$, varierende med omfang og kompleksitet). Ettersom utprøvsprosjektene

Avgrensninger

- Ivareta kommunenes behov for journalløsninger
- Bidra til sømløse arbeidsflater for helsepersonellet
- Utvikles og tilrettelegges for digital samhandling
- Understøtte helhetlige og gjennomgående arbeidsprosesser
- Gi kommunene reell valgfrihet
- Ivareta personvern og informasjonssikkerhet i løsningsdesign
- Gi innbygger en aktiv rolle i egen oppfølging og behandling
- Sikre leverandørene gode konkurransevilkår i et levende e-helsemarked

Rammer

- Realiseres gjennom en åpen plattformtilnærming
- Baseres på et tydelig skille mellom informasjon og funksjonalitet
- Realiseres stegvis og innføres gradvis
- Gjenbruke felles nasjonale løsninger
- Inngå i et økosystem av løsninger, leverandører og alle typer brukere

³⁵ Tjenester som helsenettet, kjernejournal, e-resept, helsenorge.no samt tilgang til fysisk infrastruktur mv.

i all hovedsak må finansieres av deltagerne, vil dette bidra til å skape et realistisk bilde av hva man kan forventes å bidra med og hvor lenge.

Hvert utprøvningsprosjekt deles opp i tre faser:

- Forberedelser og innsikt
- Utvikling og utprøving
- Evaluering og videreføring

Forberedelser og innsikt

Første fase er på maksimalt tre måneder. Hensikten er å konkretisere og forankre ett tydelig og felles mål hos de ulike prosjektdeltagerne. Intensjonen er å sikre optimale forutsetninger for å lykkes med prosjektet, og realisere forventet nytte. Det viktigste bør være å sikre tid til reelle utprøvinger og tilbakemeldinger. Brukerbehovene må være den sentrale, drivende kraften i utprøvningsperioden. Brukerbehovene må ivaretas gjennom en prosess der kommunene med sine helsefagmiljø definerer hva man skal oppnå i et bruker- og tjenesteperspektiv. Prosjektet må sørge for å gi tilstrekkelig tid og rom for å jobbe med innsikt i behov, og se på utvikling av arbeidsprosesser i et bruker- og tjenesteperspektiv. En kartlegging av det opplevde behovet hos sluttbrukerne, og hvilke de er, bør dokumenteres, slik at dette i evalueringsfasen kan danne et utgangspunkt for en brukerundersøkelse.

Utvikling og utprøving

Det er satt av inntil åtte måneder til denne fasen. Basert på behov, konkret innretning og forventede mål må prosjektet bemannes med egnet personell fra de ulike deltagerne. Det forutsettes deltagelse fra (minst én) kommune og leverandør, NHN og gjennomføringsprosjektet. Det er sentralt å teste løsninger som utvikles i «virkelig drift» for å avdekke eventuelle problem/utfordringer og forutsetninger for videre skalering og utbredelse så tidlig som mulig. Det anbefales å gjennomføre fortløpende evaluering og tilbakemelding annenhver uke.

Evaluering og videreføring

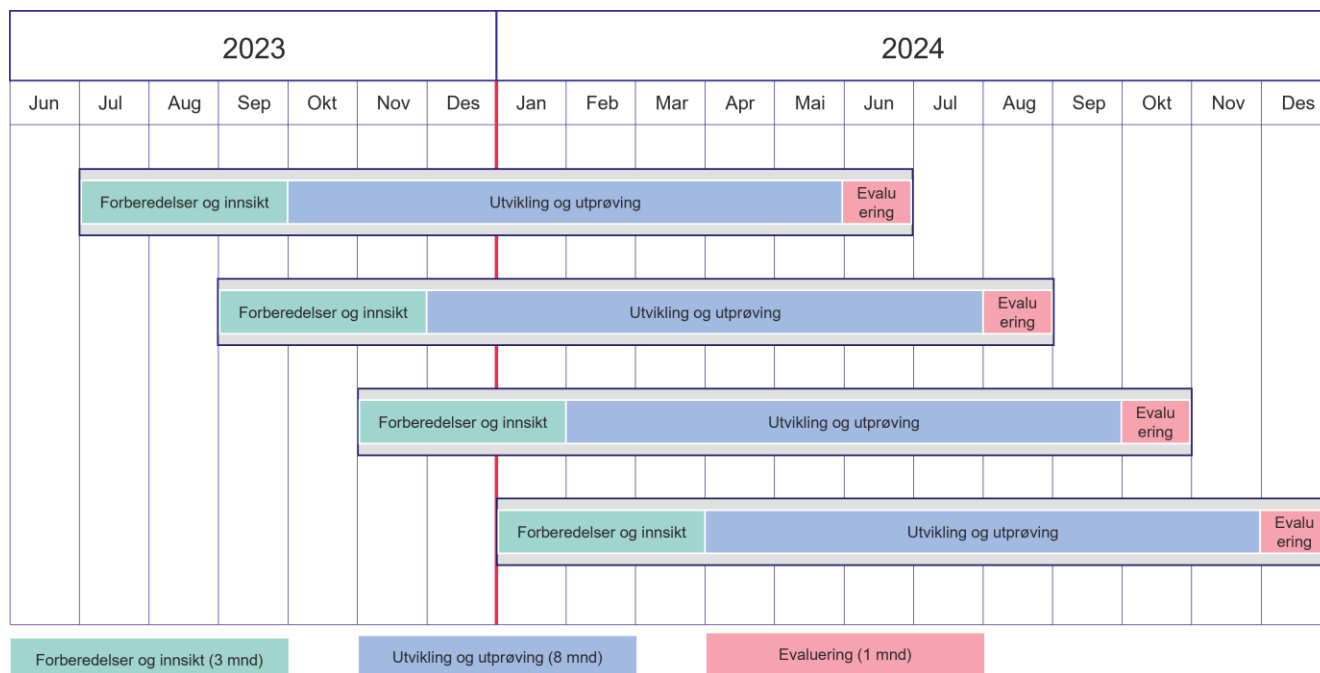
For den siste fasen i utprøvningsprosjektet er det satt av inntil én måned til evaluering av prosjektet og eventuell anbefaling om videreføring. Det legges også opp til en løpende tilbakemelding fra brukere underveis. Hvis tilbakemeldingene viser at det ikke er mulig å realisere forventede effekter, bør en eventuell terminering vurderes og gjennomføres på et så tidlig tidspunkt som mulig og ikke avvente evalueringsfasen. Underveis-tilbakemeldinger vil også oppsummeres.

I siste fase gjøres en grundig evaluering av oppnådd resultat. Gitt at denne viser at tiltaket vil realisere forventede effekter, kan prosjektet klargjøres for videre skalering og utbredelse der det er mulig og naturlig å spre til andre kommuner. I de tilfeller hvor forventede effekter ikke lar seg realisere, er også evaluering viktig. Hva som hindret måloppnåelsen og eventuelt bristende forutsetninger, må beskrives tydelig. Evalueringsfasen bør inkludere en brukerundersøkelse som ser på opplevd nytte opp mot kartlagt brukerbehov (fra forberedelse- og innsiktsfasene) og definerte indikatorer³⁶.

Utfallet av evalueringen skal være en anbefaling på videreføring og dermed tilgjengeliggjøring, skalering og spredning til andre kommuner og brukere, eller en anbefaling på avvikling. Da må kommunen utvikle løsninger og tjenester og løsninger tilbakeføres til opprinnelig arbeidsmetodikk.

³⁶ Se kapittel 2.

6.2.2. Plan for utprøvinger



Figur 8: Tidsplan for gjennomføring av utprøvinger i 2023-2024

Utprøvingene baseres på gjenbruk av løsningsmønstre og teknologi (felles nasjonal programvareinfrastruktur) fra NHN. Konkret legges det opp til å benytte løsningsmønsteret fra «Pasientens prøvesvar» (tidligere NILAR). Hver deltagende kommune etablerer en plattform (informasjonskilde) basert på løsningsmønsteret som benyttes som utgangspunkt for utvikling og utprøving av informasjonsdeling. Denne plattformen muliggjør informasjonsutveksling og -lagring internt per kommune.

Ved å benytte samme løsningsmønster i flere separate plattformer, vil det legges til rette for skalering og utbredelse av tjenestene og løsningene som utvikles, fordi plattformene er like på tvers av kommunene. Hver kommunal plattform deler det samme løsningsmønsteret, men uten å kopiere eller dele data og informasjon.

I den grad det er hensiktsmessig kan også andre løsningsmønstre vurderes. Her tenker vi eksempelvis på bruk av løsninger som «Velferdsteknologisk knutepunkt»³⁷ (VKP) og FIKS-plattformen som leveres av KS Digitale Fellestjenester. Det bør være hensiktsmessighet, og i størst mulig grad gjenbruk av samme løsning, som legges til grunn ved endelig valg av løsninger.

Basert på en vurdering av kapasitet i prosjektet og for øvrig blant deltagende parter, legger vi opp til inntil fire utprøvinger i perioden fra juli 2023 til ut 2024. Gitt utvidelse av kapasitet, kan planen potensielt utvides med flere utprøvinger. Ved redusert kapasitet vil det være nødvendig å redusere ambisjoner og antall. En femte utprøving kan, gitt kapasitet og interesse, starte opp i februar 2024 basert på samme modell. Deretter kunne det teoretisk sett startet en ny konkret utprøving annenhver måned, men det er liten sannsynlighet eller realisme i en så ambisiøs tilnærming. Det vil til syvende

³⁷ [Velferdsteknologisk knutepunkt \(VKP\) er en tjeneste som håndterer dataflyt mellom velferdsteknologiske løsninger og andre e-helsesystemer, for eksempel elektroniske pasientjournaler | Direktoratet for e-helse](#)

og sist være begrensninger på hvor mange utprøvinger som kan pågå i parallell ettersom det også vil kreve ressurser fra næringsliv og NHH, i tillegg til fra kommunene og prosjektet.

De kommunale plattformene vil kunne motta informasjon, lagre den på egnet format, og tilgjengeliggjøre informasjonen 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 løsningsmønster. 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 løsningsmønster. I tillegg er det viktig at utprøvingene skjer i samarbeid med leverandørene av journalløsninger slik at de kan tilpasse og ta i bruk tjenestene. Dette vil også muliggjøre skalering og utbredelse av vellykkede utprøvinger til andre av leverandørenes kunder. Så langt som mulig bør tjenestene utvikles slik at leverandørene unngår skreddersømtilpasning i den enkelte kommune. 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. 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 det 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 fra en felles informasjonsplattform i den enkelte kommunen, gjennom oppslag. 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.

Det må avklares nærmere hvor store endringer som er nødvendige i de enkelte sluttbrukerløsningene. Spesielt viktig er det å avklare hvor omfattende utvikling³⁸ som må til for at de aktuelle sluttbrukerløsningene kan sende informasjon via en kommunal plattform, og ikke utelukkende direkte til mottager som i dag. For å sikre skalering og utbredelse må informasjonsflyten for en enkelt kommune eller et tjenesteområde tilpasses til den enkelte utprøvingen, og ikke forutsette endringer på nasjonalt nivå. Avgrensninger og ansvarsdeling mellom ulike nasjonale samhandlingsløsninger må avklares for den enkelte utprøvingen.

Ved å bruke flere mindre utprøvinger som gjennomføringsstrategi, er det mulig å begrense omfang, risiko og kostnader. Dette gir også større rom for justeringer og økt fleksibilitet underveis i gjennomføringen. Verdi- og nyttebetraktninger av utprøvingene er viktige faktorer for om løsningen skal gjøres tilgjengelig for øvrige kommuner.

Prosjektet vil tilrettelegge for og koordinere de ulike utprøvingene og de deltagende partene. Prosjektet er også en kilde til deling av erfaringer, justeringer og etablering av beste praksis for utprøvinger og læring, både for videre utprøvinger og for skalering og utbredelse.

Ytre ramme for hver enkelt utprøving er estimert til maksimalt 12 måneder og 25 millioner kroner (\pm 50 % varierende med omfang og kompleksitet). Dette skal gi forutsigbarhet og vil sikre at den enkelte

³⁸ Eksempelvis må det innledningsvis vurderes om det må utvikles eller tilpasses nye e-meldinger for disse formålene.

utprøvingen får et egnet omfang. Det gir også de involverte bidragsyterne konkrete og like forutsetninger, slik at en enkelt utprøving ikke legger beslag på en for stor andel av de totale ressursene. Samtidig er hver utprøving unik, så kostnader og omfang vil variere. Det vil være nødvendig å definere kostnadsrammer og avklare nærmere fordeling og involvering mellom partene innenfor de ytre rammene. Hver utprøving må ha en troverdig plan, et realistisk budsjett og omforente forventninger til nytte- og læringseffekt.

Videre utprøvinger utover de fire som er beskrevet kan følge samme tilnærming og metodikk, som er utdypet i vedlegg 6. Tilnærmingen bør evalueres og justeres fortløpende basert på tilbakemeldinger og erfaringer fra de foregående utprøvingene.

Verdi- og nyttebetraktninger av utprøvingene er avgjørende for videre skalering og utbredelse. Innføring og bruk vil være opp til den enkelte kommunen i samspill med deres leverandør. Realisering av nytte vil avhenge av leverandørens evne til å tilpasse sluttbrukerløsningene slik at de nyttiggjør det som utvikles. NHN har også en sentral rolle i å etablere den enkelte kommunes plattform og oppkobling mot kommunens sluttbrukerløsninger.

I en videre skalering og utbredelse, kan prosjektet ha rollen som koordinator og tilrettelegger mellom NHN, kommunene og næringslivet. Dette kan gjøres i samarbeid med KS gitt deres nasjonale rolle på digitaliseringsområdet, samt kommunesektorens nettverk for utbredelse på e-helseområdet i samarbeid med regionale digitaliseringsnettverk. Det må etableres avtaler mellom de ulike deltagerne i utprøvingen. En fremtidig realisering av markedsplassen, som beskrevet i vedlegg 3, vil kunne bidra til å forenkle arbeidet med avtaler og anskaffelser. Gjennom innovasjons- og erfaringsarenaen, og aktivt innkjøpssamarbeid vil markedsplassen kunne styrke helhetlig og koordinert aktivitet og frita aktørene for unødig prosessarbeid.

Forberedelser til innføring krever innsats fra flere aktører, spesielt deltagende kommune(r) og løsningsleverandør(er). God innsikt i lokale forhold i den enkelte kommunen er avgjørende for å kunne avdekke eventuelle spesielle utfordringer. Forberedelsene vil variere fra kommune til kommune, avhengig av hvilket tjenesteområde som skal innføre nye løsninger. Det må forventes endringsarbeid på interne systemer og strukturer, samt tilpasning i arbeidsform. For hver tjeneste som utvikles og anbefales videreført, skal det utarbeides en beskrivelse av hva som forventes før videre innføring.

Samordning og prioritering av ulike innførings- og utprøvingstiltak blir svært viktig. Kapasitetsbegrensninger hos enkeltaktører vil fort kunne representere flaskehals i gjennomføring av tiltakene. Prosjektet, gitt rollen som koordinator, vil kunne avdekke dette i samarbeid med berørte aktører.

En optimal innføring og utbredelse skjer ikke øyeblikkelig, men stegvis og gradvis. Dette skaper rom for justeringer, erfaringsutveksling, forbedringer, bedre kapasitetsutnyttelse over tid og i siste instans også muligheten til å reversere feil valg. Det vil derfor være naturlig å etablere kø og planer for videre utprøvinger og innføring basert på tydelige og transparente kriterier for prioritering. Der det vil kreve vesentlig omstilling av kommunen/tjenesten, må det være gjennomført før oppstart for å redusere risiko for forsinkelser, kostnadsøkninger eller andre problemer.

6.2.3. Styring og oppfølging av utprøvingene

Koordinering og styring av utprøvingene i perioden 2023 og 2024 er en oppgave som må håndteres i en sentralisert modell. Prosjektet vil kunne ivareta denne oppgaven overfor utprøvingene i sin helhet, og for hver enkelt utprøving. Utprøvingene foreslås organisert etter modell av programkontor i regi av prosjektet, ledet av en utprøvingsansvarlig. Hovedansvaret for den enkelte utprøvingen tillegges gjeldende kommune (vertskommune), men med nødvendig bistand fra prosjektet der det er hensiktsmessig. Dette beskrives nærmere i kapittel 7.

Den enkelte utprøving vil være et samarbeid mellom kommunale, statlige og næringslivs-aktører. En felles styring og koordinering av utprøvingen ivaretar forutsigbarhet og gode rammer for de involverte aktørene. Videre utbredelse og innføring fordrer også koordinering, spesielt når det skjer i parallell med utprøvingsaktiviteter. Felles tilrettelegging og koordinering fra prosjektet vil bidra til å skape et helhetlig bilde av aktivitetene og et felles perspektiv på effektivitet, risiko, omfang og kompleksitet.

Prosjektet har ikke mandat eller myndighet til å foreta beslutninger på vegne av de involverte aktørene, hverken samlet eller hver for seg. Hver aktør må foreta selvstendige beslutninger, men prosjektet kan bistå med å koordinere slike prosesser på vegne av samarbeidet og, i samarbeid med KS, sørge for at disse forankres i sektoren.

6.3. Videre utprøvinger

Prosjektet legger til grunn at målbildet for informasjonsplattformen realiseres gjennom stegvis utvikling av støtte for informasjon- og samhandlingsbehov gjennom mindre utprøvinger. I kapittel 2.3.2 er de ulike resultatmålene for det videre arbeidet med realisering av målbildet.

Det endelige målbildet for prosjektet er at relevant pasientinformasjon skal være tilgjengelig for helsepersonell, innbyggere og andre aktører med legitime behov, der og når behovet oppstår og uavhengig av kilde. Gjeldende juridisk forutsetninger (nærmere beskrevet i vedlegg 4) hindrer ikke en slik løsning, men det vil rent praktisk være tilnærmet umulig å realisere. For Helseplattformens del, hvor informasjon deles på tvers av alle deltagende kommuner, helseforetak og andre helseaktører i regionen, endte man med at departementet skrev et enkeltvedtak som ga de nødvendige rettigheter og som Stortinget godkjente våren 2022. Det kan være en aktuell tilnærming også for kommunene og helseforetakene utenfor helseregion Midt-Norge. Alternativt bør spørsmålet om tilpasninger i gjeldende regelverk reises overfor Helse- og omsorgsdepartementet.

Regelverket må også legge til rette for lagring av informasjon i lengre tidsperioder enn det de nasjonale samhandlingsløsningene tillates i dag. Norske kommuner er forpliktet³⁹ til å oppbevare innbyggers helseopplysninger så lenge det ikke antas å bli bruk for dem og minimum ti år etter en pasients død

I EU-systemet jobbes det nå med en forordning for et felles europeisk område for helsedata (European Health Data Space⁴⁰ (EHDS)). Tanken er at denne forordningen skal gjelde fra 2025. Forordningen legger tydelige føringer for deling og sammenstilling av helseopplysninger på tvers av aktører og land. Som alle EU-forordninger vil denne også måtte implementeres som norsk lov, men hvordan den konkret vil virke vet vi foreløpig ikke.

En videreføring av utprøvinger som beskrevet i delkapitlet over, vil bedre samhandling og informasjonsutveksling internt i en gitt kommune. Det vil også kunne forenkle deling av informasjon mellom ulike behandlere og tjenestenivå i kommunen. Det legger også til rette for utveksling av informasjon mellom ulike foretak (kommuner og helseforetak). Det er foreløpig ikke gitt at en videreføring av utprøvinger vil kunne realisere det endelige målbildet om en felles informasjonskilde som lagrer, sammenstiller og tilrettelegger for informasjonsdeling. Det er avgjørende at plattformen etableres så den har tilstrekkelig teknologisk fleksibilitet til å håndtere tilpasninger og tilstrekkelig forutsigbarhet for å kunne danne et solid grunnlag for varig informasjonsutveksling.

³⁹ Dette følger av pasientjournallovens §25 og helsearkivforskriftens §17. Dette er også beskrevet i bilag 5.1.

⁴⁰ European Health Data Space er en forordning for deling av helseopplysninger på tvers av EU-land. Forslaget til forordning.

6.3.1. Anbefalte gjennomføringsmodeller

Som utgangspunkt legges de samme forutsetninger, rammer og styringsmodeller som er beskrevet for første periode til grunn også for denne perioden. Der erfaring fra utprøvningsprosjekt, markeds- og teknologiutvikling eller andre forhold gir grunnlag for det vil prosjektet tilpasse rammene til dette. En ny og vesentlig oppgave i denne fasen er forvaltning av etablerte løsninger. Utviklingsarbeidet starter i første periode av gjennomføringsfasen, men vil ikke ha noen definert sluttdato før en eventuelt «end-of-life» situasjon.

Når plattformen inneholder informasjonselementer som omfatter hele primærhelsetjenesten, vil målbildet i realiteten være realisert. Det må likevel forventes videreutvikling av både informasjonsmodellen og tjenesteområdene, og ikke minst brukergrensesnittene (sluttbrukerløsningene). En slik utviklingen må skje i tett dialog med leverandørmarkedet. Et tett samarbeid med nasjonale myndigheter rundt bruk og implementering av ulike standarder vil bli viktig for å sikre interoperabilitet, spesielt der nåværende standarder ikke er tilstrekkelig dekkende for fremtidige behov. Markedsplassen legger til rette for at aktørene i økosystemet kan samhandle og samarbeide om denne utviklingen.

Journalløsninger vil fortsatt kunne lagre lokalt og benytte ulike informasjonskilder direkte for å presentere gode arbeidsflater til helsepersonell. Plattformen etableres som en kilde til informasjon, ikke som en erstatning for lokal lagring i helsepersonellens systemer.

Det er for tidlig å si sikkert om utprøvningsprosjekter alene er tilstrekkelig til å realisere det endelige målbildet, men det vil bevege oss i retning av målbildet og gi viktig læring om hva som eventuelt mangler.

6.3.2. Forutsetninger

For å realisere målbildet, er det mest hensiktsmessig at det etableres en konsolidert logisk informasjonskilde⁴¹ for kommunene utenfor helseregion Midt-Norge. Det er også i tråd med og en beskrevet forutsetning for å realisere målene omtalt i forarbeidet til pasientjournalloven. Der legges følgende til grunn:

«Utviklingen mot en løsning som oppfyller målene i Én innbygger – én journal skal realiseres gjennom flere parallelle spor: felles journalløsning i Midt-Norge, mer samordnet utvikling av pasientjournalløsningene i de tre øvrige regionale helseforetakene og felles journalløsning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten utenfor helseregion Midt-Norge»

(Fra Prop. 91 L (2021-2022) Endringer i pasientjournalloven - 08.04.2022) (Vår utheving)

Den underliggende teknologien til en konsolidert kilde kan baseres på gjenbruk av eksisterende løsninger⁴², utvikles, anskaffes i markedet eller realiseres i en kombinasjon av disse tilnærmingene. Store nasjonale teknologiprojekter som baseres på utvikling fra bunnen av bør kun vurderes dersom det verken er mulig å gjenbruke eksisterende eller lignende løsninger, eller eksisterer tilsvarende produkter tilgjengelig i markedet.

Våren 2022 gjennomførte prosjektet en markedsundersøkelse som viste at det allerede eksisterer relevante teknologier som benyttes i flere plattformsløsninger og -produkter i andre lands

⁴¹ Dette kan være en løsning som sammenstiller informasjon fra de ulike kommunale plattformene, eller en løsning som er en felles plattform for kommunene.

⁴² Med eksisterende løsninger mener vi eksempelvis «Pasientens prøvesvar», Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) og FIKS-plattformen

helsesektorer. Resultater er mer utfyllende beskrevet i bilag 6.3 (unntatt offentlighet). Vi er også kjent med pågående initiativ i det norske leverandørmarkedet i retning av mer åpne plattformer. I sum gjør dette at det er grunn til en betinget optimisme i forhold til fremtidige muligheter.

Funksjonalitet for lagring, kilder, konvertering og tjenester utvikles i sammenheng. Evne til å lagre relevante opplysninger for et aktuelt tjenesteområde eller brukerreise er helt sentralt. For å sikre en helhetlig tilnærming bør utprøving og utviklingsarbeid ta utgangspunkt i behovene i en spesifikk brukerreise. Vi legger for øvrig til grunn at fremtidige løsninger normalt sett er skybasert. Prosjektet legger til grunn at lagring – også skybasert – skjer fysisk plassert i Norge.

Tilgang til informasjon og kommunikasjon med plattformen går via et kommunikasjonslag som alle sluttbrukerløsninger benytter. Innbygger er tenkt å gis innsyn i, og kontroll med, bruken av opplysningene via helsenorge.no og eventuelt kommunens egne portaler/applikasjoner.

Det er for tidlig å konkludere med hvilken plattformteknologi eller løsning som vil tilby tilstrekkelig fleksibilitet og et forutsigbart grunnlag for ønsket informasjonsutveksling. Resultatene og erfaringene fra utprøvningsprosjektene vil bidra til å berike og tydeliggjøre et slikt grunnlag.

Etablering, utvikling, konfigurasjon, drift og vedlikehold av en felles nasjonal informasjonskilde fordrer en organisasjon med betydelig og erfaringsbasert kompetanse og kapasitet fra lignende oppgaver, i tillegg til teknologisk kompetanse på selve plattformteknologien. Spesifikk domenekompetanse om primærhelsetjenesten og deres behov, kunnskap om øvrige løsninger, både lokale og nasjonale, og generelt om helsesektoren er en fordel, men ingen forutsetning, for å kunne ivareta oppgavene. Det vil likevel være særdeles relevant for arbeidet med utprøvinger. Styrings- og samhandlingsmodeller er nærmere beskrevet i kapittel 7.

I kapittel 3.2 beskrives viktigheten og nytten av tillitsmodell og tillitsanker i et økosystem. Plattformer er kjernen i digitale økosystem, og 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 relatert til øvrige aktører. Det innebærer bl.a. at man ikke inntar noen konkurrerende rolle overfor øvrige aktører. Erfaring med utvikling og forvaltning av fellesløsninger, nasjonale komponenter eller plattformer ansees derimot som, ikke bare uproblematisk, men faktisk en fordel.

Forvalter av økosystem og plattform vil ha en bred og omfattende kontaktflate mot leverandører av sluttbrukerløsninger og berørte kommuner. Basert på dette er det naturlig å legge til grunn at en nasjonal plattform bør utvikles og forvaltes av en nasjonal aktør med sammenfallende ansvarsområder. NHN er en av svært få slike aktører på nasjonalt nivå. Digitale fellestjenester (DIF) er et mulig alternativ på kommunalt nivå og prosjektet skal i samarbeid med DIF se på hvilke roller de kan spille i et fremtidig økosystem.

Forvaltning, drift, vedlikehold og videreutvikling (FDVU) av løsningene må håndteres i hele gjennomføringsfasen. I tråd med prosjektets rammer er det kun inkludert i beskrivelsen av den første perioden, ut 2024. En beslutning om videreføring av utprøvinger etter 2024 må inkludere en tydelig beskrivelse av et FDVU-regime for hele økosystemet.

7. STYRING OG ORGANISERING

Store digitaliseringsprosjekt er krevende og spesielt i et så komplekst og foranderlig landskap som helse- og omsorgssektoren. Realisering av prosjektets mål forutsetter derfor en organisasjon med tilstrekkelig kapasitet, og nødvendige kapabiliteter 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 tidligere i dokumentet, er det ikke realistisk å realisere hele målbildet i første periode. I dette kapitlet begrenser vi beskrivelse av styringsmodellen til å gjennomføre den første perioden av gjennomføringsfasen. Det betyr at styringsmodellen som presenteres i dette kapitlet ikke nødvendigvis er den samme som vil gjelde for den neste perioden, og heller ikke i en påfølgende drifts- og forvaltningsfase.

Kapitlet er delt i flere deler, der prosjektets plass i den kommunale og statlige samstyringsmodellen vises, før det kort beskrives hvordan vi ser for oss prosjektet organisert under det planlagte selskapet KS digitale fellestjenester AS (DIF AS). Til slutt presenteres en prosjektorganisasjon, før prosjektets utredning knyttet til samarbeid med NHN beskrives. Beskrivelsen av prosjektstyring og -organisering er tenkt så generisk som mulig og uavhengig av konkret eierorganisasjon.

Avslutningsvis presenteres identifisert risiko for de to periodene i gjennomføringsfasen.

7.1. Kommunal og statlig samstyringsmodell

Sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren er et av fire strategiske grep som er trukket fram i Meld. St. 9 Én innbygger – én journal (2012-2013). Nasjonal rådsmodell for e-helse 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 styringsmodell består av Nasjonalt e-helseråd, NUIT (Prioriteringsutvalget) og NUFA (Fag- og arkitektur utvalget).

KS samler kommunesektoren i digitaliseringsarbeidet og fremmer deres interesser inn mot den nasjonale rådsmodellen, men ikke minst også i den formelle dialogen med politisk og administrativ ledelse i helse- og omsorgsdepartementet. Kommunesektorens behov defineres gjennom samstyringsorganer 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 samstyringsmodell var å styrke kommunesektorens samlede gjennomføringskraft, legge grunnlag for felles utviklingsarbeid og for en aktiv interessepolitikk med reell innflytelse. KS sitt mandat i digitaliseringsarbeidet ble gjennom endrede vedtekter for KS og Landsstyrevedtak i 2020 formalisert og styrket, ved å få en tydelig rolle i å sikre samordning og økt gjennomføringskraft i digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor⁴³:

⁴³ Landsstyrevedtaket 2020: Landstinget gir KS en tydelig rolle i arbeidet med digitalisering

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

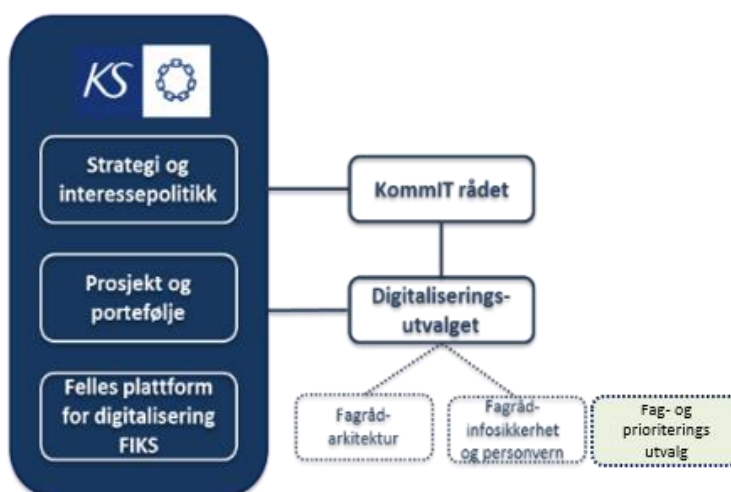
Regjeringen og KS har i tillegg gått sammen om en strategi for digitalisering av offentlig sektor med formål om at brukerne skal oppleve én digital offentlig sektor og som retningsgivende for arbeidet også på e-helseområdet. Strategien slår fast samstyringsprinsippene for samhandling mellom stat og kommunal 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 og eierskap og medinnflytelse til dette. Målet med styringsmodell for samordning av 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) og
- Fagråd for henholdsvis IKT-arkitektur og informasjonssikkerhet og personvern (fagekspertene)

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



Figur 7: Kommunal styringsmodell

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 styringsmodell for e-helse og relevante nasjonale programmer og prosjekter.

7.1.1. 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 som vil legge til rette for løpende innspill og forankring til nasjonale e-helse- og samhandlingsløsninger samt felles prioritering av nasjonale e-helsetiltak, og med samordning av innspill til den Nasjonale styringsmodellen for e-helse.

Prinsippene vil bidra til en enhetlig og gjenkjennbar samordnings- og samstyringsstruktur for kommunesektoren, som når helt ut til den enkelte kommune. 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 eHelseområdet) 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.

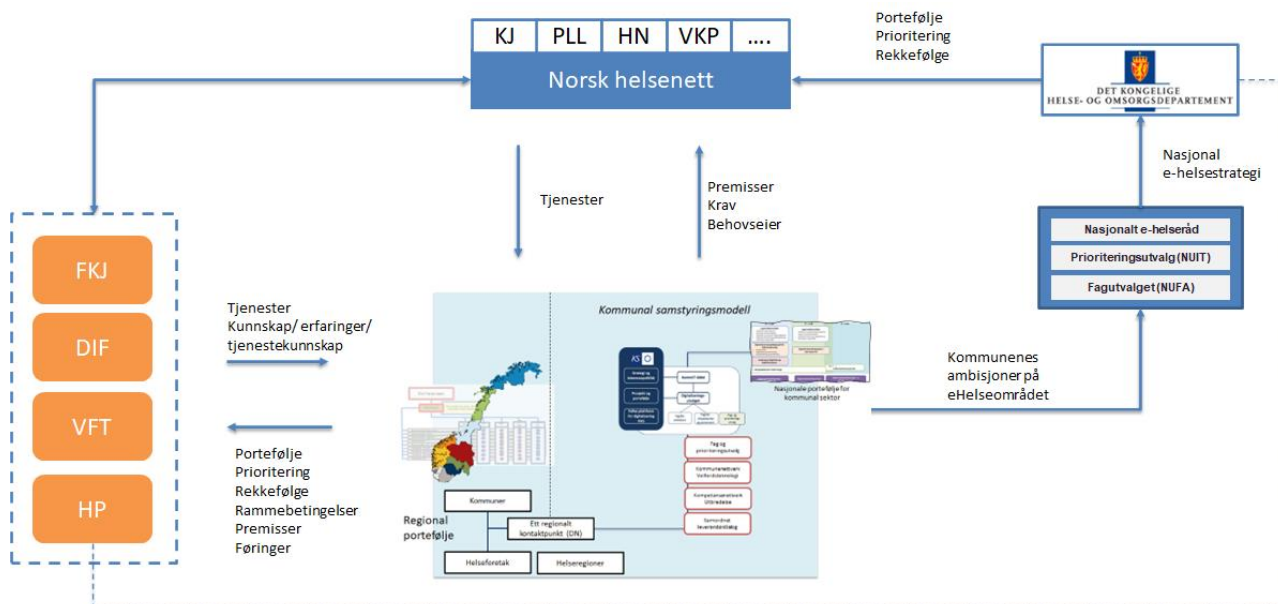
Hver region (i hovedsak fylkesvis inndelt) skal etablere og forvalte egen portefølje og plan på e-helseområdet, dette med utgangspunkt den nasjonale porteføljen supplert med egne regionvis tiltak. Den nasjonale porteføljen behandles i den kommunale samstyringsmodellen for digitalisering, og forutsettes å ta utgangspunkt i føringene gitt i Felles plan og rammeverk for kommunal sektor. Det er et mål at digitaliseringsnettverkene i hver kommuneregion (i samarbeid med nasjonalt kompetansenettverk 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.

7.1.2. Samstyringsmodellens relasjon til nasjonal rådsmodell for e-helse

Den nasjonale rådsmodellen er rådgivende ovenfor Direktoratet for e-helse i sin styringsdialog med Helse- og omsorgsdepartementet og 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 kommune er etter loven selvstendig retts- og pliktsubjekt med selvstyre innen de rammer Stortinget legger gjennom lov- og forskrift og økonomiske vilkår. og representantene har derfor ikke delegerede fullmakter ved deltakelse i den nasjonale rådsmodellen og kan ikke forplikte på vegne av sektor. Derfor er forankring og kommunikasjon vesentlig for å sikre kommunalt eierskap og posisjoner i forkant av behandling inn mot de ulike foraene.

7.1.3. Utøvelse av KS samstyringsmodell på e-helseområdet



Figur 9: KS samstyringsmodell på e-helseområdet

KS utarbeider årlig Nasjonal portefølje for kommunal sektor i tett samarbeid med medlemmene. Denne behandles og besluttes i den kommunale samstyringsmodellen, og setter en klar retning og prioritering for kommunal sektor 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 får oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet etter råd fra den nasjonale rådsmodell, samt premisser og krav som kommer fra kommunal samstyringsmodell. 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 fellesløsningene som Felles kommunal journal, Helseplattformen og KS Digitale fellestjenester forholder seg til den kommunale porteføljen med tilhørende prioriteringer, rekkefølge, rammebetingelser, premisser og føringer. Helseplattformen som ved å også være et system for RHF'ene i Midt-Norge, står i en særstilling, og forholder seg gjennom Helse-Midt 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 samstyringsmodellen.

7.1.4. Leverandørdialog

En felles og samordnet leverandørdialog er et sentralt virkemiddel for å sikre felles og god leverandøroppfølging. KS jobber i samarbeide med medlemmene med å etablere en samordnet leverandørdialog på et strategisk nivå. 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 aktørene som forvalter prosjekter for de digitale fellesløsninger som KS Digitale fellestjenester, Felles kommunal journal og Helseplattformen holder en mer operativ dialog med sine respektive leverandører.

7.1.5. Digitale fellesløsninger inn i samstyringsmodellen

For å lykkes med strategien i Én innbygger – én journal, er digitale fellesløsninger som de som forvaltes av KS digitale fellestjenester, etter hvert Felles kommunal journal og Helseplattformen avhengig av å samhandle via nasjonale e-helseløsninger. Det er allerede tatt i bruk flere nasjonale e-helseløsninger, 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 eventuelt tas videre til den nasjonale rådsmodellen.

7.2. Etablering av KS digitale fellestjenester AS

KS hovedstyre vedtok 19.mai 2022 å skille ut avdelingen Digitale fellestjenester i KS som et aksjeselskap. KS digitale fellestjenester AS (DIF AS) vil etter planen være etablert sommeren 2023.

Avdelingen leverer i dag rundt 15 tjenester til norske kommuner og fylkeskommuner, samt til kommunalt eide organisasjoner og statlige aktører. Alle kommuner og fylkeskommuner kjøper tjenester av DIF AS i dag. Nye produkter er under utvikling.

Selskapet vil være 100% eid av KS. Ettersom kommuner og fylkeskommuner ikke er med på eiersiden, vil det i tillegg til ordinære organer etter aksjeloven (generalforsamling, styre og daglig leder) etableres organer som sikrer medlemskontroll og -styring over sentrale prioriteringer i selskapet. Dette gjøres for å sikre ivaretagelse av kontrollkriteriet i anskaffelsesregelverket. Loven krever at offentlige rettssubjekter som anskaffer under unntaket om utvidet egenregi (at de ikke går ut i markedet og gjennomfører ordinære anskaffelsesprosesser, men snarere kjøper direkte fra en annen enhet) må kontrollere det rettssubjektet som man anskaffer fra. Å sikre medlemskontroll- og styring har, ut over juridiske hensyn, også en egenverdi.

Det vil derfor mest sannsynlig etableres et demokratisk valgt organ som sikrer at eierstyringen er representativ. KS sin etablerte samstyringsstruktur (KommIT-rådet, Digitaliseringsutvalget og andre tilhørende råd) vil benyttes i behovsstyringsprosessene for å skape medlemskontroll over de prioriteringer som gjøres for eksisterende og nye produktområder.

Strategisk avgrensning for avdelingen DIF er i dag innen følgende produktområder:

1. Overføre data
2. Tilgjengeliggjøre data
3. Innbyggertjenester
4. Fagsystemer (i begrenset grad)

Disse fire områdene ligger til grunn for etableringen av selskapet. Samtidig utelukkes ikke endringer i strategi for selskapet: «Utviklingen av DIF vil det være opp til kommunal sektor å vurdere, som del av

fremtidige eierstyringsprosesser.» (Konseptutredning. Fremtidig organisering av KS digitale fellestjenester, s18-21).

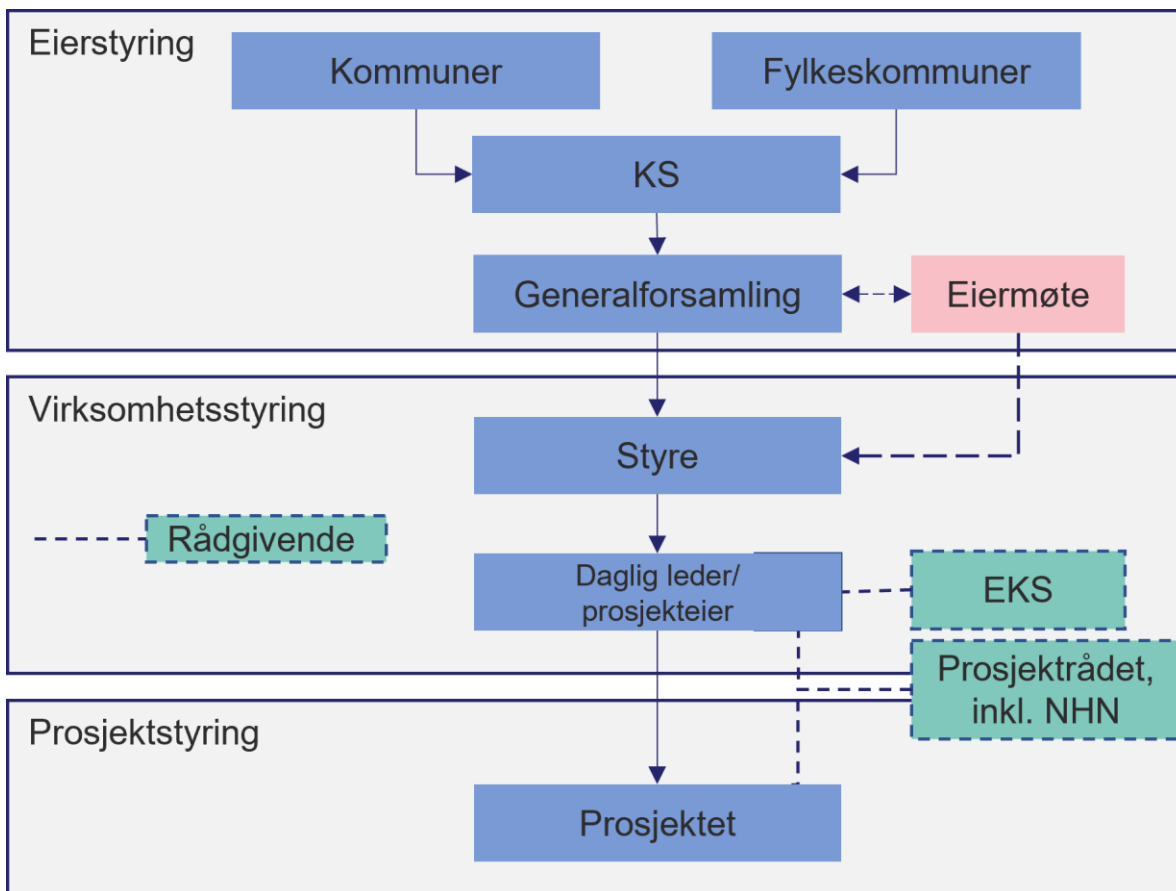
For øvrig, i forbindelse med utarbeidelsen av konseptutredningen, vurderte KS det også som hensiktsmessig å fortløpende vurdere om de veivalgene som gjøres i FKJ-prosjektet bør ses i relasjon til DIF AS: «Ettersom FKJ-prosjektet er i tidlig fase, er det for tidlig å si om et videreført arbeid i en gjennomføringsfase helt eller delvis vil legges til DIF, Norsk Helsenett eller andre samarbeidskonstellasjoner. Medlemsdialogen har vært tydelig på at det ikke bør etableres flere selskaper enn høyst nødvendig.» (Konseptutredning. Fremtidig organisering av KS digitale fellestjenester, s23).

Det er prosjektets oppfatning at en videreføring av prosjektet etter 30.06.2023 bør skje innenfor rammen av et selskap som har et formål som samstemmer med prosjektets mandat og mål. Slik vi leser og vurderer innretningen på DIF AS, som planlegges etablert fra sommeren 2023, anser vi det som et naturlig valg for å forankre en videreføring av prosjektet. Vår anbefaling er at prosjektet etableres som et prosjekt eller en avdeling i DIF AS og at innmaten i dagens interimsselskap (FKJI AS) overføres til DIF AS. Ettersom FKJI AS ikke har ansatte og all overskytende kapital per avviklingstidspunktet skal tilbakeføres staten ved Helse- og omsorgsdepartementet er det kun prosjektets planer, og eventuelle fysiske eiendeler som overføres. Vi anbefaler at dette tilpasses slik at en overføring som beskrevet kan skje som en del av prosessen med å avvikle FKJI AS.

Ledelsen i DIF AS i samarbeid med de to selskapenes eiere (hhv. KS og KS holding iht. plan) må bli enig om hvordan man håndterer prosjektdeltagere, oppbemanning med faste ansatte, finansiering og videreføring av gjennomføringsplaner. Vi vil anbefale at man ved overgangen til nytt selskap søker å bemanne prosjektet med fast ansatte så langt det er mulig. I denne sammenheng vil det også være en fordel om DIF AS er etablert før tidspunkt for avvikling av FKJI AS.

7.3. Styringsmodell

Arbeidet med å avklare prosjektets eventuelle plass i det fremtidige selskapet KS DIF AS vil fortsette også etter at dette styringsdokumentet er sendt på innspillsrunde. Det legges derfor til grunn at selskapsstyringsmodellen for KS DIF AS vil danne styringsgrunnlaget for prosjektet.



Figur 10: Overordnet styringsmodell, inkludert potensielt andre avdelinger og prosjekter i samme organisasjon

Overordnet illustreres den foreslåtte styringsmodellen i figur 11. Fra styret til daglig leder foregår den viktigste og tetteste interaksjonen på virksomhetsstyringsnivå, mens prosjektstyringsaspektet fra prosjektleder til prosjektet for øvrig beskrives i delkapittel 7.4.

For å sikre aktiv eierstyring vil vi anbefale at det etableres en samstyringsmodell med grunnlag i en felles samarbeidsavtale som regulerer de deltagende partenes plikter og rettigheter. Dette har vært sentralt i realiseringen av Helseplattformen, og det anbefales at det etableres en tilsvarende samarbeidsavtalene mellom partene i dette prosjektet. Det må vurderes om det kun skal være en overordnet avtale for hele prosjektet, eller om det i tillegg skal etableres separate avtaler (med tilhørende beslutningsstruktur) per den enkelte utprøving. Vi vil anbefale det siste, dvs. en overordnet avtale med underliggende delavtaler per konkrete utprøvinger, men dette må det tas stilling til i en endelig videreføring av prosjektet. En slik samarbeidsavtale vil blant annet regulere:

- Deltagende parter
 - KS
 - Kommuner som deltar i de forskjellige utprøvingsprosjektene
- Beslutningsstruktur
 - Beskrive hvordan de deltagende parter fatter beslutninger, inkludert organisering av eiermøtet (beskrevet nedenfor)
- Økonomiske forhold
 - Kostnadsfordeling mellom deltagerne, herunder både aktørspesifikke kostnader, felleskostnader og eventuelle avgrensinger

- Finansiering av kostnader i utprøvningsperioden
- På sikt også eventuelle kostnader knyttet til drift, forvaltning og videreutvikling
- Deltagende parter plikter og rettigheter
 - Bidrag med personell til prosjektets gjennomføring
 - Bidrag i beslutningsorganer
 - Tekniske forutsetninger

Det er viktig å understreke at den foreslåtte beslutningsstrukturen vil skille seg fra den som ligger til grunn for Helseplattformen AS på noen punkter. Likevel er de viktigste prinsippene knyttet til deres avtaler og styring relevante. Blant annet er det viktig å poengtere at Helseplattformen AS er et selskap med kun ett formål, mens dette prosjektet vil være ett av flere prosjekter og/eller avdelinger i KS DIF AS. I tillegg er HP AS et samarbeidsprosjekt for samspill mellom både spesialist- og primærhelsetjenesten, mens dette prosjektet er avgrenset til aktører i primærhelsetjenesten.

Eiermøtet:

Eiermøtet skal bestå av representanter fra de deltagende parter, til enhver tid definert i samarbeidsavtalen. Eiermøtet kan fatte beslutninger i alle saker som angår samarbeidet innenfor rammene av samarbeidsavtalen, men beslutninger som i tillegg krever beslutning av et bestemt organ hos den enkelte part (for eksempel generalforsamling i et AS) skal forelegges det aktuelle beslutningsorgan for endelig godkjenning. Basert på Helseplattformen AS sitt mandat foreslår vi følgende:

«Eiermøtet er det øverste nivået i beslutningsstrukturen og består av representanter for KS og deltagende kommuner. Eiermøtet kan treffe beslutning i alle saker som angår samarbeidet innenfor rammen av Samarbeidsavtalen, herunder faglig innhold i løsninger, utvidelse av samarbeidet og oppgaveforskyvning.»

Vi anbefaler at det etableres et tilsvarende eiermøte for prosjektet, og at styrets leder i KS DIF AS og daglig leder/prosjekteier møter som observatører.

Styret i KS DIF AS vil:

- Jobber for at prosjektet skal ha stabile rammebetingelser og god forutsigbarhet
- Skal sikre at prosjektet gjør gode prioriteringer og at prosjektet gjennomføres på best mulig måte i egen organisasjon
- Utarbeider instruks for daglig leder/prosjekteier

Daglig leder:

- Er prosjekteier for utprøvnings- og gjennomføringsprosjektet
- Har det endelige ansvaret for prosjektet, og skal bidra til prosjektets måloppnåelse innenfor rammene som er satt i styringsdokumentet
- Jobber for å sikre finansiering og nødvendige ressurser
- Er ansvarlig for at prosjektet leverer i henhold til målene, på en kostnadsbevisst måte.
- Utnevner, og utarbeider instruks for, prosjektleder

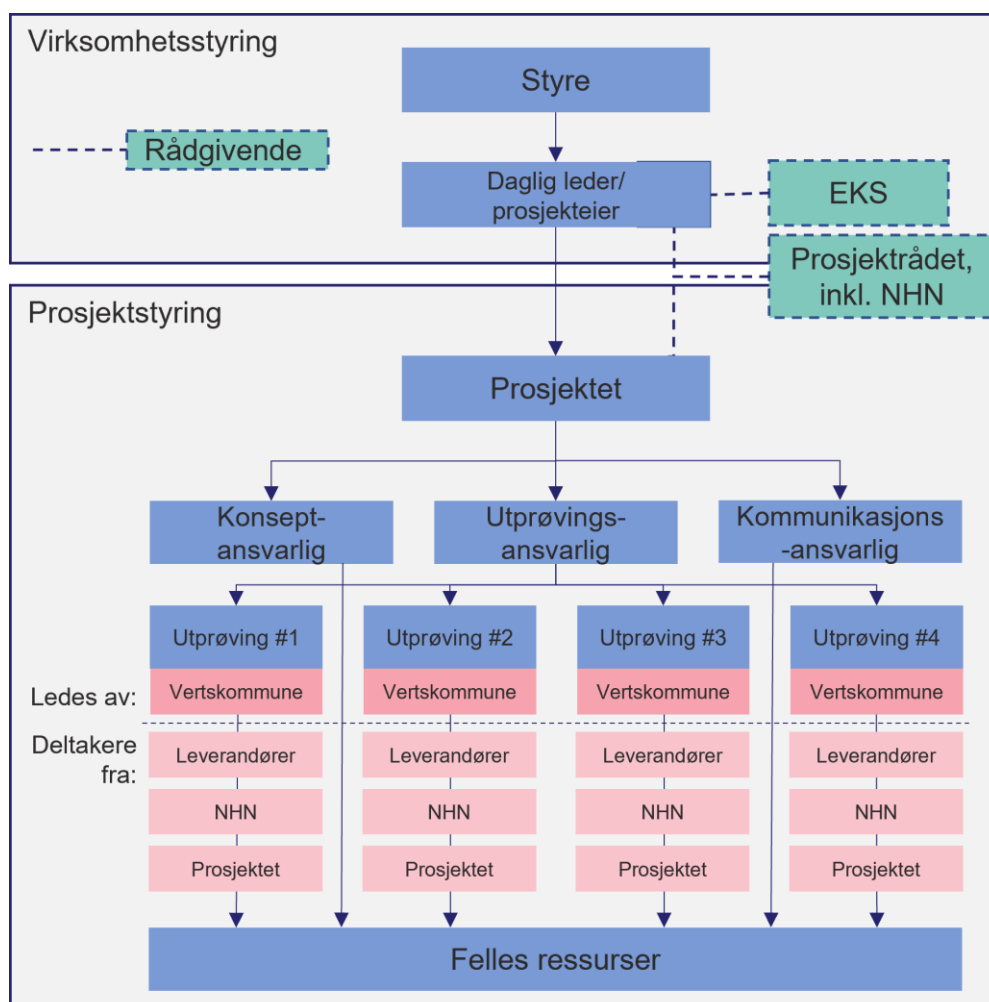
Styret og daglig leder/prosjekteier beslutter prosjektets overordnede prioriteringer innenfor mål og rammer som er beskrevet i dette styringsdokumentet og i forhold til den løpende dialogen med eiermøtet, med støtte fra prosjektleder. Dette skjer i hovedsak ved gjennomgang og revisjon av planen for prosjektet, og minimum hvert halvår, i tillegg til at det gir føringer knyttet til hvilke utprøvnings- og konseptforbedrende aktiviteter det skal arbeides med. Det kan også skje på bakgrunn av hendelser som har konsekvenser for overordnet plan og aktiviteter. Prioriteringene

skal baseres på prosjektets effektmål slik at prosjektet til enhver tid prioriterer de aktivitetene som skal gi mest nytte i den innledende utprøvsperioden, og tilsvarende når prosjektet skal gå fra isolerte utprøvinger til utbredelse og skalering av fungerende løsninger.

Prosjekteier engasjerer ekstern kvalitetssikrer (EKS) som følger prosjektet. Kvalitetssikring gjennomføres ved viktige beslutningspunkter og etter behov etter nærmere avtale med prosjekteier.

For å sikre fortsatt god forankring og tett dialog med kommuner og sektoren ellers, anbefaler vi at prosjektrådet fra arbeidet med samarbeidsprosjektet FKJ videreføres. Prosjektrådet vil kunne gi anbefalinger til daglig leder/prosjekteier og prosjektleder, og på den måten både sikre ansvaret for eier og realisere en reell medbestemmelse og innflytelse. Sammen vil daglig leder/prosjekteier og prosjektrådet kunne gi råd og støtte til styrets arbeid, oftest i samarbeid med prosjektleder.

7.4. Prosjektorganisering



Figur 11: Prosjektorganisasjon, inkludert virksomhetsstyring

God prosjektstyring skal sikre effektiv operativ og administrativ ledelse av prosjektet, og prosjektet vil settes opp med mål om å oppfylle hensiktene oppsummert i delkapittel 2.3.2:

1. Prøve ut løsninger og konsepter som viser vei mot realisering av målbildet
2. Lære hva som fungerer og hva som ikke fungerer, i tillegg til hvilke effekter som kan oppnås
3. Gi innsikt i videre planleggingsarbeid

Hver av de fire hovedansvarlige i prosjektets ledergruppe (prosjektleder, konseptansvarlig, utprøvningsansvarlig og kommunikasjonsansvarlig) vil på forskjellig vis arbeide for å innfri disse målene, og vil trekke på de samme prosjektressursene. I tillegg vil hver enkelt utprøving bestå av en bredt sammensatt gruppe ressurser fra de viktigste aktørene i hver utprøving. Leverandørene av de aktuelle tjeneste og sluttbrukerløsningene, NHN med den tekniske plattformløsningen, prosjektet med støtte- og koordineringsressurser, og ledelse fra den eller de aktuelle vertskommunene i utprøvingen vil alle måtte delta for at en utprøving skal kunne gjennomføres. Alt dette vil være organisert under prosjektets utprøvningsansvarlig som har resultatansvaret for målene knyttet til utprøving.

Prosjektets ledergruppe

Prosjektleder er ansvarlig for å:

- Etablere prosjektets ledergruppe
- Sikre at prosjektorganisasjonen har nødvendig kapasitet og kompetanse og fungerer effektivt
- Håndtere interessenter på en god og tillitsskapende måte
- Drive godt lederskap og skape gode relasjoner
- At prosjektet gjennomføres ut fra prosjekteiers definerte rammer samt styrets prioriteringer, samt at prosjektet koordineres godt langs de statlige og kommunale styringslinjene beskrevet i delkapittel 7.1
- Håndtere mål, rammebetingelser og planer
- Håndtere avvik og konflikter 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
- Gjennomføre regelmessige møter internt i ledergruppen
- Etablere rutinemessig og periodisk oppfølging og rapportering til styret og prosjekteier
- Sikre åpenhet internt i prosjektet og med leverandører og interessenter
- Sikre at prosjektet arbeider på riktig måte. Det innebærer at det jobbes smidig og effektivt
- Ivareta økonomi, sekretariatsoppgaver og prosjektstyringsrutiner

De øvrige rollene i prosjektet er konseptansvarlig, utprøvningsansvarlig og kommunikasjonsansvarlig.

Konseptansvarlig vil:

- Jobbe med aktiviteter og tiltak knyttet til resultatmålene for konsept, altså videreføring av plattform og fullføring av markedsplanen
- Jobbe med å sikre og dokumentere læring fra utprøvingene

Utprøvningsansvarlig vil:

- Jobbe med å planlegge, gjennomføre og sikre læring, nytte og gevinst fra de forskjellige utprøvningsaktivitetene
- Sørge for at de forskjellige utprøvingene koordineres og at omfanget og aktivitetene styres i retning av å realisere prosjektets målbilde

Kommunikasjonsansvarlig vil:

- Jobbe med å sikre god ekstern kommunikasjon med prosjektets interessenter
- Jobbe med god interkommunikasjon i prosjektet

Alle områdene som dekkes av medlemmene i prosjektledelsen vil måtte kunne trekke på mange av de samme ressursene. Det er derfor viktig at prosjektgruppen 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 prosjektlederens ansvar.

Kapasitet

Prosjektet vil være omfattende og stille krav til at deltagerne arbeider effektivt og fleksibelt. Å bygge en prosjektorganisasjon 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 prosjektet kan gjennomføre alle sine oppgaver, i tillegg til at det må kunne håndtere og støtte prosjektets løpende forpliktelser i organisasjonen.

For at prosjektorganisasjonen skal være slagkraftig og i stand til å ta på seg ansvaret med å gjennomføre utprøvnings- og gjennomføringsløpet, i tillegg til videreutvikling av løsningskonseptet, må tilgjengelig kapasitet være stabil over tid. Det anbefales derfor at kapasitet og kontinuitet sikres gjennom ansettelse av nøkkelpersonell. For å dekke kapasitetstopper, spesiell kompetanse og for å sikre forankring anbefales det også å hente ressurser fra virksomheter med sammenfallende mål, i første rekke kommuner, fylkeskommuner, KS og statlige etater og foretak. I de tilfellene hvor slik rekruttering ikke er dekkende for behovene vil det være naturlig å leie inn ekstern bistand.

Hvor mye kapasitet prosjektet vil trenge for å gjennomføre de første utprøvningsaktivitetene og videreutviklingen av konseptet er videre beskrevet i kapittel 10.

Kompetanse

Kravene til kompetanse i prosjektorganisasjonen 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.

Prosjektet må skaffe og utvikle kompetansen som gjør at sektoren opplever at den svarer på spørsmålet om hvem som kan gjennomføre et felles kommunalt journalløft. Det fordrer en organisasjon med stor gjennomføringsevne, riktig erfaring og et bredt akseptert mandat. Dette blir særlig viktig når prosjektet i det videre løpet skal være tilrettelegger og pådriver for at utprøvningsaktivitetene skal kunne tas ut til stadig flere kommuner.

7.5. Samspill med Norsk helsenett SF (NHN)

7.5.1. Tidligere utredning av alternative samarbeidsmodeller med NHN

NHN leverer i dag 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.

For å sikre den interne informasjonsdelingen i hver enkelt kommune, er det nødvendig at det finnes en plattform (i første omgang en per kommune, men på sikt også med målsetting om konsolidering mellom kommunene) som dels inneholder og dels sammenstiller (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, den kommunale plattformen og NHN sine samhandlingsløsninger at vi kan realisere visjonen om «Én innbygger – én journal».

I foretaksrådet til NHN 24.01.2022 ga Helse- og omsorgsdepartementet selskapet 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.

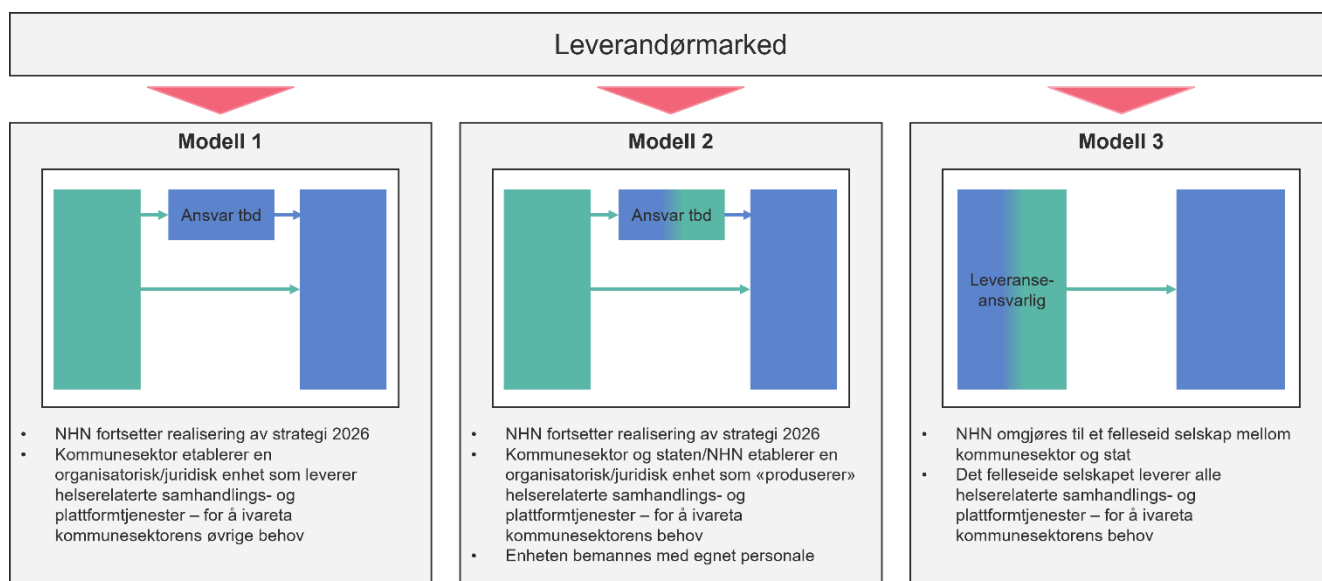
Foretaksrådet ba statsforetaket om å rapportere på disse kravene i oppfølgingsmøtene.»

Prosjektet, støttet av NHN, leverte 31.05.2022 en sluttrapport som inneholdt en utredning av tre forskjellige organisatoriske modeller (se bilag 6.1). 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 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. Kommunesektor 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/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.
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.



Figur 12: Alternative styringsmodeller, utredet i 'Rammer og muligheter for samarbeid og organisering kommunesektor og stat (NHN SF)'

Både i St. Prop 1S (2020-2021) og St. Prop 1S (2021-2022) fremheves at staten er 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 sektor ble det ikke tatt stilling til. Gjennom Felles kommunal journal interim AS har HOD vurdert kriteriet om kommunalt majoritetseierskap som oppfylt gjennom KS som eier.

I etterkant av rapporten har det vist seg at en organisatorisk løsning som baserer seg på statlig eierskap og ansvar ikke lenger har den nødvendige politiske forankringen som trengs for å fortsette prosessen langs hovedanbefalingens linjer, selv om prosjektet fortsatt isolert sett mener dette ville ha bidratt til størst gjennomføringskraft i arbeidet. At det måtte utredes alternativer til en slik løsning ble signalisert i politisk møte mellom HOD og KS 23.06.2022, og innebar sent i prosessen en betydelig endring i rammebetingelsene for arbeidet.

Denne manglende støtten til en felles selskapsløsning er 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 interimsselskapet med å vurdere hvordan arbeidet kan organiseres og hvilken rolle Norsk helsenett SF eventuelt kan og bør ha.

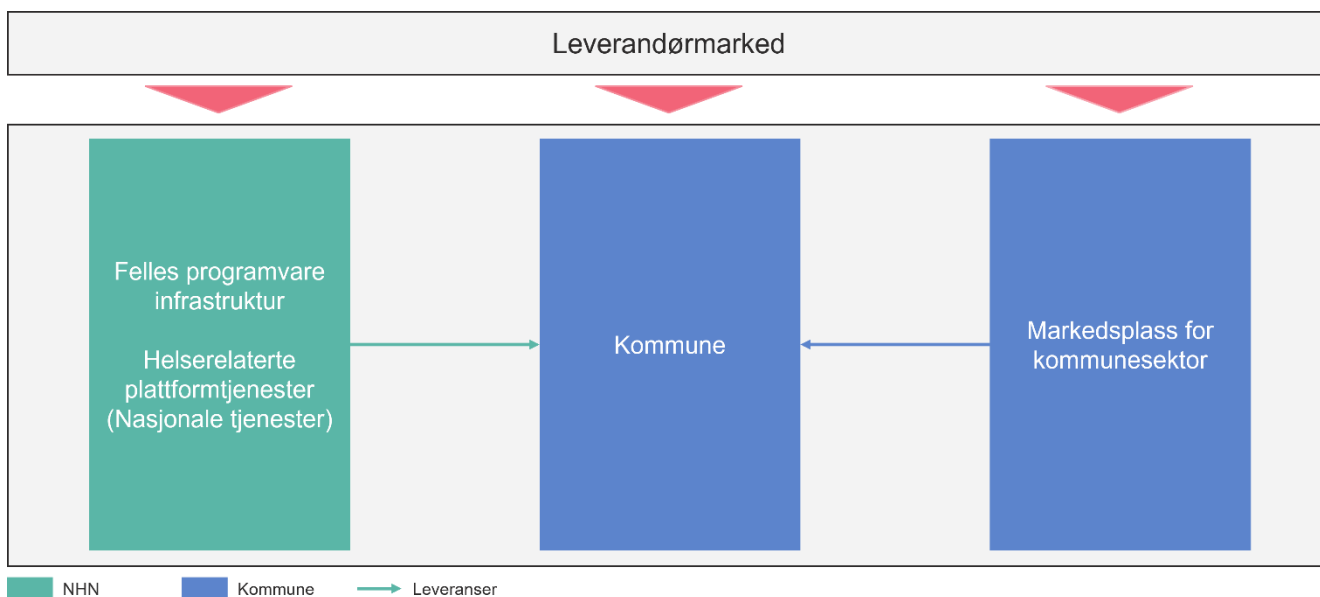
Foreløpige planer fra interimsselskapet og Norsk helsenett SF innebærer mulighet for en løsning hvor staten ved Norsk helsenett SF skal inngå i et felleseid selskap med kommunesektoren. Regjeringen vurderer at risiko og kompleksitet med et felleseid selskap med kommunene er for stor, og at staten derfor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

Prosjektet eller KS er ikke gjort kjent med dypere vurderinger av dette risikobildet, men aksepterer at enhver regjering står fritt til å legge nye føringer for arbeidet selv om det prosjektmessig opplevdes krevende.

På denne bakgrunnen har forslaget om felles selskap ikke blitt videre utredet, men den faglige anbefalingen som lå i sluttrapporten (bilag 6.1) står fortsatt ved lag. Vi mener det ville vært fornuftig å vurdere de mulighetene som ligger i ulike former for felleseid selskap mellom staten og kommunesektoren og at det er verdt å ha i mente dersom det politiske handlingsrommet skulle endres.

7.5.2. Modell 4: Plattform som en nasjonal tjeneste

Utredningsarbeidet våren 2022 endte, som beskrevet over, med at ingen av de tre vurderte modellene ble valgt. Derfor ble det i løpet av sommeren utarbeidet 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 vil legge til grunn i utprøvsperioden.



Figur 13: Modell 4 for mulig operasjonalisering av samarbeidet med NHN

Modellen er basert på et operasjonelt samarbeid hvor NHN leverer plattformen – 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, hels norge.no og tilgang til folkeregisteret for helsetjenestene. De fleste kommuner mottar også folkeregistertjenester fra KS digitale fellestjenester. På samme måte, kan NHN levere plattformsløsning.

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

I denne modellen vil det være et kommunalt selskap som koordinerer leveranser og bruk på vegne av kommunene. Tilsvarende vil det være et selskap i kommunalt eierskap som realiserer og viderefører markedsplassen. I den eierskapsmodellen vi har foreslått tidligere i dette kapitlet vil det være naturlig å se for seg DIF AS i denne rollen, men dette utredes imidlertid ikke videre i denne versjonen av styringsdokumentet, men vil være en viktig del av arbeidet i utprøvsperioden.

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.

7.6. Risikoregister for utprøvsperioden

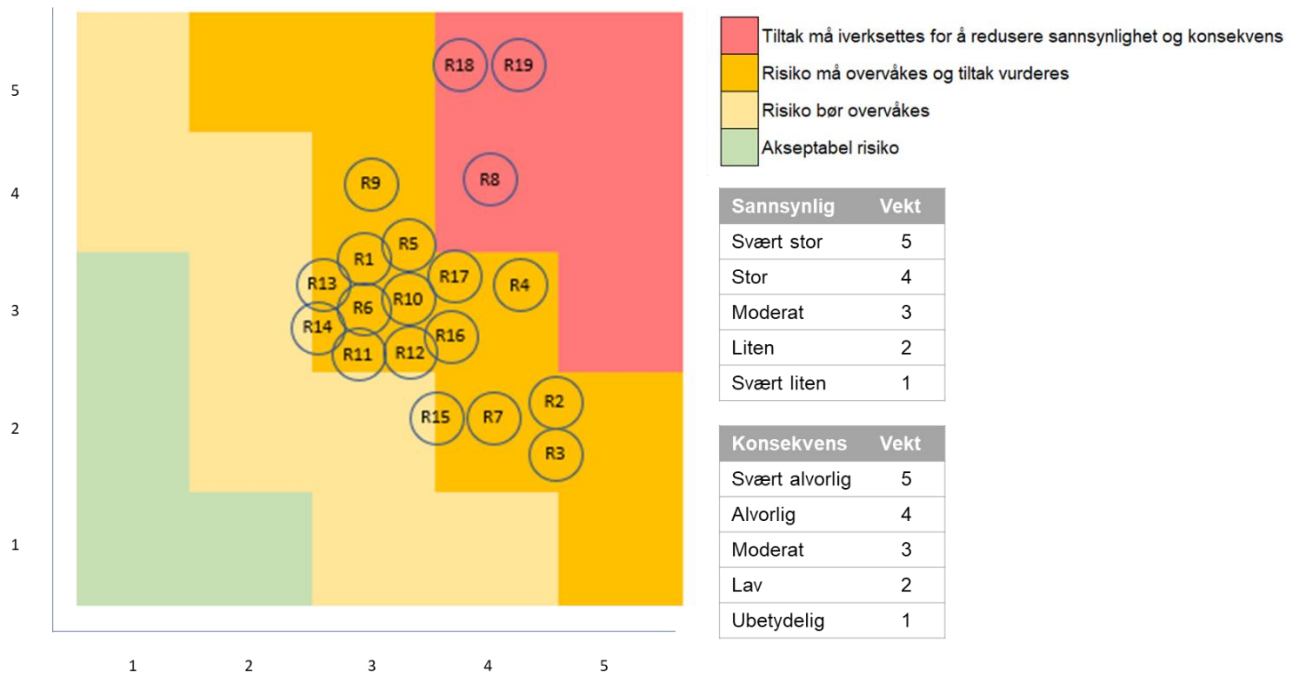
Prosjektet vil være utsatt for usikkerhet, både risikofaktorer og muligheter, som kan påvirke måloppnåelsen. I den påfølgende risikomatrixen er de sentrale risikofaktorene listet opp og klassifisert

i henhold til beskrivelsen ovenfor. Den største risikoen i gjennomføringsfasen er knyttet til finansiering av både prosjektet og de forskjellige utprøvingene.

I tillegg vil det måtte gjennomføres en oppdatert risikovurdering i forkant av gjennomføringsfasen.

Risikoene i matrisen er sortert med utgangspunkt i kapittelstrukturen i styringsdokumentet.

Informasjonssikkerhet og personvern er ikke omtalt i risikomatrisen fordi dette er behandlet spesielt i bilag 5.1 og 5.2 i forhold til realisering av prosjektet og målbildet.



Figur 14: Risikomatrix første utprøvsperiode

Risikoområde	ID	Årsak	Konsekvens- beskrivelse	Konsekvens	Sannsynlighet	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	Fokus på 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

Rammebetingelser	R7	Eksisterende rammebetingelser står absolutt eller i praksis i veien for realisering av prosjekt og/eller målbildet	Prosjekt 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 organisasjon	Prosjektets gjennomføringsevne svekkes Forsinkelser Prosjektet stopper	Alvorlig	Stor	Utarbeide tydelige mandater og fullmakter. Klart definerte kompetansebehov. Fokus 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 utprøvningsperioden
	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	Moderat	Forpliktende avtaler Tett oppfølging

Styring	R15	Svakt definert/ikke-fungerende styringsmodell	Prosjektets gjennomføringsevne 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 Holde fokus på 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 17: Risikoregister første gjennomføringsperiode

8. PROSJEKTOMFANG

Kapitlet beskriver kun prosjektomfanget for utprøvsperioden. Utarbeidelse av tilsvarende planer for realisering av målbildet er en del av arbeidet som skal gjøres i utprøvsperioden.

For å kunne styre ønsket utviklingsretning på lang sikt 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 vil prosjektet bestå av følgende områder, med hovedprodukter:

- **Konsept**
 - Et sett med betingelser for utprøvsinger
 - Et ferdig utviklet og oppdatert plattformkonsept
 - Et ferdig utviklet og dokumentert markedsplasskonsept
 - Et sett med avtaler for kjøp av sluttbrukerløsninger
 - En plan for videre utprøvsinger som leder mot realisering av målbildet
- **Utprøvsing**
 - En utprøvsing som tester datadeling internt i en kommune
 - En utprøvsing som tester tilgjengeliggjøring av data fra en kommune til leverandørmarkedet
 - En utprøvsing som tester ulike plattformers evne til å realisere en felles informasjonsplattform
 - En utprøvsing som tester at løsningen og tjenestene fra den første utprøvsingen kan gjentas i andre kommuner
 - En sluttrapport for utprøvsingene
- **Prosjektledelse**
 - Oppdatert plan (styringsdokument) for videre realisering av målbildet
 - Nedbrytning av prosjektets 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

Kostnadsnedbrytning for prosjektet finnes i kapittel 10.

Konsept og Utprøvsing vil være de områdene som jobber direkte med å realisere målene for utprøvsperioden i 2023 og 2024. Prosjektledelse og Kommunikasjon er sentrale og nødvendige støttefunksjoner for at prosjektet skal kunne lykkes, både i utprøvsperioden, men også i planleggingen av og overgangen til realisering av målbildet. De forskjellige produktene er i stor grad avhengig av og bygger på hverandre.

De forskjellige områdenes oppgaver 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. Prosjektet vil innarbeide disse endringene, i tillegg til at det vil kunne være en pådriver for at de faktisk skjer.

Videre vil Konsept arbeide med å etablere planer for og planlegge realisering av målbildet for både plattformen og markedsplassen, støttet av de øvrige områdene. Dette vil gjøres i tett samarbeid med prosjektledelsen og prosjektet.

Til slutt skal Konsept i 2023 arbeide for å etablere betingelser for utprøving, og i tillegg videreutvikle dette basert på læring og erfaringer fra de første utprøvningsløpene. Utarbeidelse av og støtte til bruk av et felles avtaleverk som kan hjelpe kommunene med å gjennomføre anskaffelser av sluttbrukerløsninger, vil også være et viktig område i utprøvningsperioden.

Arbeidet med konseptet er en direkte etterfølger av arbeidet som har blitt gjort i FKJ-prosjektet i 2021 og 2022, og det vil pågå gjennom hele utprøvningsperioden og inn i 2025.

Utprøving

Utprøvnings hovedoppgave vil være å gjennomføre de konkrete utprøvningskonseptene. Se vedlegg 6 for en oversikt over identifiserte alternativer. Prosjektet skal gjennomføre fire utprøvinger i 2023 og 2024, men det kan også gjennomføres flere dersom det er ønske om, og kapasitet og anledning til det. Hver utprøving skal følge en tilnærmet lik metode, med en forberedelses-, en utprøvnings- og en evalueringsfase. Senere 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, NHN og prosjektet, i tillegg til at øvrige interessenter også håndteres på en god måte.

De forskjellige utprøvingene er i den overordnede tidsplanen illustrert med varighet på 12 måneder, men dette er som beskrevet i kapittel 6 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.

Prosjektledelse

Prosjektets ledelse vil etablere overordnede planer, fremdriftsplaner, kvalitets- og risikooppfølging, utvikling av prosjektorganisasjonen, eier- og interessenthåndtering, budsjettering og rapportering, sekretariatsoppgaver, administrasjon og drift.

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

I tillegg vil prosjektledelsen støtte og gi retning for de andre områdene i prosjektet. I oppstarten av prosjektet vil en stor del av arbeidet handle om å mobilisere prosjektorganisasjonen, etablere rammer og rutiner og sørge for at prosjektet er bemannet på en tilfredsstillende måte.

Dette er beskrevet i kapittel 6.

Kommunikasjon og forankring

Når prosjektet for gjennomføringsfasen har et vedtatt mandat, må prosjektet utarbeide en oppdatert interessentanalyse og en strategi for kommunikasjons- og forankringsarbeidet for å støtte opp om prosjektets oppdrag. Involvering og forankring av interessentgruppene vil inngå i strategien, som vil beskrive prinsipper, retning og tiltak for ekstern kommunikasjon av prosjektet.

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

Kommunikasjon vil arbeide med intern og ekstern kommunikasjon i prosjektet, og vil jobbe tett sammen med de andre områdene underveis i hele utprøvsperioden. Involvering og forankring av prosjektets arbeid hos definerte målgrupper (interessenter) vil være målet med aktivitetene. I tillegg vil området sørge for bred involvering i, og forståelse for, arbeidet i det videre prosjektet.

Arbeidet med interessenthåndtering, herunder kommunikasjons- og forankringsaktiviteter, vil utgjøre en egen faggruppe i prosjektet.

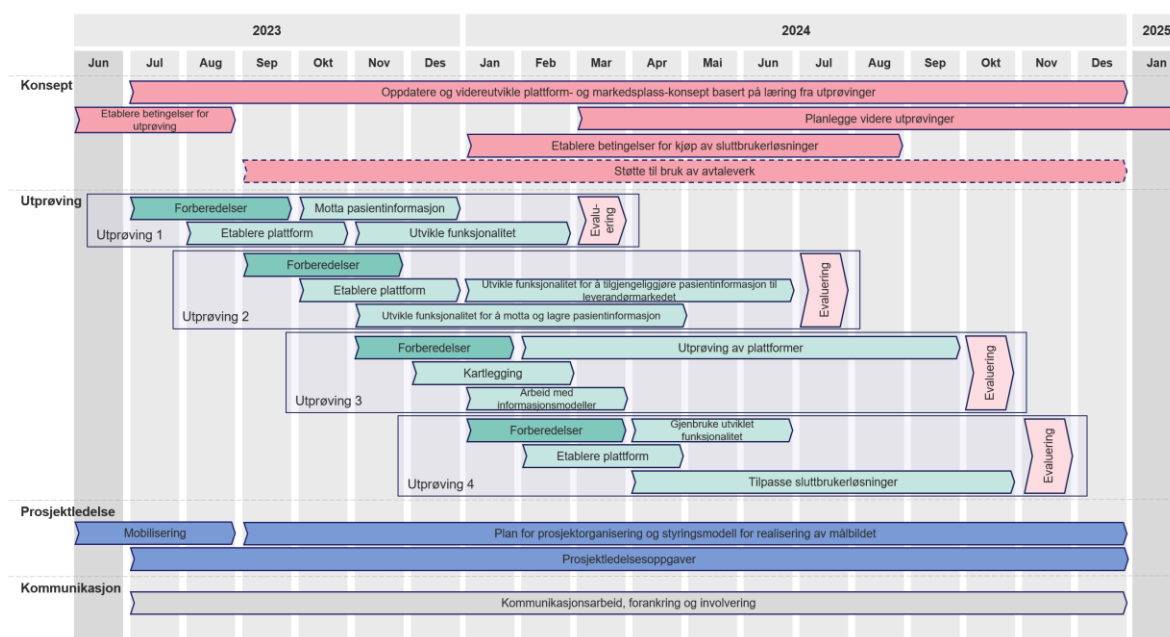
9. TIDSPLAN

9.1. Overordnet tidsplan

Den overordnede tidsplanen for prosjektets utprøvsperiode strekker seg fra 01.07.2023 og ut 2024. Den er delt inn i fire hovedområder, som beskrevet i kapittel 8.

Tidsplanen illustrerer de forskjellige hovedaktivitetene prosjektet vil jobbe med i forbindelse med utprøvinger og øvrige prosjektoppgaver for å oppnå utprøvsperiodens resultatmål. I tillegg viser planen hvordan de ulike aktivitetene kan danne grunnlaget for at prosjektet skal kunne videreutvikles fra 2025. Planen omfatter ikke perioden fra og med 2025, men den viser at én av prosjektets oppgaver vil være å etablere disse planene. Detaljert planlegging av de ulike leveransene vil skje i forbindelse med oppstart av hver periode, og planen vil måtte oppdateres jevnlig gjennom perioden.

Enkelte oppgaver, først og fremst innledende forberedelser til utprøving, etablering av betingelser for å gjennomføre disse, samt oppstart av prosjektet, vil kunne starte tidligere enn juli 2023, gitt at beslutning om oppstart. Dette er først og fremst for å sikre kontinuitet i arbeidet i overgangen mellom innværende og neste periode.



Figur 15: Overordnet tidsplan for perioden 01.07.23 – 31.12.24

10. BUDSJETT OG FINANSIERING

Dette kapitlet beskriver behovet for finansiering i første utprøvningsperiode 2023-2024 samt mulige finansieringsmodeller for perioden med videreføring av arbeidet med å realisere målbildet. Behovet for finansiering er basert på kostnadsberegningene som står beskrevet i delkapittel 10.2 nedenfor og som er ytterligere detaljert i vedlegg 7 og bilag 7.1. Kapitlet oppsummerer forventede nytteeffekter samt hvilke samfunnsøkonomiske konsekvenser det er forventet at løsningen kan gi.

10.1. Finansiering

Det forutsettes at finansiering er sikret for at prosjektet skal kunne gjennomføres innenfor angitt tidsramme, og at erfaringer fra utprøvingene kan innarbeides videre for realisering av målbildet. 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 utprøvinger. Disse er tidligst planlagt andre halvår 2023.

Det beskrives to ulike perioder i gjennomføring av prosjektet med ulike behov og muligheter for finansiering. Felles for begge periodene er at det trengs finansiering av en prosjektorganisasjon («vertsorganisasjon») som kan fasilitere, samordne, sikre erfaringsinnhenting og legge til rette for skalering av vellykkede utprøvinger og planlegge for videre arbeid.

1. Første utprøvningsperiode (2023-2024)

Utprøvningsperioden planlegges gjennomført fra og med andre halvår 2023 og ut 2024. Finansiering må sikres gjennom en eller i ulike kombinasjoner av flere kilder, tilpasset det enkelte prosjekt. Den første utprøvningsperioden forventes finansiert av deltagende aktører, først og fremst kommunene. Det kan også søkes ulike former for offentlig finansiering (fra 2024 også Helseteknologiordningen), og man kan se for seg modeller for deltagerfinansiering basert på målsetting om innovasjon og utvikling, eller i en forventning om fremtidig avkastning. Det betyr at leverandør eller NHN, dersom ønskelig, kan bidra med finansiering gjennom etablering av tjenestepriismodell. De to finansieringsbehovene for utprøvningsperioden 2023-2024 er beskrevet under delkapittel 10.1.1.

2. Videre utprøvinger (2025-)

I denne perioden fortsetter utprøvinger basert på etablerte/planlagte nasjonale løsningsmønstre som i foregående periode, men også med bakgrunn i de erfaringer og den innsikt som er etablert i de foregående prosjektene. I tillegg vil teknologi- og markedsutvikling kunne ha betydning for hvilke valg man tar. Dette er det for tidlig å mene noe konkret om p.t., Målet for perioden er å realisere målbildet for prosjektet, dvs. at relevant pasientinformasjon er tilgjengelig for innbyggere, helsepersonell og andre med legitime behov, der og når behovet oppstår og uavhengig av kilde. Dette vil innebære etablering av en felles logisk informasjonskilde (det vi har kalt plattform), enten som et resultat av de ulike utprøvningsprosjektene eller også i kombinasjon med løsninger som kompletterer bildet. Både nasjonalt og internasjonalt er dette et marked i rask og betydelig utvikling. Realisering av målbildet forutsetter finansiering på samme måte som utprøvningsperioden. Disse finansieringsalternativene er skissert i delkapittel 10.1.2.

10.1.1. Finansiering av første utprøvningsperiode (2023-2024)

Finansieringsbehovet for perioden 2023-2024 er todelt:

1. Finansiering til drift av prosjektorganisasjon (se kapitlene 7 og 8).
Til gjennomføring av utprøvingene vil det være behov for en prosjektorganisasjon som planlegger og koordinerer utprøvingene sammen med aktørene, og som i tillegg innarbeider erfaring og læring fra arbeidet. Finansiering av denne prosjektorganisasjonen er en absolutt forutsetning, og det første som må være på plass for å kunne komme i gang med første utprøvningsperiode. I dagens situasjon og med de politiske signalene som foreligger forventes det at dette skal finansieres av kommunesektoren. Det må da foreligge avtaleverk og omforent budsjett som sikrer tilbakebetaling i henhold til avtalt fordelingsnøkkel⁴⁴ på fremtidig tidspunkt. Alternativt kan det finansieres via andre offentlige finansieringskilder.
2. Finansiering til gjennomføring av konkrete utprøvinger (se kapittel 6).
Utprøvningsprosjektene forventes finansiert av deltagerne, og i all hovedsak til selvkost. Det betyr at deltagende kommuner, NHN og leverandører i ulik grad deler på kostnadene for utprøvingene. Gitt ønske om tilbakebetaling (avkastning på investering), må dette løses gjennom en tjenestepriismodell. Hvis utprøvingene anses som ordinær tjenesteutvikling, vil dette i seg selv gi avkastning for deltagerne. Det er mulig også Digifin⁴⁵ kan være en finansieringskilde – men da må tjenesten være innrettet slik at den har potensiale for utbredelse hos en stor del av norske kommuner. Helseteknologiordningen som etter planen skal være operativ fra 2024 kan, så langt vi nå kjenner rammene, representere en naturlig kilde til å dekke utprøvningsaktiviteter.

Finansieringsalternativene for utprøvningsperioden er oppsummert i tabellen nedenfor. Det ene alternativet vil ikke utelukke det andre, og det er sannsynlig at finansiering vil skje gjennom en kombinasjon av disse.

Finansieringsbehov	2023 (f.o.m. juli)		2024	
	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 1	Alternativ 2
Prosjektorganisasjon	Dekkes av kommunene.	Andre offentlige finansieringskilder, evt. Skjønnsmidler fra staten.	Dekkes av kommunene.	Andre offentlige finansieringskilder, evt. Skjønnsmidler fra staten.
Utprøvinger	Dekkes av (noen av de) deltagende aktørene (selvkost).	Andre offentlige finansieringskilder. Digifin bør vurderes.	Dekkes av (noen av de) deltagende aktørene (selvkost).	Helseteknologiordningen (for kommuner), og eventuelt andre offentlige finansieringskilder. Digifin bør vurderes.

Tabell 18: Oppsummering av finansieringsmuligheter 2023-2024

⁴⁴ Kostnadsfordelingen vil typisk inneholde en fast og en variabel del, hvor den variable kosten er basert på kommunenes innbyggertall.

⁴⁵ Digifin er finansieringsordning for digitaliseringsprosjekter i kommunal sektor. Det kan leses mer om [her](#).

Som det står beskrevet ovenfor forventes det at prosjektorganisasjonen finansieres av kommunesektoren/utprøvkingskommunene og at utprøvkingsene finansieres av deltagende aktører. Politiske signaler tilsier ikke at statlig finansiering (utover Helseteknologiordningen og Digifin) vil være aktuelt

Tabellen nedenfor viser hvordan det totale finansieringsbehovet for den første utprøvkingsperioden 2023-2024 fordeler seg.

Finansieringsplan	2023	2024	Sum
Betalbare kostnader (krever finansiering)	7 641 229	22 933 831	30 575 061
Kostnader levert til selvkost (evt. Med støtte fra HTO eller Digifin)	17 802 445	61 942 259	79 744 704
Sum	25 443 674	84 876 090	110 319 764

Tabell 19: Totalt finansieringsbehov for utprøvkingsperioden

10.1.2. Finansiering av perioden fra og med 2025

Det foreligger flere finansieringsalternativer for perioden med videreføring av arbeidet med å realisere målbildet (2025-). I likhet med første utprøvkingsperiode, er det forventet at den andre perioden i gjennomføringsfasen skal finansieres av deltagende aktører. I første omgang vil dette være kommunene. Leverandører eller NHN kan også bidra med finansiering gjennom tjenestepriismodeller. Kommunene kan trolig også få statlig støtte gjennom Helseteknologiordningen. Direktoratet for e-helse (i samarbeid med Helsedirektoratet og KS) har fått i oppdrag å utrede Helseteknologiordningen med frist 15. november 2022. Så langt vi kjenner rammene for ordningen vil vår tilnærming med konkrete utprøvkingsprosjekt passe godt med ordningens innretning, som forventes operativ fra og med 2024. Som det kommer frem av risikoregisteret i kapittel 7 er det høy usikkerhet knyttet til finansieringen. For andre del av gjennomføringsfasen må det også foreligge forpliktende avtaler mellom aktørene for å sikre drift av prosjektorganisasjon og gjennomføring av utprøvkings.

I tillegg til deltagerfinansiering med støtte fra Helseteknologiordningen finnes det en rekke andre finansieringsalternativer:

1. Statlig programfinansiering. Fremstår på nåværende tidspunkt ikke som et sannsynlig alternativ basert på politiske signaler, men skal ikke utelukkes.
2. Annen offentlig finansiering. Dette kan eksempelvis være tilskudd over statsbudsjettet til spesifikke formål eller tilskudd fra statlig ordninger i regi av ulike direktorater.
3. Delvis statlig finansiering og medfinansiering fra en eller flere aktører (kommuner, leverandører, NHN). Ved finansiering mellom kommunene er det viktig at det etableres gode tjenestepriismodeller.
4. Hver deltagende aktør finansierer eget bidrag av ressurser og andre tilhørende kostnader (selvkost). Dette kan eventuelt tilbakebetales på senere tidspunkt gjennom tjenestepriising⁴⁶ under driftsfasen.

⁴⁶ Dersom tjenesten leveres av eksempelvis NHN betyr det at kommunene betaler en pris til NHN for å være tilkoblet tjenesten. Denne tjenestepriisen vil henge sammen med utviklings- og driftskostnader.

5. Kommunene skaffer selv (gjerne i samarbeid) finansiering i form av lån, garantier eller tilskudd.
6. Finansiering ved at investeringskostnader dekkes av leverandør som henter inn midler gjennom fremtidig tjenesteprising (Capex-modell).

De første alternativene er i litt varierende grad knyttet til statlige finansieringskilder. De to siste innebærer at aktørene dekker sine egne kostnader med mulighet for fremtidig tjenesteprising for løsninger som utvikles og tas i bruk. Det er også mulig med en blanding der felles og sentrale oppgaver dekkes gjennom nasjonale finansieringskilder, i tillegg til at hver enkelt aktør finansierer eget ressursbruk. Realisering av målbildet vil uansett kreve mer investering, som igjen kan kreve ulike tjenestepriksmodeller.

10.2. Kostnadsbildet

Her beskrives kostnadsestimatet for første periode av gjennomføringsfasen. Beregningene inkluderer kostnader til gjennomføring av utprøvingene, samt drift av prosjektorganisasjonen sentralt. Vi har estimert kostnadene basert på samtaler med samarbeidskommuner, tall fra referanseprosjekter⁴⁷ og egne vurderinger av forventet arbeidsomfang. Kostnadene er basert på gjennomføringsstrategien som står beskrevet i kapittel 6. Vedlegg 7 med tilhørende bilag 7.1 beskriver i detalj hvilke beregninger som har blitt gjort og hvilke forutsetninger som ligger til grunn.

Det er ikke konkretisert kostnader for den andre perioden i gjennomføringsfasen (fra 2025 og videre). Dette skyldes at å lage strategier og planer for realisering av målbildet vil være en del av prosjektomfanget i den første utprøvsperioden, og at det på nåværende tidspunkt ikke ligger detaljerte nok planer til at det er hensiktsmessig å utarbeide et kostnadsestimat for den andre perioden. Det vises ellers til bilag 7.2 for kartlegging av dagens kostnader knyttet til e-helse i norske kommuner (herunder journalløsninger), samt bilag 7.3 for fremtidsscenarioer knyttet til e-helsearbeidet i kommunene.

10.2.1. Totalkostnad for første utprøvsperiode 2023-2024

Kostnadsestimatet for utprøvingene viser en øvre ramme på 110,3 millioner kroner for 2023-2024. Dette inkluderer kostnader til gjennomføring av utprøvinger, slik som beskrevet i kapittel 6, samt kostnader til drift av sentral prosjektorganisasjon.

Kostnadene fordeler seg slik:

- Kostnader til sentral prosjektorganisasjon: 30,6 millioner kroner.
Dette dekker kostnader til videreutvikling av konsept, arbeid med utprøvinger, samt prosjektledelse og kommunikasjon, slik som beskrevet i kapittel 8. Kostnadene vil påløpe fra og med oppstart av første periode av gjennomføringsfasen, tidligst 01.07.2023.
Dette er p.t. uten finansiell dekning.
- Kostnader direkte knyttet til utprøvinger: 79,7 millioner kroner (hvorav 4,4 millioner kroner er påfølgende drift og forvaltning).
Dette dekker kostnader til utprøvsaktiviteter. I øyeblikket forutsettes at disse kostnadene dekkes av deltakende aktører; kommuner, NHH og leverandører. Eventuell støtte fra øvrige finansieringsordninger er skissert i tabellen ovenfor. Ressursbidrag fra prosjektorganisasjonen

⁴⁷ Det er benyttet noen referansetall fra Akson, samt kostnadsestimater fra Pasientens prøvesvar (tidligere NILAR).

er ikke inkludert i disse kostnadene per utprøving, da dette inngår som en del av finansieringsbehovet sentralt (forrige punkt).

10.2.2. Kostnader til sentral prosjektorganisasjon

Det er en forutsetning å ha en prosjektorganisasjon for å sikre vellykket gjennomføring av utprøvinger, samt videre arbeid med oppgaver knyttet til de definerte resultatmålene for 2023 og 2024. Oppgaver som skal løses av prosjektet er nærmere beskrevet i styringsdokumentets kapittel 8, og kostnadene er satt opp i henhold til den overordnede produktnedbrytingsstrukturen:

- **Konsept.** Antar det vil være behov for 1 konseptansvarlig, samt 3 konseptressurser.
- **Utprøving.** Antar det vil være behov for 1 utprøvingsansvarlig, samt 3 utprøvingskoordinatorer som bidrar i hver av utprøvingene. Behovet er basert på et gjennomsnittlig behov på 0,75 årsverk per utprøving.
- **Prosjektledelse.** Antar det vil være behov for 1 prosjektleder, 1 økonomiressurs og 1 ressurs til sekretariat og øvrig administrasjon.
- **Kommunikasjon.** Antar det vil være behov for 1 kommunikasjonsansvarlig og 1 kommunikasjonsressurs.

Kostnadsestimatene for prosjektorganisasjonen tar utgangspunkt i en opptrappingsplan, fra og med oppstart av første utprøvsperiode i juli 2023. Størrelsen på organisasjonen vil øke gradvis frem til det ved januar 2024 er totalt 13 ressurser i fast ansettelse. Utprøvingene baserer seg altså på en «lean» prosjektorganisasjon, som betyr at hvert utprøvsprosjekt må skalere opp for å dekke den kapasiteten og kompetansen som ikke kan leveres fra prosjektorganisasjonen sentralt. Bemanning av sentralt prosjekt/støttefunksjon for videreutvikling av konsept og gjennomføring av utprøvinger forutsetter relevant kompetanse og kapasitet fortrinnsvis fra kommunale og statlige ressurser. Ved å gjennomføre faste ansettelser heller enn å frikjøpe ressurser og leie inn konsulenter kan det bygges og vedlikeholde kompetanse internt, i tillegg til å redusere kostnader.

Basert på dette er det forventet at prosjektorganisasjonen vil ha følgende kostnader i 2023 og 2024:

Prosjektorganisasjon	2023	2024	Sum
Konsept	1 755 004	6 257 843	8 012 848
Utprøving	1 755 004	6 257 843	8 012 848
Prosjektledelse	1 629 647	4 693 383	6 323 029
Kommunikasjon	1 253 574	3 128 922	4 382 496
Andre kostnader ⁴⁸	1 248 000	2 595 840	3 843 840
Sum kostnader prosjektorganisasjon	7 641 229	22 933 831	30 575 061

Tabell 20: Kostnader til dedikert prosjektorganisasjon, 2023-2024

Det vises til vedlegg 7 for ytterligere beskrivelser rundt bemanning i prosjektet. Videre detaljering og budsjettering av disse kostnadene vil være en del av for- og oppstartsarbeidet knyttet til gjennomføringsfasen.

⁴⁸ Andre kostnader består av reiser, arrangementer, husleie, lisenser osv.

10.2.3. Kostnader til utprøvinger

Det er utarbeidet en grunnkalkyle for hva en generell utprøving vil koste. Kostnaden til hver utprøving er justert 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 (slik det står beskrevet i kapittel 6). Kostnaden for hver utprøving er fordelt på ressurskostnader hos henholdsvis kommune, NHN og leverandør. Kostnader til bidrag fra prosjektorganisasjonen er ikke tatt med i tallene nedenfor, da dette krever tilskudd av midler og er tatt med i kostnadsberegningen for prosjektorganisasjonen ovenfor.

Beregningene viser at direkte kostnader knyttet til hver utprøving vil ligge mellom 13-23 millioner kroner. I vedlegg 6 er det utarbeidet forslag til fire konkrete utprøvinger. Dette er basert på hva som er realistisk og mest hensiktsmessig å gjennomføre innenfor de definerte rammene. Følgende forslag er skissert:

- Utprøving 1: Oversikt over kommunale tjenester
- Utprøving 2: Diagnoser og behandlingshistorikk
- Utprøving 3: Utforskning av etablerte plattformløsninger
- Utprøving 4: Skalering og utbredelse

Nøyaktig hva som skal prøves ut, må bestemmes av kommunene i samarbeid med relevante leverandører, men i dialog med prosjektet, NHN og KS for å sikre samordning og at utprøvingene bidrar til realisering av målbildet.

Basert på dagens kjennskap til utprøvinger, viser grunnkalkylen at kostnadene til hver utprøving vil se slik ut:

Kostnader per utprøving	Sum	Andel
Kommune	6 269 365	37 %
NHN	7 500 000	44 %
Leverandør	3 372 105	20 %
Sum	17 141 470	100 %

Tabell 21: Kostnader per aktør per utprøving

De fire utprøvingene gjennomføres i tidsrommet fra tidligst juli 2023 til desember 2024, og vil ha ulikt omfang basert på hva som skal prøves og hvordan det skal gjennomføres. 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, vil totalkostnaden for utprøvingene se slik ut:

Utprøving	2023	2024	Sum
Utprøving 1	9 271 759	8 897 585	18 169 343
Utprøving 2	4 647 720	9 071 532	13 719 251
Utprøving 3	3 882 967	19 136 982	23 019 948
Utprøving 4	0	20 394 235	20 394 235
Etterfølgende drift og forvaltning av løsninger	0	4 441 926	4 441 926
Sum kostnader utprøvinger	17 802 445	61 942 259	79 744 704

Tabell 22: Kostnader per utprøving.

10.3. Nytteeffekter

Hensikten med dette kapitlet er å oppsummere forventede nytteeffekter for de ulike aktørgruppene i de to periodene av gjennomføringsfasen. Det vises til vedlegg 2 for mer detaljerte beskrivelser av nytteeffektene. I vedlegg 6 er det beskrevet forventede effekter fra hver av de fire foreslåtte utprøvingene i den første perioden.

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, samt beskrivelse av realisering av nytte i første periode av gjennomføringsfasen i vedlegg 2.

Effekt		Effekt utprøvinger			
		1	2	3	4
E1	Tilgang til relevant informasjon som er oppdatert, helhetlig og korrekt	x	x		x
E2	Utvikling av helhetlige arbeidsprosesser og tjenester				
E3	Kvalitetsforbedring på bakgrunn av bedre analysegrunnlag		x	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		x
E6	Unngåtte kostnader til anskaffelser (redusere ressurskrevende anskaffelser mm.)				x
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		x
E10	Bedre forutsetninger for innovasjon og næringsutvikling		x	x	x
E11	Bedre grunnlag for utvikling gjennom enhetlige behovsbeskrivelser	x	x		x
E12	Likere konkurransevilkår og kortere vei til markedet – for alle		x	x	x

Tabell 23: Nytteeffekt for utprøvinger i 2023-2024

10.3.2. Nytte i målbildet

Tabellen har til hensikt å oppsummere forventede nytteeffekter for aktørene i realiseringen av målbildet. Se vedlegg 2 for detaljerte beskrivelser.

Effekt	Detaljerings av effekt	Aktører
E1	<p>Tilgang til relevant pasientinformasjon som er oppdatert, helhetlig og korrekt</p> <p>E1.1 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</p> <p>E1.2 Tidsbesparelser i innhenting av informasjon, relevant informasjon er tilgjengelig i sanntid</p>	Helsepersonell Kommune
E2	<p>Utvikling av helhetlige arbeidsprosesser og tjenester</p> <p>E2.1 Innflytelse på utvikling av store og mindre løsninger som støtter faktiske behov</p> <p>E2.2 Tilgang til arenaer for felles innsats knyttet til innovasjon</p> <p>E2.3 Mer effektive arbeidsprosesser som et resultat av inkluderende produktutvikling</p> <p>E2.4 Unngått tidsbruk</p> <p>E2.5 Reduserte kostnader</p>	Helsepersonell Kommune
E3	<p>Kvalitetsforbedring på bakgrunn av bedre analysegrunnlag</p> <p>E3.1 Bedre grunnlag for å kunne gjennomføre analyser</p> <p>E3.2 Lettere å avdekke konkrete risikoer og tiltak for kvalitetsforbedring basert på bedre styringsdata</p> <p>E3.3 Kan bidra til økt forsvarlighet, og effekter i form av unngåtte kostnader og besparelser</p>	Helsepersonell Kommune
E4	<p>Mindre feil og avvik i tjenestene i vurdering, tiltak og behandling av innbyggere</p> <p>E4.1 Mindre feil og avvik gir større tillit til kommunen</p> <p>E4.2 Reduserte kostnader knyttet til arbeidstid for personell, utstyr til behandling eller unngåtte langvarige behandlinger</p> <p>E4.3 Bedre personvern og informasjonssikkerhet, som realiseres gjennom en mer enhetlig tilnærming til krav og arkitektur og risiko- og personvern vurderinger (ROS og DPIA)</p>	Helsepersonell Kommune
E5	<p>Frigjort tid fra administrative oppgaver til pasientrettet kontakt</p> <p>E5.1 Redusert tidsbruk til informasjonshenting og dokumentering</p> <p>E5.2 Økt pasient- og brukerkontakt</p> <p>E5.3 Understøtte kapasitetsutfordringene i tjenestene</p>	Helsepersonell Kommune
E6	<p>Unngåtte kostnader til anskaffelser (reduere ressurskrevende anskaffelser mm)</p> <p>E6.1 Redusert mengde oppgaver for den enkelte kommunen gjennom større grad av felles behovssamarbeid</p> <p>E6.2 Mer enhetlige og helhetlige arbeidsprosesser</p> <p>E6.3 Felles anskaffelser avlaster lange og ressurskrevende anskaffelsesprosesser i hver kommune.</p> <p>E.6.4 Gjøre nye løsninger lettere tilgjengelig for avrop og bestilling gjennom en felles «butikk^[1]»</p>	Helsepersonell Kommune Innbygger

		<p>E6.5 Større grad av læring og erfaring kan også bidra til å unngå samme feil flere ganger, eller unødig bruk av ressurser.</p> <p>E6.6 Reduserte lokale IT-driftskostnader på grunn av mindre behov for å drifte lokale installasjoner</p>	
E7	Aktiv rolle i behandling, oppfølging og beslutninger om helse	<p>E7.1 Tilgjengelig relevant informasjon fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene</p> <p>E7.2 Mindre ansvar og utrygghet for pårørende. Tilgjengelig gir redusert stress og tidsbruk for pårørende</p> <p>E7.3 Brukervennlige løsninger for tilgang, sperring, innsyn mm. for å sikre god oversikt og kontroll</p>	Innbygger
E8	Opplevelse av riktig kvalitet i tjenestene som gis	<p>E8.1 Helseopplysningene følger innbygger i større grad og de slipper å bære med seg informasjon på egenhånd</p> <p>E8.2 Oppleve økt trygghet for forsvarlige tjenester</p>	Innbygger
E9	Bedre pasientsikkerhet	<p>E9.1 Færre uønskede hendelser</p> <p>E9.2 Forebyggende perspektiv: lettere og mer alvorlige skader kan unngås i fremtiden</p> <p>E9.3 Riktig behandling til riktig tid</p>	Innbygger
E10	Bedre forutsetninger for innovasjon og næringsutvikling	<p>E10.1 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</p> <p>E10.2 Etableres et test- og utviklingsmiljø («sandkasse^[1]») med tilgang på relevante testdata, API-er, verktøy mm. for utvikling og utprøving av løsninger</p> <p>E10.3 Mindre ressurskrevende prosesser ved at sentrale deler av anskaffelser og avtaleforvaltning gjøres i fellesskap</p> <p>E10.4 Rette tilnærming til å gjennomføre og innføre løsninger og ny utvikling på en effektiv måte</p> <p>E10.5 Felles anskaffelser kan gi leverandørene stordrifts- og storskalafordeler</p> <p>^[1] Et kontrollert testmiljø for nye produkter, teknologier og tjenester for blant annet å øke forståelse for løsningene, identifisere risiko eller andre problemstillinger</p>	Næringsliv
E11	Bedre grunnlag for utvikling gjennom enhetlige behovsbeskrivelser	<p>E11.1 Enhetlige behovsbeskrivelser som svarer ut leverandørenes behov for grunnlag for en god utviklingsprosess</p> <p>E11.2 Tilgang til relevante fagressurser gjennom felles arbeid på innovasjonsarenaen</p>	Næringsliv

E12	Likere konkurransevilkår og kortere vei til markedet – for alle	<p>E12.1 Lik tilgang til informasjon for alle skal gi likere muligheter knyttet til at funksjonalitet blir det viktigste konkurransekriteriet (ikke markedsandel og ønske om unngåtte byttekostnader)</p> <p>E12.2 Tilgang til oversikt over felles behov (behovsbeskrivelser) gjennom innovasjonsarenaen og tilgang til oversikt over pågående eller etterspurte samarbeid</p> <p>E12.3 Tilgang til erfaringsarena for nyttige innspill knyttet til applikasjoner, behovssamarbeid, implementering med mer</p> <p>E.12.4 Flere store anskaffelser – færre enkeltstående og ressurskrevende anskaffelser</p>	Næringsliv
------------	---	--	------------

Tabell 24: Nytteeffekt per aktør

10.4. Samfunnsøkonomiske betraktninger

Det er forventet at løsningen vil gi betydelige samfunnsøkonomiske effekter, både i form av kvalitative og kvantitative nytteverdier. Tiltakene vil gi gradvis effekt etter hvert som konkrete utprøvningsprosjekt realiseres. Hvilke konkrete effekter og til hvilket tidspunkt og i hvilket omfang er ikke mulig å si noe sikkert om før vi vet hvilke prosjekt som skal gjennomføres og i hvilke samarbeidskonstellasjoner. Det er årsaken til at de samfunnsøkonomiske effektene ikke er kvantifisert og beskrevet i detalj som en del av styringsdokumentet.

I arbeidet med sentralt styringsdokument for Akson-prosjektet ble det gjort en omfattende samfunnsøkonomisk analyse.⁴⁹ Disse vurderingene ble også kvalitetssikret i konseptvalgutredningen KS1, hvor omfang, innføringstakt og tallgrunnlag i ettetid er blitt korrigert. Siden prosjektets samfunns mål er det samme, er det nærliggende å gjenbruke betraktninger og vurderinger fra det 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 løsningens effektmål.

Analysen fra Akson viser at løsningen over en 15-års periode vil gi et samfunnsøkonomisk overskudd. I tillegg til de prissatte virkningene som inngår i analysen, pekes det også på en rekke ikke-prissatte virkninger av betydelig karakter. Som det står beskrevet ytterligere nedenfor, er det forventet at løsningen som nå beskrives vil kunne bidra til mange av de samme nytteeffektene.

Samtidig er det blant annet på basis av tilnærmingen med *stegvis utvikling og gradvis innføring* forventet at de totale kostnadene vil ligge på et lavere nivå. Følgelig er det også grunn til å anta at den beskrevne tilnærmingen vil gi et samfunnsøkonomisk overskudd.

⁴⁹ Akson – Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse. Oppdatert etter KS1, utgitt mars 2020 | Direktoratet for e-helse.

Det presiseres at tall og vurderinger fra Akson hviler på en rekke forutsetninger⁵⁰, og at de sånn sett er mer retningsgivende enn direkte overførbar økonomisk verdi. Det bør også 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.

10.4.1. Nytteeffekter

Det er forventet at den akkumulerte nytten over tid skal være i noenlunde samme størrelsesorden som de 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 nyttevirksomheter 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.

⁵⁰ 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.

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 16: Oppsummering av samfunnsøkonomiske effekter fra Akson

10.4.2. Kostnadseffekter

Kostnadene vil avhenge av hvordan plattformen skal realiseres. Uavhengig av hvordan dette gjøres er det forventet at det totale samfunnsøkonomiske 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 kostnadskrevende 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, både 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 det 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 var en av de store kostnadsdriverne i Akson. Dersom plattformen leveres som en nasjonal tjeneste gjennom NHN basert på gjenbruk av etablerte løsningsmønstre vil det ikke kreve de samme lisenskostnadene. På den annen side vil kommunene fortsatt måtte dekke lisenskostnader til sluttbrukerløsninger. Dersom plattformen på sikt kompletteres med løsninger fra markedet, vil det være lisenskostnader innregnet i en total tjenestepreis. Selv i den situasjonen er det grunn til å mene at lisenskostnadene vil være vesentlig lavere.

- **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 skattefinansieringskostnad (-386 millioner kroner). Å si noe konkret om tilsvarende kostnadsbilde for løsningen som nå beskrives er for krevende, grunnet høy usikkerhet, men det er grunn til å anta at samlede kostnader vil være langt lavere enn for Akson-prosjektet.

I sum ga dette 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 1: Ytre rammer

Styringsdokument

Felles kommunal journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge

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. Arkitektur rammer	5
3. NASJONALE STRATEGIER:	5
3.1. Én digital offentlig sektor.....	5
3.2. Nasjonal strategi 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 nasjonale løsninger	12
7.2. Program digital samhandling	12

7.3.	Program Felles språk.....	13
7.4.	Helsenorge – innbyggertjenester.....	13
7.5.	Helseteknologiordningen – HTO	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 prosjekt 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 omsorg). Det legges til grunn at prosjektet skal etterleve alle relevante lover, forskrifter og strategier for sektoren. Vedlegget representerer derfor ikke en uttømmende oversikt.

Først gis en overordnet presentasjon av de aktuelle ytre rammene. Deretter går man mer detaljert gjennom enkelte av disse, hovedsakelig strategier, med vurdering opp mot prosjektets øvrige rammer og målsetninger. I senere kapitler går man inn på nasjonale tiltak som kan være relevante for tiltaket. Med utgangspunkt i de tekniske rammene ser man på nasjonale og sektorielle arkitekturprinsipper og standarder. Aktørene innenfor og utenfor økosystemet, for eksempel leverandører, planlagte kommunale og nasjonale programmer og prosjekter som har eller vil kunne få betydning beskrives også. 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 - Prosjektomfang 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 insitament for å benytte tjenestene så tidlig som mulig og i så stor grad som mulig. I en stegvis utvikling kan det medføre at kommunene vil være klare og ha gode insentiver for å benytte mulighetene som økosystemet tilbyr tidligere enn ellers.

Lov om arkiv¹ (arkivlova) vil også påvirke funksjoner i et fremtidig økosystem 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

Prosjektet 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. Prosjektet 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 - digitaliseringsdelene²
- European Health Data Space – EHDS

EHDS er et forslag til ny forordning 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
 - interoperabilitet mot et europeisk EPJ-format

¹ [Lov om arkiv \[arkivlova\] | Lovdata](#)

² 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».

- europeisk e-helse ID

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 International³ 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

³ 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)
- Nasjonal strategi kunstig intelligens
- Plan for internasjonale standarder 2021-2024
- Plan for felles grunnmur for digitale tjenester 2019-2023

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-helse⁴ (2017-2022)
 - Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgsektoren⁵ (er på høring og skal gjelde fra 2023)
- Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021-2026⁶
- 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 det også betydningsfullt fordi prosjektet 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:

KS, kommunene og fylkeskommunenes organisasjon, har fått et mandat fra sine medlemmer mht. samordning og samstyring, representere sektoren og dens interesser samt 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:

- Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet
- Referansearkitektur for kommunal sektor
- KS/DIF digitale fellestjenester

⁴ [Nasjonal e-helsestrategi | Direktoratet for e-helse](#)

⁵ [Ny nasjonal e-helsestrategi er ute på høring | Direktoratet for e-helse](#)

⁶ [Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 - 2026 versjon 22.02 | Direktoratet for e-helse](#)

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. Arkitektur rammer

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)⁷
- Nasjonal strategi for kunstig intelligens⁸
- Plan for internasjonale standarder 2021-2024⁹
- Plan for felles grunnmur for digitale tjenester 2019-2023¹⁰
- Overordnede arkitekturprinsipper¹¹

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 kommune 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.

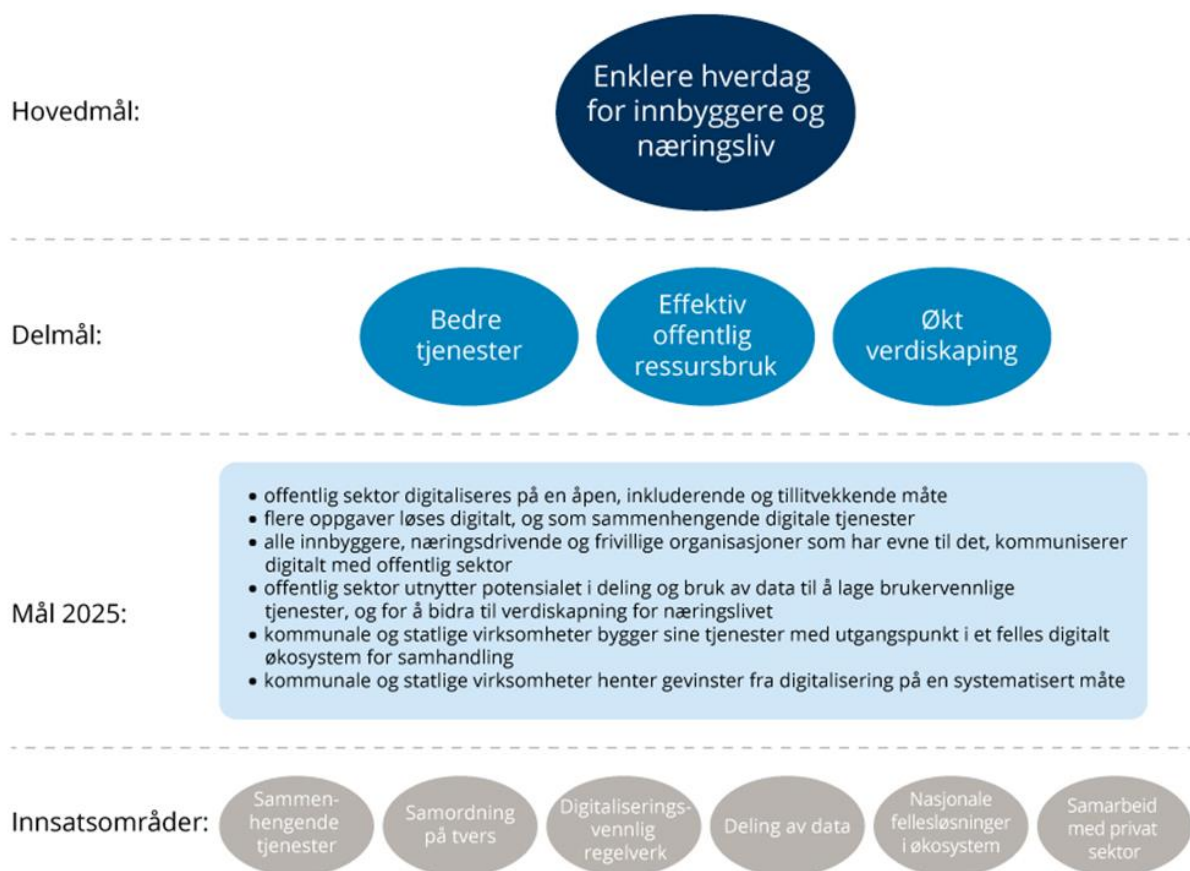
⁷ [Én digital offentlig sektor | Regjeringen](#)

⁸ [Nasjonal strategi for kunstig intelligens | Regjeringen](#)

⁹ [Plan for internasjonale standarder 2021-2024 | Direktoratet for e-helse](#)

¹⁰ [Plan for utvikling av felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten | Direktoratet for e-helse](#)

¹¹ [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 prosjektet:

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 likt 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. Det skal vektlegges en åpen og fleksibel løsning som er endringsdyktig og fleksibel.
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 avhengig av å ha et tett samarbeid med leverandørmarkedet, og anser disse 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 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 koordineringsprosjektet¹² «Bedre bruk av kunstig intelligens» som ble startet i 2019, og hvor KS deltar fra høsten 2021.

Vi legger til grunn at beslutningsstøtte og læringssystem 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 og 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 grunddata,

¹² 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 grunddata 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 (*).

- E-helsestrategi
- 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 prosjektet 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 målintikatorer 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 på den ene eller andre måten 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 KSs Kommunal 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 strategier 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 seg 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.
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 mm. 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 terminologi¹³. 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 Felles språk for helse- og omsorgssektoren.	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 gjennom Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger ¹⁴ , som for eksempel henvisning, epikrise og dialogmeldinger.	Støtte for disse standardene er lovpålagt og må støttes enten av plattformen eller

¹³ [Samhandlingsarkitekturer i helse- og omsorgssektoren.pdf](#) | Direktoratet for e-helse

¹⁴ [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 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 tidligere nevnte e-helsestrategiene som det er etablert nasjonale program og prosjekter for å realisere.

- Veikart nasjonale løsninger
- Program digital samhandling¹⁵
- Program kodeverk og terminologi – Felles språk¹⁶
- Helsenorge – innbyggertjenester¹⁷
- Helseteknologiordning
- EPJ-løftet¹⁸
- Helseplattformen¹⁹
- Spesialisthelsetjenester journaler utenom helseregion Midt-Norge

7.1. Veikart nasjonale løsninger

Direktoratet for e-helse har utarbeidet et veikart for nasjonale e-hesløsninger på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Veikartet gir en oversikt over planer for pågående utvikling og innføring av nasjonale e-hesløsninger. 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-hesløsninger.

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

¹⁵ [Dette er program digital samhandling | Direktoratet for e-helse](#)

¹⁶ [Program kodeverk og terminologi – Felles språk | Direktoratet for e-helse](#)

¹⁷ [Helsenorge – din helse på nett | Helsenorge](#)

¹⁸ [EPJ-løftet | Direktoratet for e-helse](#)

¹⁹ [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 med hverandre effektivt. 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 – HTO

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 sektoren²⁰. 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 klassert 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-direktivet²¹ eller NIS2-direktivet²², kan bli relevante dersom direktivene eller prinsipper fra direktivene hjemles i norsk lov. Samtidig er EIDAS-forordningen listet i aktuelle lovverk over «under endring»²³, og vil kunne påvirke kravene som blir gjeldende for tiltaket.

²⁰ [EPJ-løftet – program for EPJ-utvikling | Direktoratet for e-helse](#)

²¹ 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)

²² [NIS2-direktivet | Regjeringen](#)

²³ [Endringsbestemmelser i eIDAS-forordningen | Regjeringen](#)

For å sikre at krav og forventninger til informasjonssikkerhet og personvern etterleves, må anerkjente rammeverk for informasjonssikkerhet 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 (ISMS²⁴), 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 sikkerhetstiltak²⁵ innenfor et ISMS-omfang. Standarden anbefales av Datatilsynet²⁶, mappes mot Normens krav, og bør brukes av alle aktører som skal helhetlig ivareta 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 regelverk²⁷ 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, dette 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.

²⁴ Information Security Management System

²⁵ Av organisatorisk, menneskelig, fysisk og teknologisk art

²⁶ [Iverksette styringssystem for informasjonssikkerhet | Datatilsynet](#)

²⁷ [Oversikt over Normens krav og mapping mellom ISO, CSA og Normen | Direktoratet for e-helse](#)

Felles kommunal journal interim AS

Vedlegg 2: Behov og nytte

Styringsdokument

Felles kommunal journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
2. AKTØRBILDET	1
3. BETYDNINGEN AV INVOLVERING AV AKTØRENE I UTFORMING AV LØSNING OG BEHOV	3
4. AKTØRENE DRIVERE OG BEHOV	4
1.1 Helsepersonellens behov	4
1.2 Kommunenes behov	7
1.3 Innbyggers behov	9
1.4 Næringslivets behov	11
5. OVERORDNEDE KRAV OG PRINSIPPER TIL LØSNING	12
1.5 Krav til løsning	12
6. VIRKNING OG EFFEKT FOR AKTØRENE I MÅLBILDET	14
1.6 Hva er prosjektets virkning for helsepersonell i et målbilde?	14
1.7 Hva er prosjektets virkning for kommunene i et målbilde?	18
1.8 Hva er prosjektets virkning for innbyggere i et målbilde?	22
1.9 Hva er prosjektets virkning for næringslivet i et målbilde?	25
7. VIRKNING OG EFFEKT FOR AKTØRENE I PERIODEN 2023-2024	28
1.10 Samlet vurdering av effekter for utprøvingene	28

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 utprøvsperiode 2023-2024

Vedlegget gir informasjon om de forskjellige aktørenes behov, og beskriver ønsket effekt både for et målbilde og for første utprøvsperiode. 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 utprøvsperiode.

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. Omfanget for tiltaket er de kommunale helse- og omsorgstjenestene utenfor helseregion Midt-Norge. Følgende helsepersonell utfører lovpålagte tjenester:

- 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 prosjektets 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

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.

sammen leverer lovbestemte kommunale helse- og omsorgstjenester. Mange innbyggere får flere kommunale helse- og omsorgstjenester samtidig.

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

Prosjektet skal ikke utvikle sluttbrukerløsninger (journalssystemer, applikasjoner mm) selv. Det er det leverandørmarkedet og deres skaperkraft som skal gjøre gjennom bredden av store og små, etablerte og nye leverandører. Prosjektet ser derimot både nødvendigheten og viktigheten av å få på plass nye og effektive sluttbrukerløsninger for helsepersonell og innbyggere. Vi vil rette prosjektets fokus 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 aktørfora)

Prosjektet og realiseringen av målbildet skal skje stegvis. Dette betyr med 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), samt gjennom å skape arenaer der dette kan skje (beskrevet i vedlegg 3). 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 i ulike arenaer fått 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 løsningsegenskaper. Selv om punktene kan være utformet med utgangspunkt i en aktørgruppe mener vi dette bør legges til grunn for alle. Noen av punktene er:

- Diskutere *hva som skal deles og når*.
- Lokale fagfolk i kommunene må involveres og bli tatt med i prosessene

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

² [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) | Lovdata](#)

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

- Involvere aktørgruppene tidlig, organisere det rundt konkrete problemstillinger. Ta for seg en spesifikk case.
- 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. Fokus på å dele informasjon er feil, fokus bør være på *hva som skal deles*.
- Kommunene (og aktørene) må prioritere sine behov for å forbedre sine digitale journalverktøy.

4. AKTØRENS 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 tjenesteområder 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 for prosjektet.

I det følgende beskrives behovene til hovedaktørene helsepersonell, kommune, innbygger og næringsliv. Beskrivelsen er ikke uttømmende.

1.1 Helsepersonellens behov

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

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

Tabell 2: Behov for helsepersonell

1.1.1 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.

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

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 sykleggjøre eller bidra til feilbehandling. Helsepersonell⁸ har behov for å jobbe på basis av den samme helhetlige, oppdaterte og korrekte informasjon til enhver tid.

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

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 et «nav» i helse- og omsorgstjenesten generelt og i den kommunale tjenesten spesielt. Fastlegene har mange hundre pasienter på sine lister, og de fleste av dem er stort sett friske innbyggere som fastlegen har liten eller ingen kontakt med. For andre og mindre grupper av pasienter, som for eksempel multi- og/eller langtidssyke er dette bildet helt annerledes. Selv om dette tallmessig er en liten gruppe for hver enkelt fastlege, behøver de oftest mye 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 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 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 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. Ofte er ikke de kommunale systemene oppdatert. Yrkesgruppene arbeider til alle døgnets og årets tider, og er ofte alene på natt- eller helgevakt. I tillegg står sykepleieren i et avhengighetsforhold til fastlegen i forhold til medisinske vurderinger, spørsmål eller oppfølging av behandling. Da er behovet for tilgang til oppdatert og relevant informasjon, god informasjonsflyt og kommunikasjon enda viktigere.

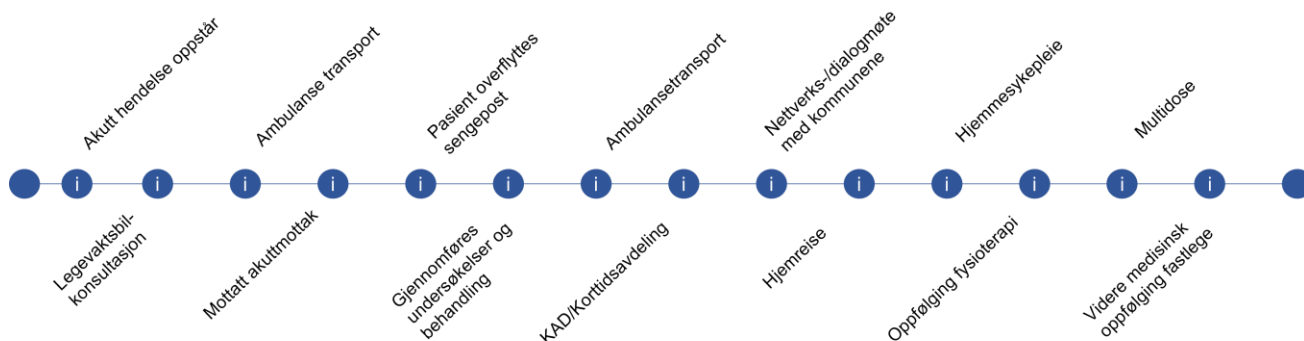
*«Å forbedre samhandling mellom aktører er hovedproblemet»
(FKJ aktørfora)*

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 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

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

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, helt uten tilgang til oppdatert medisinsk informasjon. 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 i forhold til fastlegene. Likevel – mangel på ressurser og mobile verktøy til oppfølging gjør at det kan gå flere timer mellom svarene på informasjonsforespørsler 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 basis informasjonsinnhenting.

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

1.1.2 Helsepersonell har behov for mer effektive løsninger tilpasset egne oppgaver

Mange kommuner har i dag en applikasjonsportefølje som er silopreget, som betyr at løsningene i liten grad samvirker eller kommuniserer. Innføring av nye løsninger kommer ofte på «toppen av» eller «i tillegg til», fordi løsningene har dårlig eller liten samhandling. Konsekvensen av det 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 en gang, prosessstøtte eller automatisering i dag. Helsepersonellet har derfor behov for å kunne gjøre ting en gang og unngå unødig dobbeltføring og ekstra administrasjon.

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

Siden mange jobber i ulike team på tvers av organisasjonen er det også behov for at delt informasjon blir ivaretatt 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, 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

«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 aktørfora)

arbeidsprosesser og at arbeidsflatene leveres standardisert på tvers av ulike enheter (mobil, PC, nettbrett). Helsepersonell har også behov for beslutningsstøtte.

1.2 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
B5	Mer effektiv ressursbruk
B6	Informasjon for styring og kvalitetsforbedring
B7	Effektive prosesser knyttet til anskaffelser

Tabell 3: Behov for kommunene

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

- mellom tjenestesteder (mest innenfor, men også utenfor den enkelte kommune)
- mellom personell innenfor det samme tjenestestedet
- i tid, både i forhold til historie eller planlegning, 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 også fritt til å velge å levere tjenestene gjennom eksterne ressurser, 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.

⁹ Med kommune i denne sammenhengen menes kommunen som administrativ enhet

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

«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 aktørfora)

Utover det enkelte helsepersonellets 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 en samlet enhet, men et fragmentert landskap.

1.2.2 Kommunene har behov for å ivareta oppgaver og lovkrav

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

«Graden av lovopplnåelse 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)

Kommunene har utfordringer med å etterleve alle lovkrav i dag, på flere områder. En rapport fra Menon economics¹¹ publisert i mai i 2022 konkluderte med at det på overordnet nivå ikke er noen av kommunene i utvalget som tilfredsstillere alle lovkrav fullt ut. Det er samtidig stor variasjon mellom kommunene.

1.2.3 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 havne i samme uføre. Det er en dramatisk økning på 14 år.

Kommunale helse- og omsorgstjenester er kommunenes største tjenesteområde, 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.

Journalssystemene 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.

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

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. 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 innleggelses, unødige undersøkelser eller prøver og i verste fall feil og skadende behandling. Det kan også føre til oppstart av nye tjenester eller innleggelses som kunne vært unngått dersom man hadde hatt et godt helhetsbilde.

1.2.4 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 journaløsninger 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 enn i dag. I dag får man heller ikke anvendt informasjon og trender for å planlegge opplæring og kompetansebehov for å møte fremtidens behov.

1.2.5 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 leverandør oppfølging 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 innkjøp.

1.3 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

1.3.1 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

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

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 EØS-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 2).

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 tidlig 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, hva som bør iverksettes av nye tjenester eller tiltak.

Innbygger opplever i dag at behandlerne ikke har tilstrekkelig eller oppdatert informasjon om dem 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)

1.3.2 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 også 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 aktørfora)

1.3.3 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 Aktørfora)

1.4 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

1.4.1 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

1.4.2 Næringslivet har behov for tilgang til informasjon for utviklingsmuligheter

Markedet er i dag preget av allerede etablerte journalleverandører. Tilbakemeldinger prosjektet har fått i 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. Det foreligger derfor et behov for å sikre at informasjon er tilgjengelig for et bredt

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

(FKJ aktørfora)

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

(FKJ aktørfora)

utvalg av leverandører.

1.4.3 Næringslivet har behov for gode behovsbeskrivelser

Kommunene har tradisjonelt sett i mindre grad samarbeidet om å definere felles behov som underlag for utvikling av felles løsninger, selv om det selvsagt 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 på tvers av 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.

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

(FKJ aktørfora)

5. OVERORDNEDE KRAV OG PRINSIPPER TIL LØSNING

Prosjektets føringer er gitt gjennom St. Prop. 1S (2020-2021), samt St. Prop. 1S (2021-2022). Føringerne 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 i det følgende.

1.5 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 har vi gjort 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 logisk informasjonskilde, 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

Og 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 forskjellig 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 og behovet for å dele informasjon er størst. Arbeidet med å kartlegge hvordan vi kan forbedre forløp, hvilken informasjon som bør utveksles, 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.*

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 evne til å realisere nytte og gevinster i den enkelte kommune. 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.

I dagens marked opplever mange kommuner at de ikke har en reell mulighet til å bytte løsning eller leverandør. Det oppleves som for dyrt, risikofylt og krevende. Det bidrar til det som beskrives som «serie-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 ivaretatt slik at bytte av leverandør og løsning kan gjennomføres enkelt.

- *Personvern og informasjonssikkerhet skal ivaretas i løsningsdesign*

Kravene til personvern og konfidensialitet er fundamentale og må sikres i det grunnleggende løsningsdesign. Alle innbyggere skal:

- sikres tilgang og kontroll med egne helseopplysninger
 - være trygg på at informasjon er oppdatert og korrekt
 - være trygg 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 innbyggerne 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, enn det motsatte. Det er et helt 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, både å finne frem til og å bruke. Vi vil bygge på strategien om at innbyggerne skal ha én samlet plattform for helseinformasjon, 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 innbygger og de 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.

6. VIRKNING OG EFFEKT FOR AKTØRENE I MÅLBILDET

I dette kapitlet beskrives antatt effekt tiltakene kan gi aktørene på lang sikt, i et målbilde.

Effektene som beskrives må sees i tett sammenheng med prosjektets effektmål. Prosjektet har også utarbeidet resultatmål som skal gjenspeile effekten av de utprøvnings- og innføringstiltakene vi gjennomfører i de ulike periodene. Dette gjelder både for første utprøvningsperiode, samt i et målbilde perspektiv.

I det følgende beskrives prosjektets antatte virkning for helsepersonell, kommuner, innbygger og næringsliv i et målbilde.

1.6 Hva er prosjektets virkning for helsepersonell i et målbilde?

I dette avsnittet beskrives målbildets antatte virkning for helsepersonell. Det beskrives også hvilke forutsetninger som må være på plass, identifisert på 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

Effektmålet for helsepersonell er **Sikker tilgang til relevant pasientinformasjon som legger grunnlag for samhandling, kontinuerlig tjenesteutvikling og helhetlige arbeidsprosesser**. Med utgangspunkt i dette effektmålet har vi ledet ut følgende virkninger for helsepersonell som beskrives i det følgende:

Effekt/virkning helsepersonell

¹⁵ Med fysisk lager menes her en felles datakilde/database/register som er samlet i en og samme kilde, slik det for eksempel er tilfelle med dagens Folkeregister

¹⁶ Med logisk lager menes her en løsning som sammenstiller informasjon fra flere ulike fysiske kilder i sanntid, slik at det for brukeren fremstår som om det dreide seg om et fysisk lager.

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

1.6.1 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 de tilhører. Gjennom tilgjengeliggjøring av riktig informasjon får helsepersonell bedre forutsetninger for å vurdere nivå på helsehjelp, 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 hvert enkelt helsepersonell.

Gjennom tilgang til lik og 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 lik 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 hvilke 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 en 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 en gang, så kan hun bevege seg mellom journalsystemet og de ulike applikasjonene. Arbeidsflaten understøtter og er tilpasset hennes arbeidsprosesser.

1.6.2 E2 Bedre forutsetninger for kontinuerlig tjenesteutvikling og helhetlige arbeidsprosesser

Tilgang til relevant informasjon vil gi nye muligheter både knyttet til 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 i dag å ha flere løsninger, også mindre applikasjoner mer spisset mot enkelte behov. Med sømløst kan det eksempelvis bety at helsepersonell kan bevege seg fra et system til et annet, og det «oppleves» som de arbeider i samme sluttbrukerløsning når de kommer inn i ny brukerflate. Pasientinformasjonen er tilgjengelig uten ny pålogging og pasient- eller brukerkonteksten beholdes i den nye brukerflaten. Helsepersonellet unngår på denne måten nytt søk på pasient eller bruker. Dette skal gi helsepersonellet større grad av løsninger som støtter deres behov i daglig arbeid og en forenklet og mindre tidkrevende prosess med tanke på innlogging og bevegelse fra et system til et annet.

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.

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 prosesstøtten følge gjennom de ulike systemene. Gjennom involvering og medvirkning i egne arenaer vil det være mulig å nå disse målene.

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 iterative prosesser som en del av kommunenes helsefaglige miljø på innovasjonsarenaen. Her bidrar de til å definere hva som må oppnås i et bruker- og tjenesteperspektiv i tett samarbeid med leverandørene. Helge har en viktig rolle i 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 som bør gjøres. 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 best for dem funksjonelt.

1.6.3 Hva er forutsetningene for å nå virkningene for helsepersonell i et mål bilde?

For å realisere tilgang til relevant informasjon som er oppdatert, helhetlig og korrekt for helsepersonell er en forutsetning at informasjon fra ulike løsninger og kilder må 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. Det er særlig viktig i de tilfeller der det kan være motstridende egenskaper mellom kvalitetene (se mer informasjon i vedlegg 4).

Det blir viktig å definere og vurdere hva som er relevant pasientinformasjon ved stegvis realisering av nye informasjonsbehov. Dette må også vurderes for å i størst mulig grad overholde dataminimeringsprinsippet (se mer i bilag 5.1).

For å få til nye og effektive løsninger som støtter helsepersonellens behov er det en forutsetning med prosesser som gir god klinikerinvolvering. En prosess for identifisering og prioritering av behov er beskrevet nærmere i vedlegg 6. Tilsvarende er innovasjonsarenaen beskrevet i vedlegg 3, som er ment å understøtte et slikt arbeid. 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 også innebære helt sentrale aktiviteter som å definere en ny ønsket beste praksis av arbeidsprosessene. En felles struktur blir sentralt 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 på 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 en gang og i en løsning er derfor helt nødvendig. Tilsvarende må pasientinformasjonen være tilgjengelig uten ny pålogging, og pasient- eller brukerkonteksten må 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 et system til et annet, og det «oppleses» 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 målbilde forutsetter aktiv og bevisst endringsledelse og det må påbegynnes 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 aktørene som er involvert. Det er også viktig med et tankesett hvor vi ikke tror at vi skal løse alt med en gang, men hele tiden vurdere det neste skrittet som kan gi mest mulig verdi. Helsepersonell må utfordres på 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 optimalt.

1.7 Hva er prosjektets virkning for kommunene i et målbilde?

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 som beskrives i det følgende:

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 mm)
E.6.1	Redusert mengde oppgaver for den enkelte kommune 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 samme feil flere ganger, 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

1.7.1 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 fundamenteres på analyse av både effektivitet i organisering og arbeidsprosesser eller også 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.

¹⁸ Katalog/oversikt over aktuelle leverandører og løsninger med registrerte egenskaper.

Å gjennomføre analyse på 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 gjennom gode styringsdata få god oversikt over eksempelvis avvik som kan gi gode holdpunkter for hvilke endringer som bør gjøres

Kari jobber som kvalitetsansvarlig for pleie og omsorg i en kommune. Bedre informasjonskvalitet, samt informasjon tilgjengelig samlet og fra et sted har gjort hennes arbeidshverdag mye enklere. Før brukte hun lang tid for å sammenstille skriftlige rapporter fra ulike fagsystem for å få opp en helhet. Rapportene måtte også hentes fra de ulike fagsystemer. 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, fagkompetanse eller annet. Dette kan bidra til å sette inn bedre tiltak og oppdage risiko tidligere.

1.7.2 Mindre feil og avvik i tjenestene knyttet til vurdering, tiltak og behandling av innbyggere

Gode tjenester av forsvarlig kvalitet er åpenbart viktig i seg selv. I tillegg har det betydning for kommunene i form av innbyggernes totale oppfatning av, og tillit til, kommunen. Det gjelder de valg kommunen har tatt mht. hvordan helse- og omsorgstjenestene produseres og hvem som faktisk gjør det.

For kommuner er det viktig å unngå feil (både i forhold til 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, enten til arbeidstid for personell eller utstyr til behandling. Et mulig avvik som f.eks. feilbehandling har store kostnader for både samfunnet og ikke minst kommunen. Feilbehandling vil i de fleste tilfeller gi et stort etterarbeid i form av økt sykkelighet hos pasienten som igjen vil kreve økt innsats og kostnader. Effektene av færre unngåtte hendelser er forventet å være størst for fastlege og hjemmesykepleien.

Kommunene opplever at man gjennom å få tilgang til oppdatert og relevant informasjon fra andre behandlere får mindre unødvige eller feil vurderinger, tiltak og behandlinger av innbyggere.

Anne jobber på tildelingskontoret som saksbehandler. Gjennom styringsdata kan hun følge med på hvordan det har vært en reduksjon i antall innleggelses fra andre behandlere. Tidligere opplevde man at nye tjenester ble igangsatt, særlig i helgene, fordi man gjennom akutte situasjoner, eksempelvis på legevakten, ikke hadde oversikt over pasientens aktive tjenestetilbud i kommune. Dette førte til økt grad av innleggelses og tjenester eksempelvis på Kommunal akutt døgnenhet (KAD) eller andre akutttilbud. Nå når behandlere har tilgang til hvilke aktive tjenester pasient har i kommunen ser man at antall innleggelses er redusert pasienten ivaretas i større grad i trygge omgivelser i eget hjem og av det personalet som kjenner han godt.

1.7.3 Frigjort tid til mer pasientrettet kontakt

Å få brukt ressurser mer effektivt betyr at kommunene får økt kapasitet ut av de samme ressursene ved å frigjøre tid på ulike områder. Det kan også 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 gi seg utslag både gjennom redusert informasjonsinnhenting og dokumentering. 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.

¹⁹ Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene, side 109. | KS

Frigjort kapasitet fra dette kan brukes til økt brukerkontakt, enten eksisterende bruker eller evne og mulighet til å ivareta flere brukere.

Om et slikt tidstap kunne vært redusert fra 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, dette med bakgrunn i både økt alder, flere kroniske syke osv. Det vil derfor være prekärt og innovere måten å jobbe på for å imøtekomme disse utfordringene. Gjennom mer frigjort tid vil kommunene være i bedre stand til å omdisponere ressursene på flere tjenestemottakere.

1.7.4 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 kommune og mer en- og helhetlige arbeidsprosesser.

Tilsvarende vil et felleskjøp²⁰ kunne avlaste lange og ressurskrevende anskaffelsesprosesser i hver kommune og gjøre nye løsninger lettere tilgjengelig for avrop og bestilling gjennom en felles «butikk²¹». Det brukes i dag mye ressurser for anskaffelser i kommunene. Man har også flere eksempler på feil i anskaffelsesprosessene som resulterer i ytterlige utgifter og kostnader for kommunene. Dette kan tenkes og 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 kommunen 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 hver for seg. Butikken 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 løsninger 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, 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 de en opplevelse av at felles aktiviteter med andre kommuner har bidratt til at man har kjent på en større forpliktelse for høyere tempo i arbeidet med felles behovsgrunnlag. I forhold til forankring i egen kommune opplever hun også at dette har blitt lettere da det foreligger et enhetlig utgangspunkt fra prosessene på innovasjonsarenaen, som er enkelt å omsette til kommunens eget malverk og som etter hvert er gjenkjennbart for andre beslutningstagere i kommunen.

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.

²¹ Katalog/oversikt over aktuelle leverandører og løsninger med registrerte egenskaper.

1.7.5 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 på nåværende tidspunkt.

En nødvendig forutsetning for å oppnå kvalitetsforbedring på bakgrunn av bedre analysegrunnlag er å ha tilgjengelige ressurser, samt ansvar- og oppgavefordeling på området. Det bør være ressurser med ansvar for å følge opp styringsdata tilgjengelig, som kartlegger og vurderer nødvendige endringer på bakgrunn av disse. Dette kan eksempelvis være innenfor områder som kompetanse, opplæring, organisering og ressursfordeling. Mange kommuner har allerede slike ressurser med tydelig oppgaver og ansvar innenfor disse områdene.

En forutsetning for å oppnå ønskede virkninger knyttet til mer felles samarbeid og koordinering kan også være å tenke mer fellesskap i oppgaver som gjøres. Med dette menes at noen valg eller beslutninger i slike samarbeid ikke er det man selv ønsket seg, men at det er 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 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 intern forankring politisk og i egen organisasjon.

1.8 Hva er prosjektets virkning for innbyggere i et målbilde?

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. Med utgangspunkt i dette effektmålet har vi ledet ut følgende virkninger for innbygger som beskrives i det følgende:

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. Tilgjengelig gir redusert stress og tidsbruk for pårørende.
E.7.3	Brukervennlige løsninger for tilgang, sperring, innsyn med mer for å sikre god oversikt og kontroll.
E8	Opplevelse av riktig kvalitet i tjenestene som gis
E.8.1	Helseopplysningene følger innbygger i større grad og de slipper å bære med seg informasjon på egenhånd.
E.8.2	Oppløve 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

1.8.1 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. Dette kan eksempelvis skje som nye innbyggertjenester, men det vil ligge utenfor prosjektets handlingsområde. Vi legger til grunn at dette primært skjer via den nasjonale helseportalen, helsenorge.no. På den måten gis innbygger en vei inn mot egen informasjon og 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 underlette 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 gjengse 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

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, eller limer inn utskrifter 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 i helsenorge.no. Nå slipper hun å notere ned viktige beskjeder for hånd, eller spare på utskrifter.

En annen viktig virkning prosjektet kan ha for innbygger handler om 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 løsningsdesign. 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 felles informasjon skal bidra til å sikre at helseinformasjonen følger innbyggeren i større grad, slik at de slipper å bære med seg informasjon på egenhånd. Dette skal bidra både 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 blitt 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.

1.8.2 Hva er forutsetningene for å nå virkningene for innbyggere i et målbilde?

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, 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. 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.

Innbygger gis en vei inn mot egen informasjon og tjenestevalg via kjente brukerflater som for eksempel Helsenorge 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 må også være en forutsetning at informasjonen gjøres tilgjengelig på et språk som forstås, og med en trygghet i at informasjonsflyten ivaretar eventuelle anomalier slik 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 også en forutsetning med god informasjon til innbygger om hvordan personvern er ivaretatt. Det er også viktig å informere 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.

1.9 Hva er prosjektets virkning for næringslivet i et målbilde?

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 som beskrives i det følgende:

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	Etableres et test- og utviklingsmiljø («sandkasse ²² ») med tilgang på relevante testdata, API-er, verktøy mm. 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	Rette fokus på 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, implementering.

²² Et kontrollert testmiljø for nye produkter, teknologier og tjenester for blant annet å øke forståelse for løsningene, identifisere risiko eller andre problemstillinger

E.12.4	Flere store anskaffelser – færre enkeltstående og ressurskrevende anskaffelser.
--------	---

Tabell 9: Effekt/virkning næringsliv

1.9.1 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 («sandkasse²³») med tilgang på relevante testdata, API-er, verktøy m.m. for utvikling og utprøving av løsninger. Sandkassen er nærmere beskrevet i vedlegg 3.

Tiltaket ønsker 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 søkelyset på hvilke kapabiliteter som kan bidra til å gjennomføre og innføre løsninger og ny utvikling på en effektiv måte.

Gjennom større grad av felles anskaffelser fra kommunene, kan leverandørene i tillegg oppnå stordrifts- og storskalafordele som 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 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 i kommunene. I test og utprøvningsarenaen kan han også anvende syntetisk informasjon til utvikling og testformål.

1.9.2 Bedre grunnlag for utvikling gjennom enhetlige behovsbeskrivelser

Utvikling av sluttbrukerløsninger skal gjøres av leverandørmarkedet. Tiltakets oppgave er å etablere en felles informasjonskilde, samt understøtte og legge til rette for at kommunene og leverandørmarkedet finner sammen i felles utviklingsarbeid.

Tiltaket ønsker å legge til rette for at leverandørene og næringslivet 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 spørre spørsmål. Leverandørene kan derfor gjennom innovasjonsarenaen (mer utfyllende beskrevet i vedlegg 3) ha tilgang til fagressurser som har arbeidet frem behovsgrunnlaget og kjenner godt til dagens situasjon. De kan også være tilgjengelige i en utviklingsfase.

1.9.3 Like konkurransevilkår og kortere vei til markedet – for alle

Tilgang til, og forventning om felles informasjon vil kunne endre dynamikken med «leverandørinnlåsing». 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.

²³ Et kontrollert testmiljø for nye produkter, teknologier og tjenester for blant annet å øke forståelse for løsningene, identifisere risiko eller andre problemstillinger.

En annen viktig verdi med innovasjonsarenaen handler om å gjøre kommunene og virksomhetenes behov tilgjengelig for et bredt leverandørmarked. Det er ønskelig å dele behovene på innovasjonsarenaen, slik at alle leverandører som ønsker, kan få tilgang til å se dette. Dette er for å 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 på 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 de 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 unødige 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 en gang.

1.9.4 Hva er forutsetningene for å nå virkningene for næringslivet i et målbilde?

En forutsetning for å skape bedre rammer for innovasjon og tjenesteutvikling handler blant annet om tilgang til informasjon som grunnlag for utvikling av nye eller eksisterende tjenester eller løsninger. Tilsvarende vil tilgang til et test- og utprøvningsmiljø spille en sentral rolle, med relevant anonymisert eller syntetisk pasientinformasjon som kan brukes i utviklingen.

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 virkninger.

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 kommunes uttak. Dette gjør at leverandørene kan svare på få og heller større anbud, og 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 bredning av norske applikasjoner eller import av utenlandske.

Det kan være krevende å få leverandørene til å delta på overgangen og endringen som kreves fordi det utfordrer dagens strategier og forretningsmodeller. Sentrale spørsmål er eksempelvis vurdering av tilstrekkelig marked, potensiale utenfor Norge og risiko. En sentral forutsetning er at det derfor i samarbeid med leverandørmarkedet legges en strategi for å stimulere eksisterende leverandører til å satse på utvikling inn i en ny situasjon og samtidig levere gode tjenester i transisjonsperioden. I tillegg må strategien ivareta mindre leverandører. Det blir viktig å legge til grunn 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 muliggjøres 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 forretningspotensiale, 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, overordnet, i perioden 2023-2024 beskrives. Det vises for øvrig til Vedlegg 6 for mer detaljert beskrivelse av de enkelte utprøvingene, deriblant også identifisert effekt og nytte.

I det følgende beskrives mulige og forventede virkninger tiltakene kan gi aktørene i perioden 2023 – 2024. I vedlegg 6 beskrives det som en forutsetning at prosjektet ikke har myndighet eller mandat til å foreta beslutninger på vegne av noen kommuner eller aktør. Dette gjelder også underveis i en utprøving. Prosjektet har en rolle som tilrettelegger og rådgiver. Kommunene som deltar i utprøvinger vil ha en viktig rolle i å beslutte utprøvingstiltak, men prosjektet kommer med noen forslag som treffer innenfor prosjektets avgrensede omfang av informasjonsbehov, samt konseptuelle og tekniske behov for avklaringer inn mot et målbilde. Endelig valg av utprøvingstiltak 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. I det følgende legges derfor eksemplene til grunn for en beskrivelse.

1.10 Samlet vurdering av effekter for utprøvingene

1.10.1 Effekter for helsepersonell

Samlet sett vil utprøvingene gi helsepersonell et verktøy for å vurdere og utvikle tjenester og tiltak fra et helsefaglig perspektiv. Informasjonsmodellene som ligger til grunn i utprøvingene vil gjøre det mulig å utforske, teste og evaluere de helsefaglige aspektene mens utprøvingen pågår. For helsepersonell vil de to første utprøvingene gi tilgang til informasjon på en ny måte. Dette kan være et grunnlag for å vurdere tjenesteforløp og strukturen på tjenester som har nytte av tilgang til informasjonen. Effekt av hvordan tjenesteforløp påvirkes og eventuelt endres kan måles ved en vurdering av nåsituasjon ved oppstart og tilsvarende vurderinger av endring underveis i utprøvingen og etter.

Samlet sett kan mulige effekter av utprøvingene være:

- Innhenting 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 hygienefaktor 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 til en relasjon (alternativt fra en til få) skal gjøres tilgjengelig for alle som har tjenstlige behov. Ved å løse konkrete behov og prioritere disse med tanke på nytte for helsepersonell bør det testes å utføre tjenester med ny tilgang til informasjon og med mulighet for endring av arbeidsprosesser og prosessflyt. 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 tillegges vekt med tanke på justeringer og videre utprøvinger.

1.10.2 For kommunen

For kommunen vil gjennomføring av den første utprøvingen gi de ulike aktørene bedre oversikt over hvilke andre aktører som også er involvert. Gjennom dette kan deltagerne få bedre oversikt over samhandling og samspillet i kommunen. Dette kan gi et grunnlag for å justere og reorganisere organisasjon, aktiviteter og tjenester.

Mulige effekter av utprøvingene kan være:

- Kommunen får bedre oversikt.
- Tilgangen til oversikten er tidsbesparende.
- Oversikten gjør det mulig å kvalitetssikre at innbyggerne ivaretas.

Utprøvingene 3 og 4 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 en 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 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 at effektiv og bred informasjonsdeling.

1.10.3 For innbyggere

For innbyggere vil den første utprøvingen kunne bidra til økt trygghet for at kommunen har en samlet oversikt over tiltak.

Mulige effekter av utprøvingene kan være:

- Innbyggere trenger i mindre grad å forklare selv hvilke tjenester, tiltak og aktører som er aktuelle.
- Innbyggere vil kanskje ikke oppleve direkte effekter av utprøvingene, men en effekt vil kunne være at man ikke lenger behøver å gjengi eller formidle informasjon.
- Dersom utprøvinger retter seg mot innbyggere (som portalløsninger, selvregistrering osv) vil de oppleve det som at de kommunale tjenestene har mer informasjon og kunnskap om den enkelte og innbyggers situasjon. Det vil bidra til en større grad av tillit til tjenestene og en opplevelse av økt informasjon og involvering.

1.10.4 For næringslivet

For næringslivet vil den første utprøvingen 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:

- Deltagelse i konkrete og avgrensede utprøvinger vil gi bedre innsikt i konseptet, hvordan det skaper verdi for aktørene og hva som forventes av leverandørene når det gjelder investeringer, endringsvilje og -evne, samt mulighet og vilje til videre utvikling.
- Deltagelse i konkrete utprøvningsprosjekt vil gi leverandørene mulighet til å endre eksisterende løsninger slik at det også treffer øvrige kundegrupper der det er ønskelig.
- Utprøvinger kan redusere omfanget på investeringer og risiko for leverandørene ettersom det ikke er nødvendig å utvikle helt nye løsninger, men kun utvikle eller justere på enkeltfunksjoner.
- Bedre forutsetninger for å kunne levere forslag til nye tjenester.
- Erfaring med konseptet som ligger til grunn.

Felles kommunal journal interim AS

Vedlegg 3:

Markedsplassen - konsept

Styringsdokument

Felles kommunal journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
2. INNOVASJONS- OG ERFARINGSARENAEN	1
2.1. Felles behovssamarbeid og konsolidere kundemakt gjennom en innovasjonsarena	1
2.2. Erfaringsarena kan bidra til felles læring knyttet til prosesser, behov, bestilling og implementering	3
3. ANSKAFFELSESFUNKSJON	4
4. TEST OG UTPRØVINGSARENA	8

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 jobbe videre med å utvikle det i løpet av neste fase i prosjektet. I dette vedlegget finner du:

- Beskrivelse av innovasjons- og erfaringsarena
- Beskrivelse av anskaffelsesfunksjon
- Beskrivelse av test- og utprøvningsarena

Markedsplassen er et av to hovedelementer i løsningsforslaget. Navnet «markedsplassen» spiller på den tradisjonelle markedsplassen hvor kunde og leverandør møtes, det kjøpes og selges og det samhandles og utvikles.

Målet med markedsplassen er å legge til rette for og understøtte prosessene knyttet til anskaffelse og videre utvikling av eksisterende og nye sluttbrukerløsninger i større grad av samarbeid.

Markedsplassen skal understøtte prosesser som dekker gangen fra en idé eller et behov oppstår, til anskaffelse av sluttbrukerløsninger, bestilling og bruk av sluttbrukerløsninger, samt felles erfaringsutveksling og læring. Dette gjelder både komplette journalsystemer som vi kjenner dem i dag, men like gjerne 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, bruk, erfaringsinnhenting og tilbakekobling til videre utvikling. Prosessene understøtter hverandre, men er ikke gjensidig avhengig av hverandre.

Viktige føringer for markedsplassen finnes i 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 insentiver 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. INNOVASJONS- OG ERFARINGSARENAEN

2.1. Felles behovssamarbeid og konsolidere kundemakt gjennom en innovasjonsarena

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 1:1 dialog. Det svekker kommunenes mulige kundekraft og det tvinger leverandørene til å forholde seg til lokale og ukoordinerte krav og forventninger. Det leder ofte til utvikling av ulike og spesialtilpassede løsninger.

Innovasjons- og erfaringsarenaen er tenkt som en møteplass for deltagerne (både kommuner, organisasjoner og leverandører) 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 knyttet til 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 «end of life».

Ved å dele ideer og behov med andre deltagere legges det til rette for felles samarbeid og prosesser. I tillegg kan man melde seg på eller 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 kundemakt 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 har blitt tildelt en rolle som både 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 som har vært etterspurt av kommunene over lang tid.

Vi har valgt å kalle møteplassen «innovasjonsarenaen». Her skal kommuner og andre aktører gis mulighet til å:

- Se hva som allerede foregår av innovasjonsarbeid innen relevante områder eller tjenester. Å være landingssted for ideer i en tidlig fase slik at flere kan ta del i dette.
- Dele ideer eller fremme og forespørre samarbeid med kommuner og leverandører.
- Delta i felles dialog og samarbeid i arbeidet med å beskrive og omforenes 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 kundemakt.

Innovasjon skjer ofte tett på tjenestene. Det kan være blant helsepersonell, ledelsesdrevet ifm. endringsarbeid, 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 på området. Det fremheves som sentralt at samarbeidet må være frivillig og uten mange etablerte eller tunge strukturer. For kommunene er det viktig å ha frihet til å samarbeide med kommuner med samme utfordringer. Det kan være innen etablerte samarbeidsnettverk (for eksempel Diginettverk, e-helsenettverk eller innkjøpssamarbeid) eller også der det er stor geografisk spredning. En felles oppfatning av det faktiske behovet må styre samarbeidet.

I arbeidet på innovasjonsarenaen vil det være sentralt med tidlig involvering av aktører som sitter tett på behovene, eksempelvis helsepersonell, fag- og profesjonsforeninger, interessegrupper og innbyggere.

EKSEMPEL – Publisere behov på innovasjonsarena

Inger er en av kommunens nøkkelpersoner 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. De som jobber hos henne 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, det være seg kommuner, helsepersonell eller leverandører tar kontakt.

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 påbegynt et behovsunderlag for utvikling av ny applikasjon for såroppfølging. 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 sårsykepleieren Marte i det videre arbeidet. Hun 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 kommune, 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. Derfor bør det før realisering av en innovasjonsarena gjøres vurderinger om behovet kan dekkes gjennom andre eksisterende og leverandøruavhengige forum.

2.2. 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 mm) 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 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 dem noterer hun på erfaringsområdet for innkjøps samarbeid 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 kommuner som vurderer å utløse opsjonen i avtalen og for leverandøren, knyttet til eventuell ny- eller videreutvikling.

Erfaringsarenaen må være åpen for alle aktørene for å understøtte en åpen dialog, men basert på frivillig deltagelse.

Før realisering av erfaringsarena må det gjøres vurdering av om behovet kan dekkes gjennom andre eksisterende og leverandøruavhengige forum.

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 andres opplevelse av bruken av applikasjonen, men også i forhold til implementering.

3. ANSKAFFELSESFUNKSJON

Felleskjøpet

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 høy og spiss kompetanse, både merkantilt og helsefaglig. Leverandørene må tilsvarende gjennomføre mange tilbud hvert eneste år og det er en betydelig belastning.

Der det er hensiktsmessig og ønskelig for deltagende parter gjennomføres 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 leverandør og kommune (betalinger, produkt- og leveranse kvalitet mv.).

Vi har vurdert bruk av dynamisk innkjøpsordning, rammeavtaler eller andre tilsvarende ordninger slik at markedsplassen kan forhåndsanskaffe løsninger. Tanken er at det skal bidra til at kommunene i større grad og i samarbeid kan 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.

Et særskilt spørsmål i prosjektet er hvordan markedsplassen vil kunne tilfredsstillere kravene til konkurranse og kunngjøring i anskaffelsesregelverket. Vi har i samarbeid med innkjøpsfaglig kompetanse vurdert ulike modeller.

Rammeavtaler kunne vært en aktuell mulighet, men har for alle praktiske formål vist seg lite hensiktsmessig.

Vi har også sett på bruk av "Dynamisk innkjøpsordning" (DPS), etter forskrift om offentlige anskaffelser §§ 26-4 til 26-7. Dette er en løsning som er interessant å vurdere nærmere, blant annet fordi den vil sikre at kvalifiserte digitale tjenestetilbydere fortløpende kan gis tilgang til markedsplassen, noe som kan bidra til økt konkurranse mellom tilbyderne. Samtidig er DPS en ordning som er utviklet for kjøp av generelle og sammenlignbare tjenester som forbruksartikler og løpende konsulenttjenester. For kjøp av så spesielle og «unike» produkt som helsesektoren trenger er det mer tvilsomt om ordningen er spesielt egnet.

Utredningsarbeidet konkluderer så langt med at det er en del uavklarte spørsmål knyttet til en felles innkjøpsordning som må vurderes nærmere i konkretiseringen av markedsplassen (overgangen fra den foreliggende konseptuelle beskrivelsen til en løsnings- og gjennomføringsstrategi).

Skulle det vise seg umulig å realisere det beskrevne prosjektet vil det være mulig å se på et innkjøpsamarbeid basert på felles behovsbeskrivelser fra innovasjonsarenaen. Kommuner som har samarbeidet i innovasjonsarenaen – som beskrevet over – kan gå videre sammen i et konkret innkjøpsamarbeid som fasiliteres av markedsplassen. Basert på de behovsbeskrivelsene som utarbeides kan man invitere bredt til deltagelse i anskaffelse, og man kan også benytte mulighet for opsjoner for framtidig uttak. På denne måten vil man kunne spare betydelig arbeid per den enkelte kommune.

I det følgende har vi, for å eksemplifisere den konseptuelle tilnærmingen, beskrevet en anskaffelsesmodell basert på de rammer og muligheter som følger av dynamisk innkjøpsordning. I videre vurderinger og detaljering vil dette kunne endres. Det er også verdt å merke at det vil kunne være løsninger som er egnet for denne typen anskaffelse, særlig der det er enkle og funksjonelle løsninger med liten variasjon i innhold og innretning. For komplekse system som eksempelvis journalløsninger er modellen neppe 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 oppstartsmiljø), standard system for kvalitetssikring, informasjonssikkerhetsledelse, Miljøledelse og lignende. Det er ingen formelle krav til hva som MÅ være kvalifikasjonskrav, men de samme krav må gjelde likt 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 erfaringer fra tidligere leveranser. Besvarelsen sendes inn. Kort tid etterpå 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 tilfredsstillter kvalifikasjonskravene blir innmeldt i ordningen og kan delta i konkurranse under ordningen etter 30 dager.

Om det på et hvilket som helst senere tidspunkt underveis i avtaleperioden dukker opp nye aktører som ønsker å bli innmeldt i ordningen er det uproblematisk så lenge de tilfredsstillter de samme kvalifikasjonskrav som gjaldt ved oppstart. Dette er en 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 tilbudsbetingelser⁵ og det tilbudet som oppfyller kriteriene⁶ best skal velges. Deretter skrives det kontrakt mellom gitt 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, mens 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 i forhold til produkt- og leveranse kvalitet og kundens

⁴ Eksempler på typiske krav til løsning kan være, funksjonalitet, kompatibilitet, tekniske egenskaper, integrasjoner, informasjonssikkerhet, personvern, drift og vedlikehold, pris mm.

⁵ Dette er et av punktene som er påpekt som en mulig svakhet ved Dynamisk innkjøpsordning fordi den ikke åpner for forhandling. Og 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 den tilbudte bemanningens organisering, kvalifikasjoner og erfaringer, forutsatt at kvaliteten på bemanningen er av stor betydning for utførelsen av kontrakten kundeservice, teknisk bistand og leveringsbetingelser, for eksempel leveringsmåte og tid for levering eller ferdigstilling (ikke uttømmende liste)

⁷ Dette gjelder forhold knyttet til konfigurering, ikke utviklingsarbeid. Hensikten må være at løsningen er generiske slik at de kan være tilgjengelig for flere, ikke bare en kommune.

betalingsforpliktelser. Markedsplassen er kun en tilrettelegger og inntar ingen ansvarsposisjon i forhold til økonomi eller leveranse.

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 ROS og 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. 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 kommune Vest 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 kontraktuelle 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 i mulighetsrommet. Det vil også kunne hjelpe kommunene til å tilpasse sine behov til det aktuelle markedet for å unngå feil anskaffelser.

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, opplæringstilbud, 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 ROS og DPIA.

EKSEMPEL

Ellen deltok i innovasjonsarbeidet knyttet til 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 kommunalsjef og de har vurdert grunnlaget for gevinstrealisering, kost/nytte mm. 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 kommunalsjef 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.

4. TEST OG UTPRØVINGSARENA

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 tilsvarende system for å kunne teste at nye løsninger fungerer i forhold 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 krav 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, så langt det er praktisk mulig, være en logisk kopi av et operativt driftsmiljø.

Vi tar foreløpig ikke stilling til om test og utprøvningsarenaen teknisk og operasjonelt er en del av markedsplassen eller bør ligge til plattform. 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 leverandør og ansatt i et selskap som tilbyr en applikasjon for sårprosedyrer, men 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 for 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 på 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 har høyt fokus på smidig utvikling og det skjer brukernært gjennom tett samarbeid med fagekspertene.

Når applikasjonen er testet ut og justert gjennomfører Arne en selvverifisering 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 klar til å delta i fremtidige konkurranser på spesifikke tilbud.

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. Erfaring tyder på at manglende sandkassefunksjoner kan forsterke innelåsning til en leverandør over tid.

Direktoratet for e-helse har i samarbeid med Menon economics utgitt rapporten «e-helse – markedsundersøkelse»¹ 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.

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 innen primærhelsetjenesten som ønsker å levere innovative løsninger tilpasset økosystemet. Den skal også legge til rette for næringsutvikling, samt tilgjengelig for kommuner og andre aktører innen primærhelsetjenestene som ønsker å utvikle applikasjoner eller no-code/low-code løsninger.

Felles kommunal journal interim AS

Vedlegg 4:

Plattform – konsept og målbilde

Styringsdokument

Felles kommunal journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
2. MÅLBILDET – TILGANG TIL RELEVANT PASIENTINFORMASJON	1
3. HVORFOR KOMMUNAL INFORMASJONSPLATTFORM?	4
3.1. Hvilke oppgaver skal en plattform løse?.....	5
3.2. Hvilke juridiske forutsetninger må være tilstede 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	14
7.1. Informasjonsmodell som utgangspunkt for videre arbeid.....	14
7.2. Informasjonsdomener	15
7.3. Informasjonskategorier	16
7.4. Informasjonselementer/arketyper	16
7.5. Løsningsomfang	17
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 du behøver det. En logisk informasjonskilde kan bestå av flere lette komponenter som utvikles uavhengig av hverandre over tid, fremfor 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 på nåværende tidspunkt. Vedlegget og beskrivelsene fokuserer derfor på hvilke egenskaper og funksjoner en logisk informasjonskilde, plattform, må inneha 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 justering, oppdatering og videreføring av 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 utvikling 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 av plattform bør også sees i sammenheng med gjennomføring og realisering som beskrives i styringsdokumentets kapittel 6, samt i vedlegg 6.

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

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 en og samme kilde. Dette i motsetning til «fysisk informasjonskilde» hvor all informasjon er lagret i samme løsning.

støtte prosesser for dokumentasjon av helsedata. Samtidig må de sørge for at relevant pasientinformasjon lagres hensiktsmessig, slik at de kan utveksles uavhengig av journalsystem.

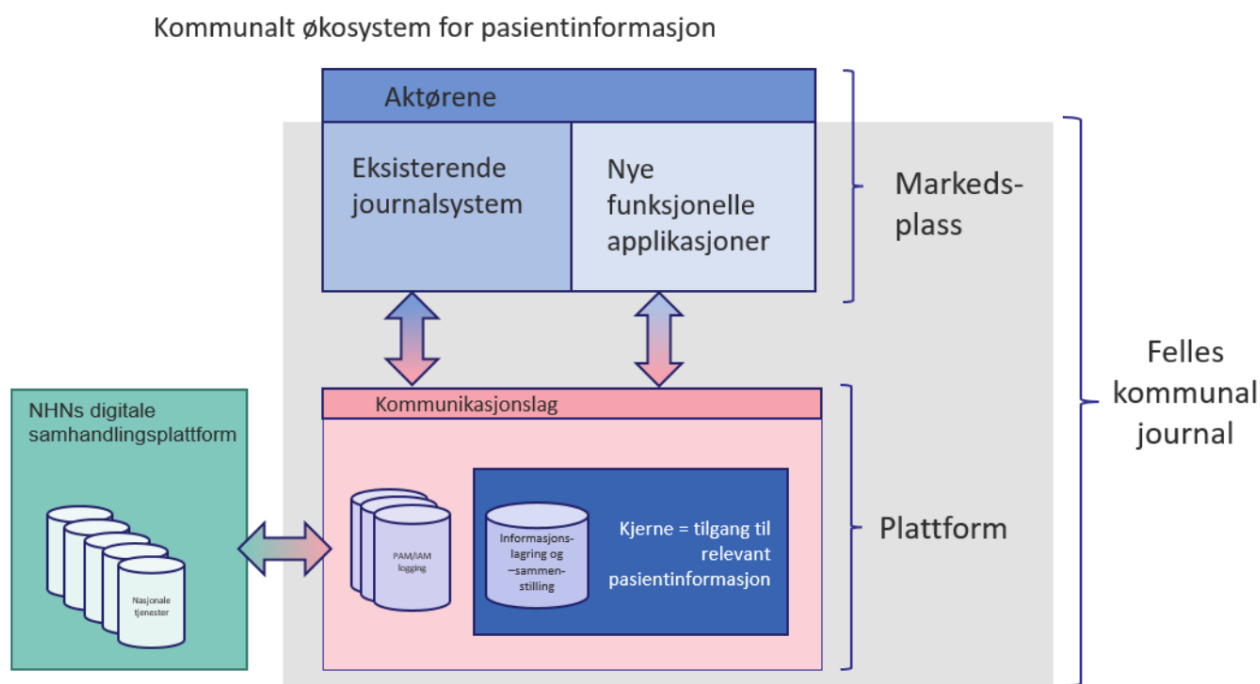
Et slikt skille forutsetter at det finnes en løsning internt i den enkelte kommunen, som sammenstiller og presenter informasjonen uavhengig av ulike kilder. Løsningen vi omtaler som *plattformen* er en slik løsning (se figur 1 under).

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 skaperkraft, risikovilje og investeringsevne 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 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-respet, kjernejournal og helsenorge i tillegg til 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

² «Mottager» er i denne sammenheng innbyggere eller besøkende i kommunen som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester

gjelder både internt i kommunen, i forhold til andre aktører i helse- og omsorgstjenesten og overfor de andre tjenestene man samhandler med (sosialtjeneste, skole og oppvekst). Det vil legge 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 metadata 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 økonomisystem, betalingssystem, personal-, turnus- og lønssystem og logistikksystem. Etter hvert når plattformen er utviklet for pasientinformasjon, vil det være behov for videreutvikling med koblinger og informasjonsutveksling for pasientadministrative 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.

«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.»

(Nasjonale e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren, Høringsdokument, oktober 2022)

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)

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 som et krav at helseopplysninger skal være tilgjengelig for den enkelte innbygger, 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 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 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 – og norske innbyggers allerede lovfestede rett til innsyn i alle opplysningene i sin personlige journal.

³ [Forordning om europeisk helsedataområde | Europa-lov.](#)

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 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 for kommunene sentralt å få tilgang til informasjonen i de ulike løsningene. Dagens innlåsing hindrer deling og gjenbruk på tvers av tjenesteområder i kommunen, mellom kommuner og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. 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 informasjonselement 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 ikke 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 både i rom og i tid.

NHN leverer i dag en rekke sentrale nasjonale tjenester. I tillegg planlegges det 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

Det legges til grunn at kommunene benytter alle pålagte og relevante nasjonale tjenester – inklusive Helsenettet⁵. Samlet inneholder disse tjenestene mange sentrale og viktige elementer av kommunenes behov for tilgang til relevant pasientinformasjon. En 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 hvordan de nasjonale 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. 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.

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.

- 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 løsningskissen 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 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 juridiske rammer i dag vil realiseringen av et mål bilde være utfordrende. Derfor ser man innledningsvis på å dele informasjon internt i en kommune. Målbildet, som dette vedlegget beskriver, beskriver derimot at informasjon kan deles på tvers av virksomheter, kommuner og helseforetak. Dette vil forde egnet utvikling av regulatoriske rammer.

I arbeidet er det identifisert flere ulike oppgaver som en plattform vil bidra til å løse i et mål bilde. Sentralt står det å lagre og/eller sammenstille informasjon som et grunnlag for informasjonsdeling og effektiv samhandling internt i kommunen, men også mellom ulike kommuner, forvaltningsnivå og i forhold til 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 leverandør. Det gir kommunene en opplevelse av innlåsing, samtidig som det underbygger et marked hvor det er litenreell konkurranse, men en situasjon preget av seriemonopoler. 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

⁶ Dette følger av pasientjournallovens §25 og helsearkivforskriftens §17

endepunkter, og sikre en infrastruktur som i større grad skaper mulighetsrom for effektiv spredning av nye løsninger og initiativ. Dette vil videre bidra til å normere kommunalt bruk.

Det er også flere oppgaver en plattform *kan* bidra til å løse. Eksempelvis kan en plattform bidra til å skape nye innbyggertjenester gjennom å tilgjengeliggjøre relevant informasjon fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene til utvikling av nye innbyggertjenester. 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.

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 tilstede 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 5 og bilag 5.1.

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 kommune, 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 en 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:

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](#)

«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.»

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 sørge for ansvaret for personer som oppholder seg i kommunen på ferie.

Dette blir likevel krevende fordi det fordrer at hver 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 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 tilsvarende enkeltvedtak som Helseplattformen fikk eller endring i dagens lovverk. Pasientjournalloven §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 kunne anvendes vil dette kunne bety at deling av relevant pasientinformasjon kunne skje mellom alle kommuner i prosjektet. Det må diskuteres hvorvidt vilkårene for å utløse §10 er til stede. Prosjektets omfang kan hevdes å ikke være av nasjonal karakter da det kun omfatter kommuner utenfor helseregion Midt-Norge.

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 en 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 5.1.

- **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). Den semantiske samhandlingsevnen må sees i sammenheng med plattformens sammenstillingsevne og bygge videre på denne.

- **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 kontekst (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, tap av livskvalitet eller koste 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:

⁹ [Se også nasjonalt rammeverk for digital samhandling | Digdir](#)

- **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 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 muliggjør et mer desentralisert og dynamisk økosystem¹¹.
- **Kontekstuell samhandlingsevne** er evnen til å sammenstille og dele informasjon om sluttbrukernes identitet, roller, relasjoner, situasjon og omgivelse for maskinell 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).

«I dag er systemene bygd for en spesifikk aktør. Problemet blir derfor når man skal kommunisere på tvers av disse»

(FKJ aktørfora)

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 det kommunale 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

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 ett verdikjende nettverk. Med aktører mener vi brukere av informasjon i økosystemet (i denne kontekst innbyggere, helsepersonell, forskere, utviklere og offentlig administrasjon), samt leverandører av tjenester og løsninger til brukerne.

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.

Plattformer 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 innbyggernes krav, samt skape økt markedsvekst for næringslivet.

Det samlede økosystemet kan omfatte mange ulike samarbeidsformer og koblinger. Deltakelse kan gi gjensidig nytte eller gevinster som 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 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 mål bilde.

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. Plattformer er kjernen i digitale økosystem. 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 relatert til øvrige aktører. Det innebærer bl.a. at man ikke inntar noen konkurrerende rolle overfor 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 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 kommunegrensene 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. I vedlegg 3 er det beskrevet vilkår for deltagelse, samt plikter og rettigheter. 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.

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, 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 senere i dette vedlegget under kapittel 7.

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 også må 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 5, samt bilag 5.1.

¹⁵ [Networked health care: Rethinking value creation in learning health care systems | Fjeldstad et al. \(2020\)](#)

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](#)

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. 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 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 fysisk befinner seg, eller hvem som drifter og forvalter den, vil kommunen likevel, i kraft av «sørge for»-ansvaret, fortsatt være behandlingsansvarlig²⁰. 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, men ikke endres.

6. PRINSIPPER FOR EN PLATTFORM

Det finnes mange ytre rammer en plattform og videre arbeid må tilpasse seg. Det vises til vedlegg 1 for en mer utfyllende beskrivelse av dette.

Digitaliseringsdirektoratets *Overordnede arkitekturprinsipper for digitalisering av offentlig sektor*²¹ ble utgitt i versjon 3.0 den 14. januar 2020. Disse 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. Prinsippene er gjennom digitaliseringsrundskrivet obligatoriske for statlig sektor, og anbefalte for kommunesektoren²².

Direktoratet for e-helse har vurdert det som hensiktsmessig at helse- og omsorgssektoren benytter Digitaliseringsdirektoratets arkitekturprinsipper slik de er²³.

De syv prinsippene er:

²⁰ [Spørsmål om sky og tjenesteutsetting | NSM](#)

²¹ [Overordnede arkitekturprinsipper | Digdir](#)

²² [Føringar for bruk av arkitekturprinsippa | Digdir](#)

²³ Veileder for helse- og omsorgssektoren: Bruk av Digitaliseringsdirektoratets "Overordnede arkitekturprinsipper for digitalisering av offentlig sektor" | Direktoratet for e-helse (2020)

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 svare på dette *brukerbehovet*, som forutsetter at plattformen har høy endringsevne. 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 fremfor 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.

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.

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.

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.

Referansearkitekturen for e-helse er utviklet og forvaltes av KS. Den 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. Referansearkitekturen understøtter interoperabilitet, samhandling og etterlevelse gjennom å tydeliggjøre krav til funksjonalitet og kommunikasjonsgrensesnitt. Den understøtter også innovasjon, felles språk og felles forståelse. Sentralt i referansearkitekturen står begrepene økosystem og plattform.

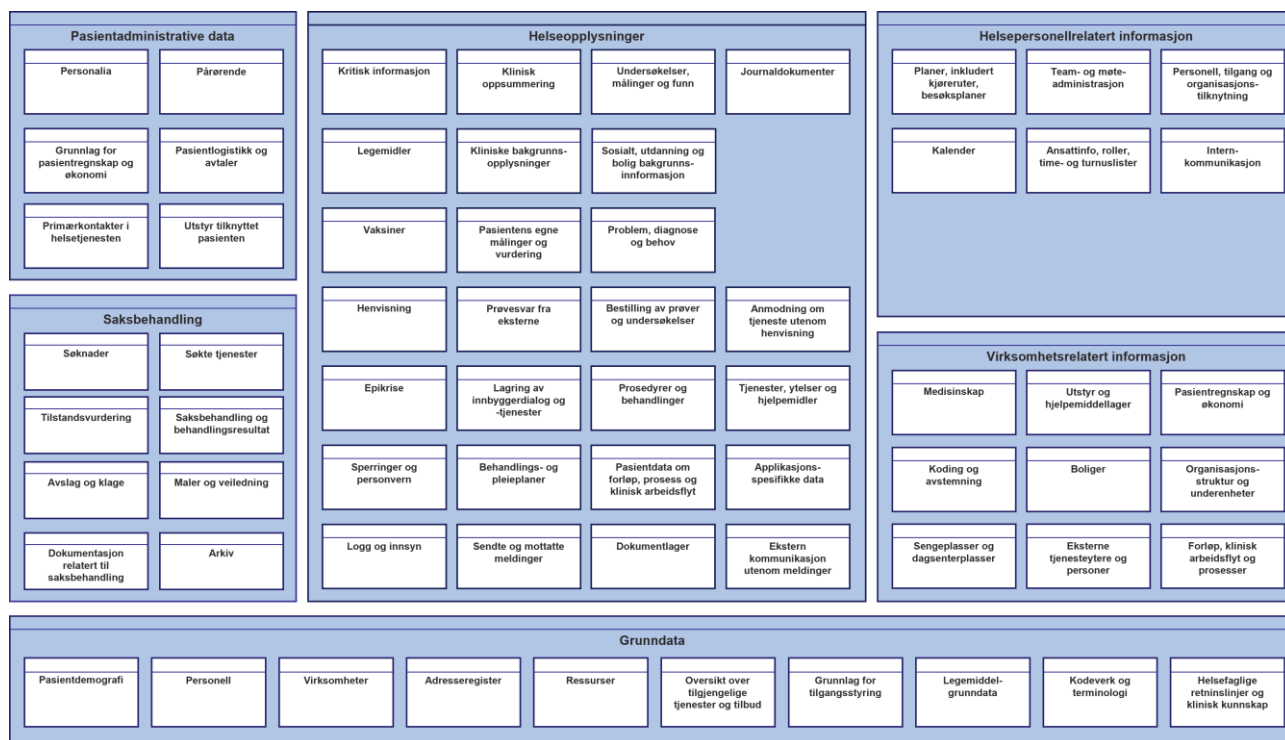
7. OMFANG OG MÅLBILDE FOR INFORMASJON I PLATTFORM

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 målbildet for informasjonen i plattformen.

Det er valgt å ta utgangspunkt i modellen 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 legemidler²⁴, og ikke legemiddeloversikt eller liste som “pasientens legemiddelliste” (PLL) vil løse (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

²⁴ 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.

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.

I det følgende vil de ulike nivåene i informasjonsmodellen som er brukt beskrives. 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

Det er på nivået informasjonskategori at det er enklest å beskrive brukerhistorier og konkrete løsningsbehov. Derfor vil dette nivået være utgangspunkt for brukerhistorier som inngår i en fremtidig behovskø. Dette er mer beskrevet i vedlegg 6.

7.2. Informasjonsdomener

Informasjonsmodellen i figur 2 over viser seks ulike domener (områder) for informasjon.

Informasjonsdomenene er:

- 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 fokusere på behov som ikke dekkes av nasjonale løsninger. Helseopplysninger gir også grunnlag for rapportering fra kommune til kommunalt pasientregister (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 pasientregister (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,

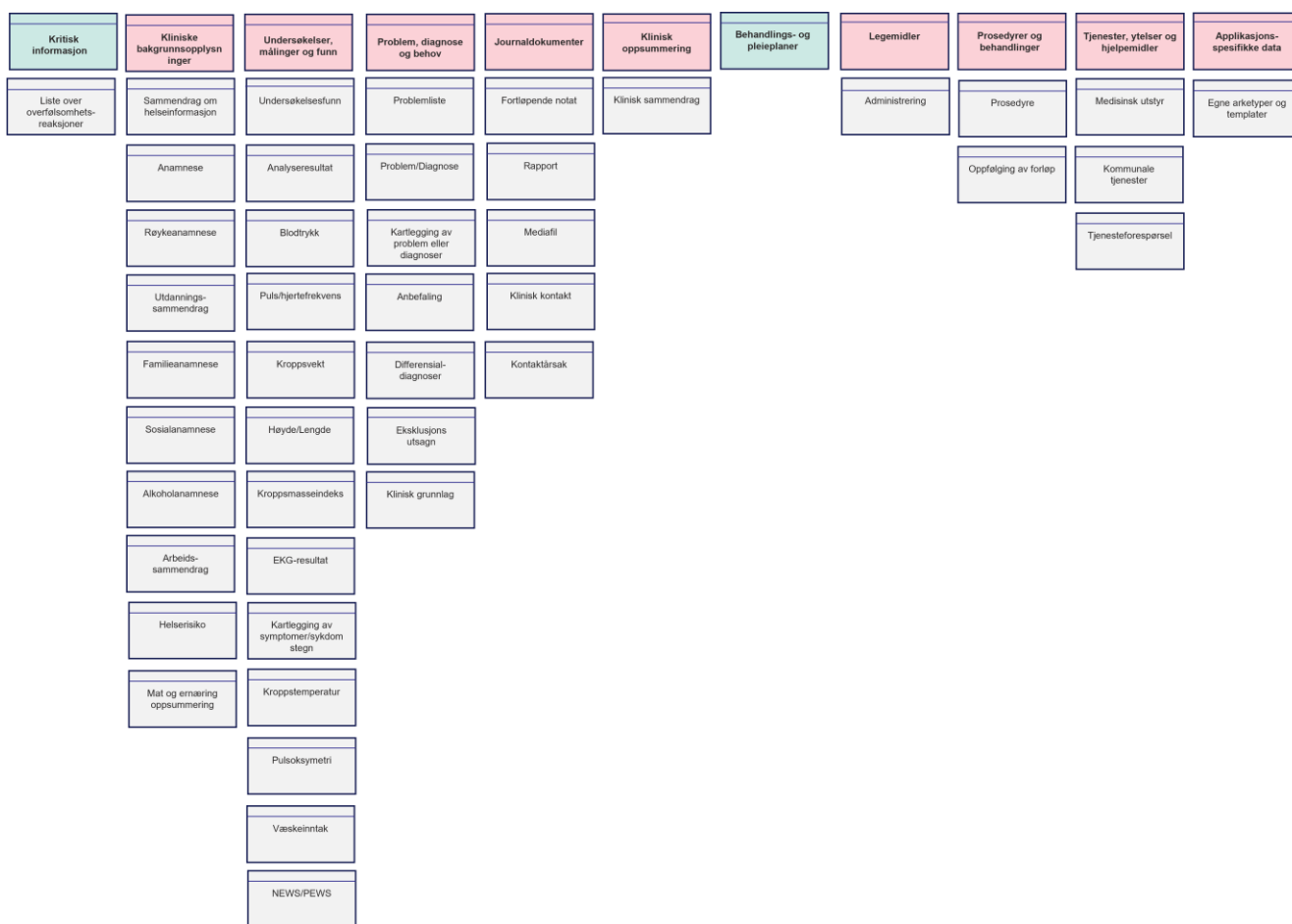
helsefaglige retningslinjer og klinisk kunnskap. Dette er informasjon som er lagret i ulike løsninger, dels i nasjonale løsninger og dels andre steder (for eksempel hos kommunene).

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 arbeid må informasjonsmodeller etableres for hver utprøving og gjennomføring. En felles modell kan også spille en viktig rolle i å identifisere eventuelle arketyper mm som ikke eksisterer.

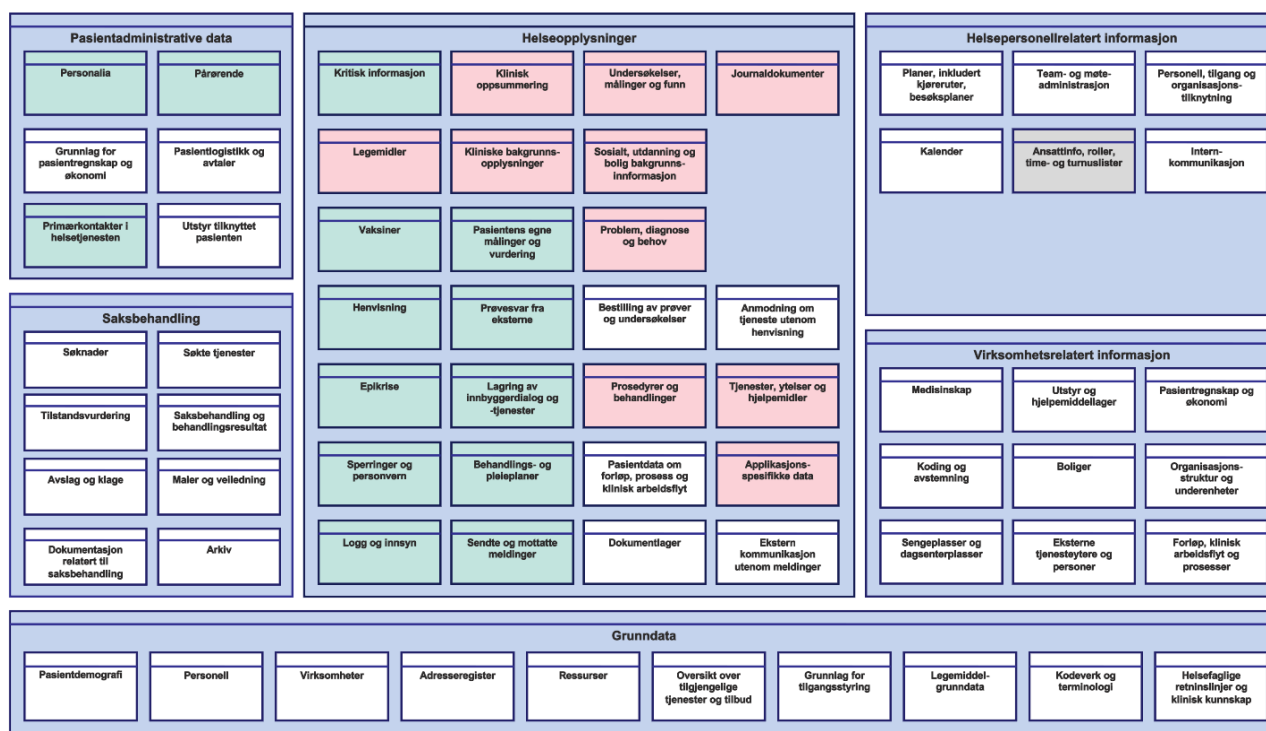


Figur 3: Eksempler på Informasjonstyper eller arketyper under kategori av informasjon

7.5. Løsningsomfang

Det er gjort to avgrensninger med tanke på 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:



Figur 4: Avgrensning av hva som løses av nasjonale løsninger

- Informasjonskategoriene som er farget gule håndteres gjennom plattformen.
- Informasjonskategoriene som er farget grønne dekkes av nasjonale e-helseløsninger (eksisterende og planlagte) og utveksling baseres på FHIR og evt. tilsvarende standarder.
- Informasjonskategoriene som er farget hvit er utenfor omfanget i første fase.

I fremtiden er det mulig og sannsynlig at enkelte element/kategorier endrer «farge». Ansattinfo, roller, time- og turnuslister vil lagres hos kommunene, men må være tilgjengelig for plattformen for å kunne tilgangsstyre iht. tjenstlig behov.

Informasjonskategoriene som dekkes gjennom nasjonale løsninger må tilgjengeliggjøres for plattformen for videre bruk og tilgjengeliggjøring gjennom kommunale journalløsninger. Gjennom tilgjengeliggjøring vil man gi muligheter for leverandører til både å videreutvikle og utvikle nye løsninger og systemer for klinisk beslutningsstøtte og funksjonalitet, med informasjonen som et grunnlag. En prioritering og organisering av tilgjengeliggjøring av disse informasjonselementene må utredes videre i samarbeid med de respektive aktørene og leverandørene av de nasjonale løsningene.

I forhold til informasjonselementene som ikke er prioritert i første fase, mener man at disse informasjonselementene ikke nødvendigvis må prioriteres i en innledende utprøvningsfase. Utfall og erfaringer av en utprøving vil gi tydeligere retning og svar på nødvendighet av en re-prioritering av både disse og muligens andre informasjonselementer.

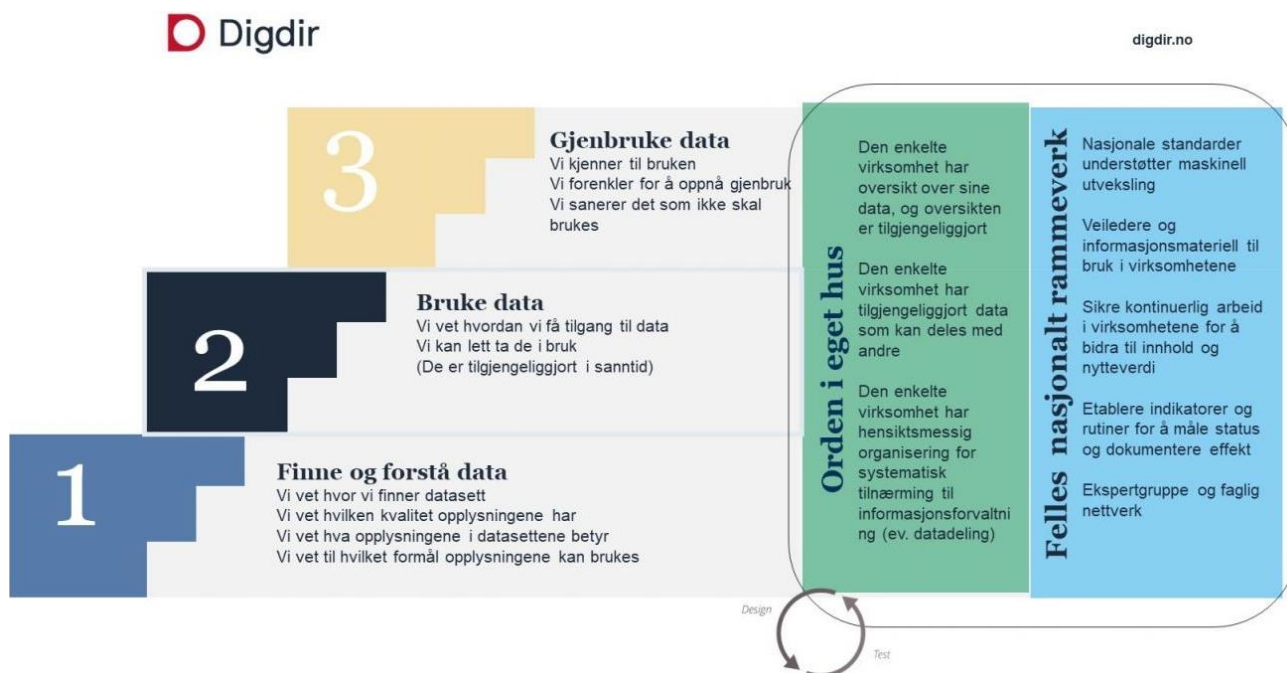
Dette må sees i sammenheng med prosessen for behovsvurdering og utprøving som beskrives i vedlegg 6.

Informasjonsmodellen, som presenteres med prioriteringer og avgrensninger, må derfor ikke ansees som fastlåst, men vil videreutvikles over tid. Dette vil skje både gjennom erfaring fra utprøvinger, samt behov som avdekkes både i forkant, under og i etterkant av ulike utprøvinger. Prosess for prioritering av behov som beskrives i vedlegg 6 vil også være viktig her. Det er også viktig å presisere at man i realisering av informasjonsbehov må se på hvordan ulike informasjonskategorier og elementer kan settes sammen til gode informasjonstjenester som understøtter behovet, oppdatert og helhetlig arbeidsprosess og innbyggers forløp.

Informasjonsmodellen som ligger til grunn i dette dokumentet er et forslag og tjener først og fremst som et felles utgangspunkt for dialog og diskusjoner. Tilsvarende har vi gjennom involvering av ulike aktører fått innspill, og brukt denne som et verktøy for innspill. Som presentert i bilag 2.1 er prosjektets forståelse av innspillene som er kommet, at behov og ønske om å tilgjengeliggjøre pasientinformasjon i plattformen er viktig for aktørene. Det vises også til bilag 2.2 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 utviklingsspirale mellom kommunene, leverandørene og alle aktørene i økosystemet.



Figur 5: DigDir rammeverk og målbilde for informasjonsforvaltning

Digitaliseringsdirektoratet har utviklet et *overordnet felles rammeverk*²⁵ og *målbilde* for informasjonsforvaltning (se figur 4 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 veileder²⁶ for helse- og omsorgssektoren pekt på Digitaliseringsdirektoratets arkitekturprinsipper og 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 av data på tvers av offentlig sektor. Rammeverket er derfor lagt til grunn for den framtidige 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 utformes²⁷. 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 kunne måtte **oppgis en 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 framtidige 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.

²⁵ [Rammeverk for informasjonsforvaltning | Digdir](#)

²⁶ [Veileder for helse- og omsorgssektoren: Bruk av Digitaliseringsdirektoratets "Overordnede arkitekturprinsipper for digitalisering av offentlig sektor" | Direktoratet for e-helse](#)

²⁷ [Digital agenda for Norge \(KMD, 2015-16\) Meld. St. 27 \(2015–2016\) | Regjeringen](#)

Kommunene må ha «orden i eget hus» 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.

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 sammenheng 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

Sentrale kvalitetsdimensjoner for informasjon

Eksempler på kvalitetsdimensjoner for informasjon som kan antas 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 'komplekthet' eller 'korrekthet'. Innbyrdes prioritering bør derfor avklares tidlig.

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 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-helseløsninger 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 forskningsgrunnet 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 terminologien 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 terminologi er en modningsprosess i tjenestene. For helsepersonell og administrativt nivå er det viktig å forstå hensikt, nytte og muligheter med 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 5:

Informasjonssikkerhet og personvern

Styringsdokument

Felles kommunal journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
2. FORMÅL	1
3. FORUTSETNINGER OG AVGRENSNINGER	2
4. INFORMASJONSSIKKERHET OG PERSONVERN I FORHOLD TIL 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	10
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 bilag 5.1 og bilag 5.2. I bilag 5.1 vurderes konseptet knyttet til ulike områder for personvern som formål, grunnlag, og art, samt personvernprinsipper. I bilag 5.2 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 at definerte informasjonselementer ikke skal deles. Innbyggerne skal ha tillit til at konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet ivaretas etter beste evne. Informasjonssikkerhet, digital beredskap og personvern har av den grunn høy prioritet for å bidra til god og trygg helsebehandling som oppleves tillitsskapende av den enkelte, og 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

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).

for informasjonssikkerhet og personvern.

Det er gjennomført en vurdering av hva som behandles i og av prosjektet, 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 kommune, 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 prosjektet 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

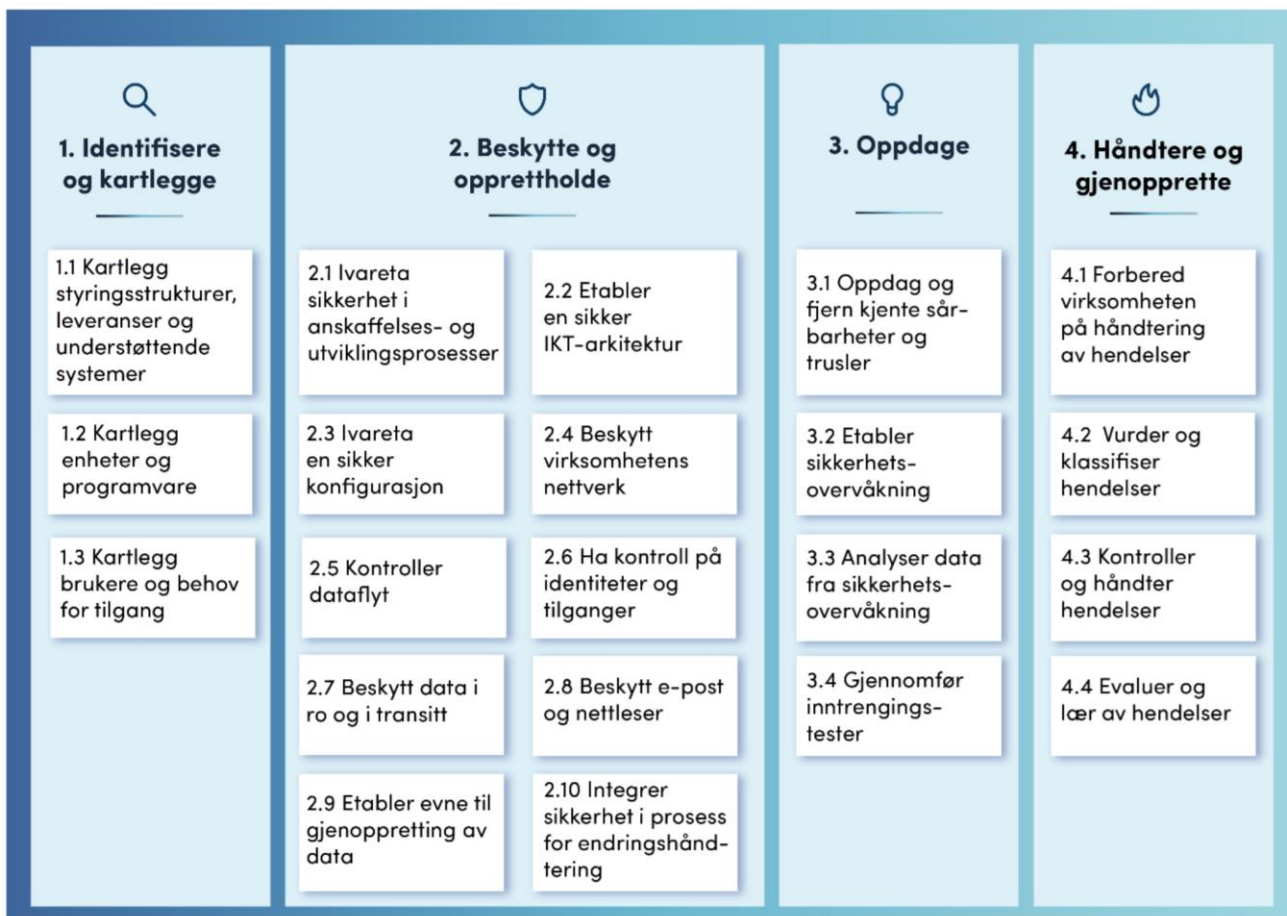
Et prosjekt som dette må forholde seg til ulike føringer og rammebetingelser. Dette omfatter både juridiske rammebetingelser gjennom lov og forskrift, organisatoriske-, økonomiske-, samt tekniske rammebetingelser. Både internasjonalt, nasjonalt, kommunalt og sektorielt (helse og omsorg). Det legges til grunn at prosjektet skal etterleve alle relevante lover, forskrifter og strategier for sektoren. For nærmere beskrivelse se vedlegg 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, tilsvarende 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

«Referansearkitektur for informasjonssikkerhet, personvern og beredskap i kommunal sektor (RSB) er en veiledning/kravsett på hvordan man kan oppnå tilstrekkelig sikkerhets- og beredskapsmessig evne for å levere og konsumere trygge og sikre tjenester. RSB har en helhetlig tilnærming til å finne tjenestekritikalitet for tjenestene, som brukes for å dimensjonere rett og tilstrekkelig sikkerhets- og beredskapssevne. I tillegg gis veiledning i forhold til hvilke sikkerhets-, beredskaps- og personvernprinsipper som bør implementeres. RSB er kost, kvalitet, og risikobasert slik at i hvilken styrke det enkelte personvern, sikkerhets- og beredskapsprinsipp skal implementeres i, vil avhenge av tjenestekritikalitet og tjenestetype.»

(Referansearkitektur for informasjonssikkerhet, personvern og beredskap i kommunal sektor versjon 1.0)

Risikovurdering og personvernurdering er avgrenset slik at det ikke omfatter markedsplassen, dette med 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 ivaretatt av de 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 tilgjengeliggjøres på plattformen. Det gjelder eksisterende og nye tjenester og det må skje fortløpende, også i forhold til utprøvinger.

4. INFORMASJONSSIKKERHET OG PERSONVERN I FORHOLD TIL REALISERING AV MÅLBILDE

Helsepersonells tilgang til informasjon i plattformen vil styres via applikasjonene i økosystemet. Tilgangsstyringen består av autentisering⁸ der det vil være kommunene som har ansvar for å definere hvem som skal ha tilgang. Autorisering⁹ 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, sett i forhold til deling av informasjon med andre virksomheter, må prosjektet definere retningslinjer (policy) for informasjonssikkerhet og personvern, herunder også 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 angrepsflater¹⁰, 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 master for informasjonen. Tilsvarende vil felles plattform være master 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 (journalssystemer, applikasjoner etc.).

Risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) må gjennomføres både av prosjektet og leverandørene av applikasjoner og plattform. Disse må være tilgjengelige for prosjektet til enhver tid, og ferdigutfylte maler må tilgjengeliggjøres for kommunene slik at de kan gjøre sine ROS analyser og vurderinger av personvernkonsekvenser (DPIA). I tillegg må ferdigutfylt mal for protokoll over behandlingsaktiviteter tilgjengeliggjøres.

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 styringsmodell¹¹ som legger premisser for deltagerne. Det vil si leverandørmarkedet, kommuner eller andre aktører som skal være en del av

⁸ Autentisering er å sikre at en person er den man utgir seg for. Det vil si å slå fast identitet

⁹ 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

¹⁰ Med angrepsflate mener vi et område eller system som er tilgjengelig for angrep og dermed er utsatt.

¹¹ En styringsmodell (engelsk: governance model) omhandler rolle- og ansvarsfordeling mellom aktørene

økosystemet. Dette er også beskrevet i vedlegg 4. Dersom deltagerne dokumenterer at de tilfredsstillende premisser for deltagelse (at de er compliant¹²), 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 for å ivareta det vil prosjektet anbefale Zero Trust-arkitektur¹⁴ for å sikre verdikjeden.

Et annet tiltak for å sikre hele verdikjeden kan være å stille krav til alle deltagerne i forhold til å definere akseptabel risiko. Dette kan oppnås ved at representanter fra de ulike aktørene jobber sammen i forhold til 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 også tar ansvar for den helhetlige sikkerheten i økosystemet, samt gjør nødvendige kartlegginger og undersøkelser av sikkerhet hos aktuelle skytjenesteleverandører. Dette som 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 forhold 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. Dette er grunnleggende krav som må ivaretas og jobbes med i forhold til valg av skytjenester og databehandlere i løsningene som velges.

Vi legger som utgangspunkt til grunn at lagring, også skybasert, skjer i løsninger som er på norsk jord og under norsk jurisdiksjon.

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 denne. 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. Prosjektorganisasjonen kan bistå utprøvingene og vertskommunene i forberedelsene og gjennomføringen.

¹² Compliance kan bety å overholde regler (for eksempel spesifikasjon, policy, standard eller lov). «I samsvar med».

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 skytenester | Regjeringen](#)

¹⁶ [Overføring av personopplysninger ut av EØS | Datatilsynet](#)

NSMs grunnprinsipper for IKT- sikkerhet brukes for å sette i gang nødvendige tiltak, og vi anbefaler å bruke støtteverktøy¹⁷ fra NSM i arbeidet. I forberedelses- og utprøvningsfasen vil det være spesielt viktig å identifisere og kartlegge risiko sett i forhold 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, både klienter¹⁸, 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 innen kategori to i NSMs grunnprinsipper, *beskytte og opprettholde* (ref. figur 1), være viktig 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. Ferdigutfylte maler kan tilgjengeliggjøres for aktørene. I tillegg må ferdigutfylt mal for protokoll over behandlingsaktiviteter tilgjengeliggjøres.

Vurderinger må oppdateres underveis i utprøvingene og ikke minst i videreføringsfasen der flere aktører tar i bruk løsningen.

For alle utprøvinger skal det sikres at de registrerte sine rettigheter ivaretas. Opplæring, kompetanse og holdningsskapende aktiviteter i forhold 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

¹⁷ [Støtteprodukter | NSM](#)

¹⁸ Bærbare og stasjonære pc, mobil og nettbrett

- Kommunikasjonssikkerhet
- 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 (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 aktører og verdikjeder, 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 1, i kapitlet *Informasjonssikkerhet, IKT-sikkerhet og personvern*, legges til grunn for ISMS-er og sikkerhetstiltak. Mer informasjon om å etablere ISMS-er finnes eksempelvis hos Datatilsynet¹⁹, med hensyn til personvern, og hos Digitaliseringsdirektoratet²⁰ med hensyn til 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 både 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- eller governance-struktur som regulerer rettigheter og plikter til de 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 sentraliseres²¹ i prosjektet. Dette vil redusere ulikhet i infrastruktur, samt sikkerhetstiltak som er ment å oppfylle de samme funksjonene. Dette vil derfor 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. De sikkerhetsfunksjoner som i dagens løsninger kunne ha påvirket prosjektet, og som i dag ivaretas av kommuner og enkeltvirksomheters ISMS²², vil ved sentralisering kunne reduseres for den enkelte kommune og virksomhet til å primært omhandle organisatoriske og menneskelige tiltak. Samtidig vil sentraliserte sikkerhetsfunksjoner kunne ivaretas enhetlig, profesjonelt og bidra til å

¹⁹ [Iverksette styringssystem for informasjonssikkerhet | Datatilsynet](#)

²⁰ [Kva seier NS-ISO/IEC 27001? | Digdir](#)

²¹ Økosystemet inneholder mange aktører og løsninger. Det må foreligge en virksomhet som er ansvarlig for informasjonssikkerhet i økosystemet.

²² Sikres med både teknologiske, fysiske, organisatoriske og menneskelige tiltak

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.

I prosjektets videre arbeid er det viktig å planlegge hvordan de enkelte aktører 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 i det videre arbeidet 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 virksomhet inngår i den enkeltes virksomhet sitt 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 informeres²³. I matrisen under er det kun lagt til grunn *eksempler* på oppgaver som kan være aktuelle knyttet til arbeid med informasjonssikkerhet og personvern, samt eksempler på hovedansvarlig, utførende, informert og konsultert.

Aktørene som er definert i dette eksempelet er listet opp øverst i HUKI matrisen. Se forklaringer til enkelte aktører under matrisen.

Oppgave	Prosjektet (etterfølger)	Plattform-leverandør/forvalter	Applikasjons-leverandør	Ansvarlig i virksomhet*	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 knyttet til 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	

²³ [Rolle- og ansvarsmatrise | KS](#)

Sørge for at kravene til innebygget personvern etterfølges i plattformen	H	U	U	K/I/U	U	U
Sørge for tilstrekkelig informasjonssikkerhet og nødvendige tiltak for å ivareta denne i applikasjoner	K	K	H	I	K/I	
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 knyttet til 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 maler 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 5.1 overført som et skriftlig dokument med beskrivelser på de ulike områdene. ROS-mal er utfylt, 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 og forankring til en kommunal

virkelighet og 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 5.1 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 målbilde. 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 opplysninger» 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)). I sum gjør dette at det er 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 av 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 i forhold til deling av informasjon ved hjelp av plattformen.

Etter hvert som vi får mer konkret kunnskap om, og avgrensning av endelig løsning, informasjon, informasjonsflyt, 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 når tiltak er etablert kan behandlingen av personopplysninger gjennomføres
- 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 5.2. Risiko- og sårbarhetsanalysen er gjort ut fra en kommunes ståsted, med tanke på stegvis utvikling, og med fokus på den første kommunen som tar plattform i bruk. Det må gjøres

nye risikovurderinger ved planlegging av utprøvinger i alle steg, som må oppdateres i løpet av utprøvingene.

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 support personell, brukere av plattformen, eller hendelser som strømbrytning, brann, vannlekkasje eller maskinvare.

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 oppgi 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 6: Utprøving og gjennomføring

Styringsdokument

Felles kommunal journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	Utprøvinger som realiseringsstrategi	1
2	PROSESS OG METODE	3
2.1	Vurdering av behov og løsning	3
2.2	Arbeidsprosess	9
2.3	Metode for utprøvinger	11
3	UTPRØVINGER	14
3.1	Tidsperiode	14
3.2	Omfang	15
3.3	Ytre Rammer for utprøvingene	15
3.4	Ulike scenarier mot målbildet.....	16
3.5	Forutsetninger.....	20
4	KONKRETE FORSLAG TIL UTPRØVING	22
4.1	Utprøving 1: Oversikt over kommunale tjenester	22
4.2	Utprøving 2: Diagnoser og behandlingshistorikk	26
4.3	Utprøving: Utforsking av etablerte plattformløsninger	31
4.4	Utprøving 4: Skalering og utbredelse	35
5	VIDERE ARBEID	40
6	ULIKE ALTERNATIVER TIL PLATTFORM	40
6.1	Utvikling	41
6.2	Innkjøp og anskaffelse	41
6.3	Gjenbruk av nasjonale plattformer.....	42
6.4	Ulike plattformer.....	42
6.5	Plattformleverandør og tillitsanker	44

1 INNLEDNING

I dette vedlegget finner du:

- Beskrivelse av foreslåtte utprøvinger i første periode av gjennomføringsfasen, 2023-2024
- Overordnet strategi for neste periode, med fokus på videre arbeid med realisering av målbildet, fra og med 2025

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

- 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. Markedsplassen beskrives kun konseptuelt, og er derfor ikke en del av omfanget for gjennomføring og utprøving per nå. Utprøvingene vil 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. Samarbeid om konkrete utprøvningsforsøk vil kunne gi verdifull erfaring som forløper og læringsplass for en innovasjons- og erfaringsarena, som er relevant for markedsplassen.

Kunnskapsgrunnlaget for informasjons- og samhandlingsbehovene er en kombinasjon av kartlegginger som ble gjennomført i Akson-prosjektet og kartlegginger gjennomført i regi av FKJ. I bilag 2.1 presenteres erfaringer fra arbeidsmøter som er gjennomført med helsepersonell i 2022, samt beskrivelse av informasjonskategoriene (behovene) vi peker på i en innledende fase.

Prosjektets gjennomføringsstrategi innebærer konkrete og avgrensede utprøvningsprosjekt i samarbeid mellom kommuner, næringsliv, NHN og prosjektet. Målet er å operasjonalisere konkrete løsninger og lære tidlig basert på en stegvis og gradvis tilnærming, samtidig som det tar oss i retning av samfunns- og effektmålene. 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.

Rammene for utprøving og gjennomføring har utgangspunkt i prosjektets mandat og arbeid, og er beskrevet nærmere i styringsdokumentets kapittel 1 – Bakgrunn og begrunnelse.

1.1 Utprøvinger som realiseringsstrategi

Gjennomføring krever betydelig kompetanse og kapasitet. I 2022 fikk Norsk helsenett SF (NHN) i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å bistå prosjektet med å vurdere muligheter og former for samarbeid, herunder også organisatoriske modeller. Vurderingen konkluderte med at samarbeid som beskrevet var mulig, ønskelig og i tråd med generelle føringer og rammer for prosjektet. Det ble anbefalt en modell basert på etablering av et felles selskap. Vurderingen og anbefalingen er beskrevet i bilag 6.1.

Helse- og omsorgsdepartementet har senere vurdert denne anbefalingen som for risikofyllt og på det grunnlaget avvist forslaget. Det er derfor utviklet en ny modell for realisering, basert på et operasjonelt samarbeid med NHN. I denne modellen leverer NHN plattformen, det vil si en digital løsning som kan benyttes til å dekke kommunens interne behov for informasjonsutveksling, som en nasjonal tjeneste. Denne informasjonsplattformen omtales som felles nasjonal programvareinfrastruktur (FPI). Denne modellen er ikke ferdig utredet og HOD har ikke gitt noen vurdering eller tilbakemelding.

Kommunesektoren tar selv ansvar for å utvikle og realisere markedsplassen. Til dette benyttes enten en eksisterende organisasjon, eller så etableres et eget selskap. Den operasjonelle delen av markedsplassen kan utvikles i egenregi¹ eller gjennom helt eller delvis kjøp av tjenester.

For gjennomføringsfasen har prosjektet anbefalt å jobbe stegvis og gradvis. Stegvis utvikling innebærer å organisere arbeidet gjennom flere mindre og avgrensede utprøvinger, som hver for seg tar for seg ulike behov for informasjonsdeling og som bidrar på veien til målbildet. Gradvis innføring innebærer at løsninger gjøres tilgjengelig slik at mottakende kommune kan innføre løsningen basert på egen kapasitet og situasjon.

Fellesnevneren for utprøvingene er samhandling og informasjonsdeling. Behovene for informasjonsdeling internt i en kommune er beskrevet i bilag 2.3. Gjennom dialog og innsiktsarbeid har behovene blitt konkretisert og tydeliggjort ned til hvilken informasjon som må deles. De ulike informasjonskategoriene og elementer er beskrevet i bilag 2.2. Forslagene til utprøvinger tar også inn tilbakemeldinger prosjektet har fått fra dialogen med relevante aktører.

Forslagene som er utarbeidet er prosjektets anbefalinger. Endelig valg av konkret prosjekt vil være opp til deltagende kommuner og eventuelt leverandører, basert på behov og muligheter. De fire utprøvingene definerer et mulig utgangspunkt for gjennomføringen, og de er innenfor prosjektets omfang. De danner utgangspunkt for læring og verifisering av hvordan informasjonsdeling mellom kommunale helsetjenester kan skape nytte. Utprøvinger som viser tydelig nytteverdi, skal kunne deles og benyttes av flere. Videre utbredelse og skalering av utprøvinger til andre kommuner er viktig for gjennomføringsstrategien.

Utprøvinger gir prosjektet og aktørene verdifull læring om relevante områder for realisering av målbildet. Utprøvingene er innrettet med et tydelig begrenset omfang med utgangspunkt i spesifikke behov og definerte brukerreiser..

Tre av utprøvingene baseres seg på gjenbruk av felles nasjonal programvareinfrastruktur (FPI – i denne sammenheng dreier det seg om løsningsmønsteret fra Pasientens prøvesvar) som felles informasjonskilde (plattform). Det forutsettes at denne tilbys som en nasjonal tjeneste på lik linje med Helsenet. Prosjektet vet at det eksisterer flere alternative tekniske løsninger som kan fungere som informasjonsplattform. Herunder Velferdsteknologisk knutepunkt, FIKS-plattformen og andre kommersielt tilgjengelige alternativer². For å sikre best mulig gjenbruk av erfaringer, likt utgangspunkt for utprøvingene og bedre anledning til direkte sammenligning av utprøvingene, anbefales det at det kun benyttes én plattformsløsning for de utprøvingene som fokuserer på andre aspekter enn teknologi.

Det settes av en dedikert utprøving til å se på ulike tekniske innretninger for en plattform. Denne utprøvingen er foreslått nest sist i perioden, for å sikre bedre tid til forberedelser, eventuelle avtaler og tilgjengelige ressurser.

Utprøvingene er ikke finansiert som en del av prosjektet og kostnadene forutsettes dekket av kommunene, eventuelt i samarbeid med øvrige prosjektdeltagere. Mulige kilder til finansiering som offentlige bevilgninger og Helseteknologiordningen (HTO; da fra 2024) kan være aktuelle å vurdere for å redusere den økonomiske risikoen for kommunene.

Prosjektet har tett dialog med kommune-Norge om mulige former for samarbeid rundt utprøving og gjennomføring. Både gjennom dialog med KS digitale fellestjenester, Helsedata i Oslo (Oslo

¹ [Fra forskrift om offentlige anskaffelser, §3-1 Utvidet egenregi fra forskrift om offentlige anskaffelser, §3-1 | Lovdata](#)

² Bilag 6.2 oppsummerer markedsundersøkelse for dataplattform prosjektet gjennomførte, hvor det ble presentert flere kommersielt tilgjengelig plattformsløsninger og produkter.

kommune) og prosjektets samarbeidskommuner (Ringsaker, Stavanger, Bergen, Bærum, Kristiansand, Bodø, Hammerfest og Vinje).

2 PROSESS OG METODE

I dette kapitlet beskrives først en prosess for vurdering av behov og løsning rettet inn mot tjenesteutvikling, en arbeidsprosess for gjennomføringsfasen og deretter en metode for arbeid med utprøvingene.

2.1 Vurdering av behov og løsning

Prosjektet anbefaler å bruke en tydelig, transparent og felles prosess for vurdering av behov. Denne skal sikre at utvikling går i retning av et felles målbilde og innenfor de avgrensninger³ som er gjort for målbildet totalt. Dette er spesielt aktuelt når realisering skjer gjennom flere ulike utprøvinger og med ulike aktører.

Med utgangspunkt i et identifisert totalomfang skal dette kapitlet (sammen med bilag 2.1) 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.

Kapitlet må sees i nær sammenheng med *vedlegg 2 Behov og mål for løsning, samt vedlegg 4 Plattform – konsept og målbilde* der målbildet for plattformen, inkludert målbildet for informasjon er beskrevet.

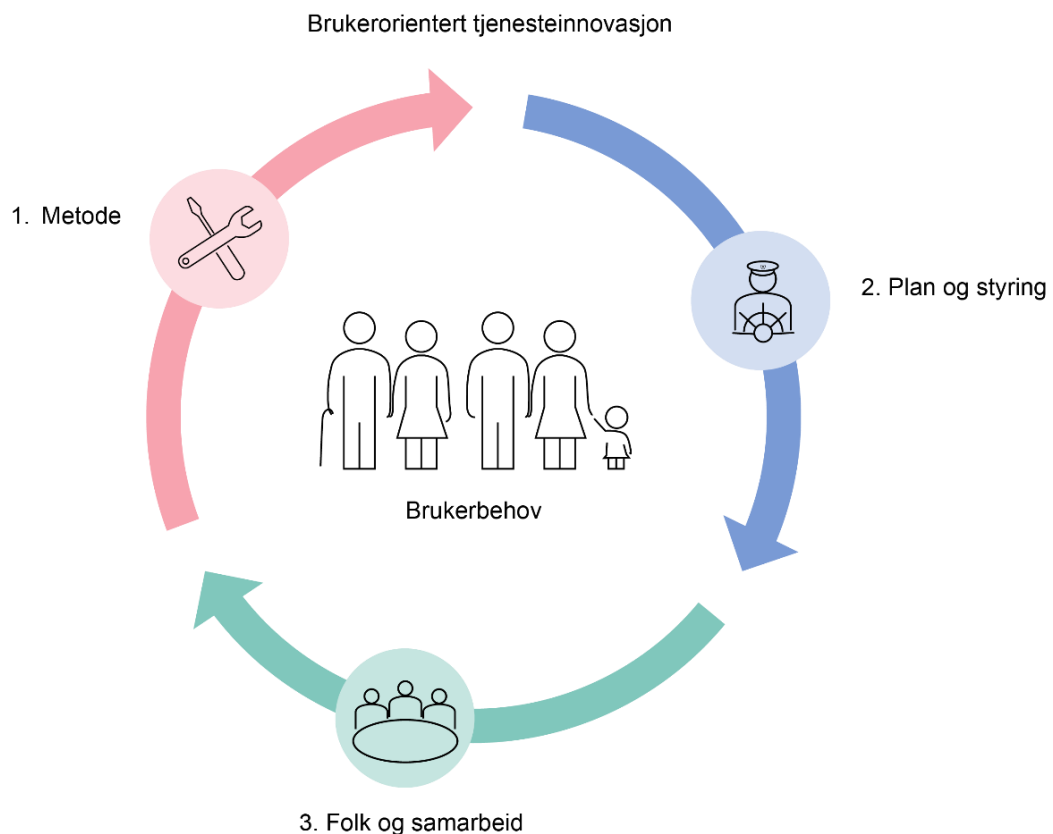
2.1.1 Prosess for å vurdere behov og nytteverdi

Utprøvningsprosjektene må gå i dybden på hvilke informasjonsbehov som skal dekkes. Selv om dette er prosjekt som har stor avhengighet til teknologidimensjonen, handler det først og fremst om å skape nytteverdi for helsepersonell i deres daglige praksis. Ut fra en smidig og brukerorientert tankegang er det kommunene og berørt helsepersonell som må vurdere hvilke tjenesteområder og informasjonselementer som gir størst nytteverdi. Det er viktig for å skape eierskap og for å finne frem til de beste brukerhistoriene (usecases). Det må være en kontinuerlig og gjentagende, prosess der utprøvningskommune(r) i samarbeid med leverandør(er), NHN og ande kommuner, veier behov og muligheter for forbedring av arbeidsprosesser, og virkning for aktørene, opp mot teknologiske muligheter og begrensninger.

En stegvis utvikling må skje i tett samarbeid med ulike aktører, både kommuner, leverandører og NHN med flere. Det legges til rette for en prosess som skal gjøre det mulig å ta behovsarbeid videre ned på et konkret detaljnivå. Det må skje i utprøvningskommunene, for å skape eierskap, motivasjon, samt for å finne de beste tiltakene.

Målbildet er at relevant pasientinformasjon skal være tilgjengelig for alle brukere med legitime behov, der og når behovet oppstår. I et teknologitungt prosjekt som dette er det alltid en risiko for at de teknologiske og organisatoriske hensynene tar oppmerksomheten vekk fra det prosjektet egentlig handler om. For å sikre at dette ikke skjer vil kommende fase bygge på prinsipper, prosesser og metoder for brukersentrert tjenesteinnovasjon.

³ Domeneområde helseinformasjon skal prioriteres innledningsvis. Se Vedlegg 4 Plattform – konsept og målbilde for mer informasjon.



Figur 1: Brukerorientert tjenesteinnovasjon

Det innebærer å løfte frem bruker- og behovsperspektivet gjennom tre dimensjoner:

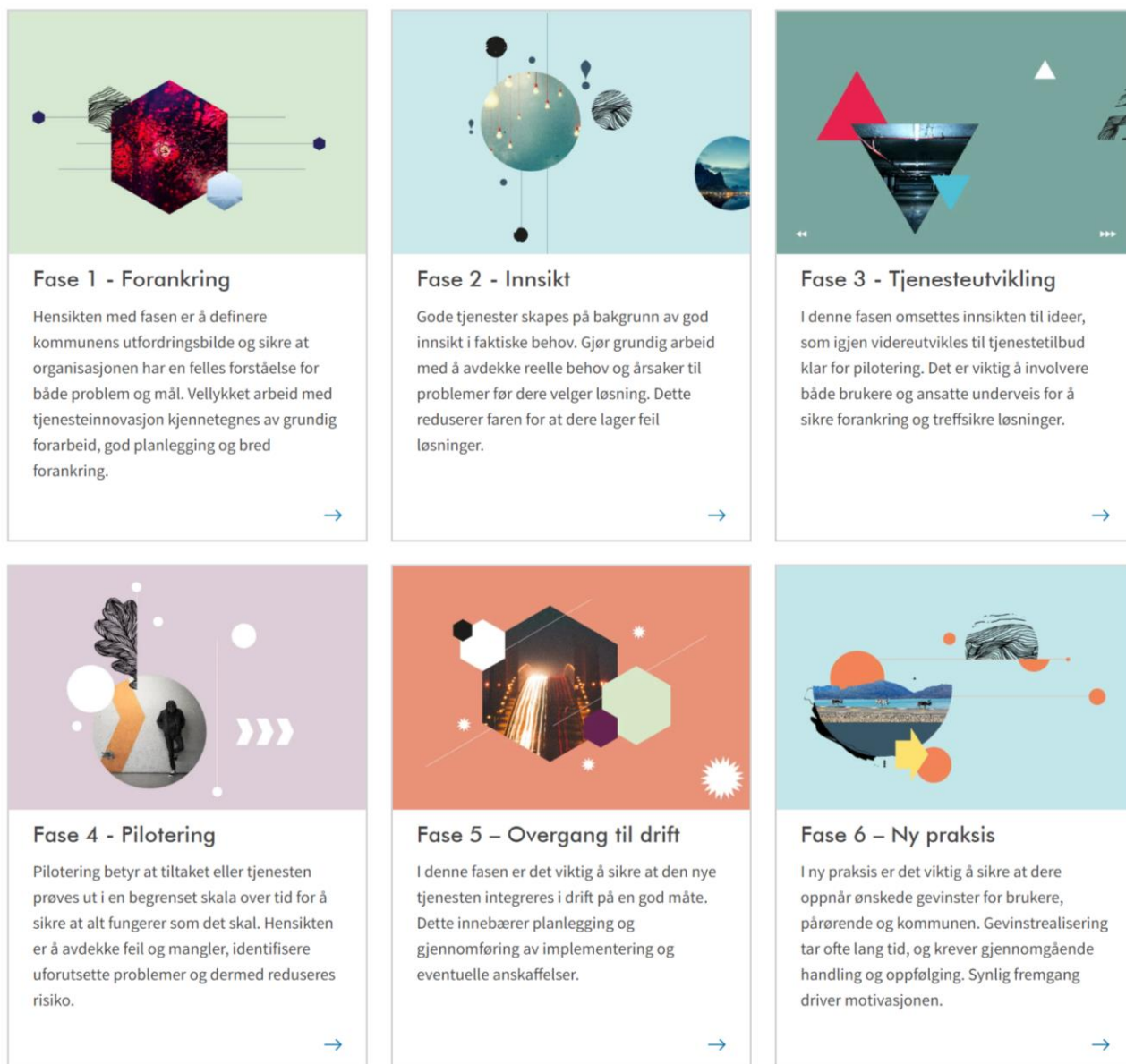
- **Metode:**
Å bygge på anerkjente metoder for brukerorientert tjenesteinnovasjon
- **Plan og styring:**
Å legge opp en prosjektplan som gir tid og rom for å sette søkelys på brukerbehov i henhold til profesjonelle standarder
- **Folk og samarbeid:**
Å etablere roller og samarbeidsformer som sørger for å sette behovs- og brukerperspektivet i sentrum helt frem til implementering.

2.1.2 Metodeverk for brukersentrert tjenesteinnovasjon

Det er naturlig å bygge på KS' «Veikart for tjenesteinnovasjon⁴». Det er en verktøykasse utviklet med utgangspunkt i kommunenes virkelighet, det er faglig anerkjent, og mange kommuner har erfaring med bruken av det.

⁴ [Veikart for tjenesteinnovasjon | KS](#)

Fase-modellen⁵ må tilpasses dette prosjektet. Veikartet er generisk, det er en verktøykasse som kan anvendes i ulike situasjoner. Hvordan det anvendes i den kommende utprøvningsfasen, må tilpasses prosjektdeltagerne med kompetanse innenfor tjenesteinnovasjon, tilpasse til den konkrete oppgaven.



Figur 2: Fasemodellen kan legges til grunn for brukersentrert innovasjon i veikart for tjenesteinnovasjon.

2.1.3 Plan og styring

Brukerbehovene må være den drivende kraften i utprøvningsfasen. Erfaringsmessig er det en tendens til at disse kommer i andre rekke. Teknologiske, organisatoriske og andre forhold som står nærmere

⁵ KS Veikart for tjenesteinnovasjon inneholder seks ulike faser, fra behovet oppstår til ny praksis er satt i drift. Hvordan veikartet og fasene anvendes i den kommende utprøvningsfasen, må tilpasses den konkrete utprøvningsfasen av deltakere som har kompetanse innenfor tjenesteinnovasjon.

kjerneteamet i prosjektet blir viet mest oppmerksomhet til tross for at det egentlig er underordnet brukerbehovene.

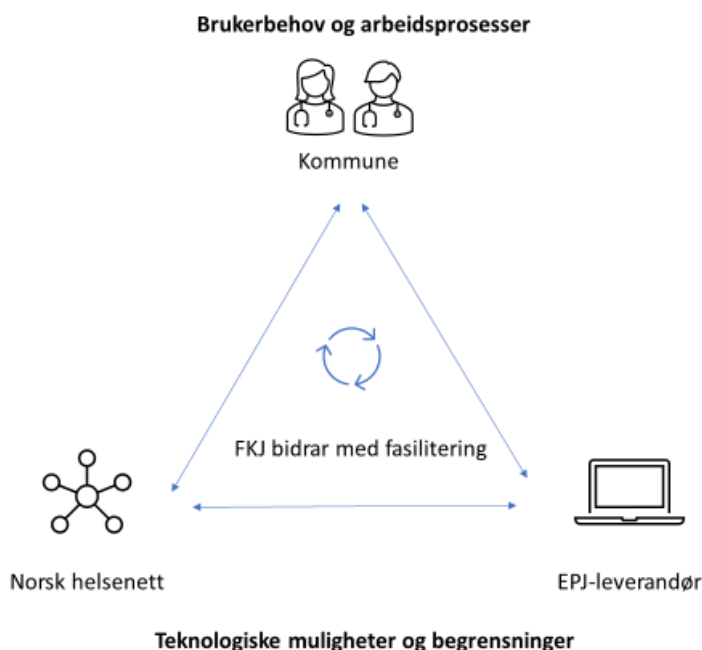
Prosjektet må sørge for tilstrekkelig tid og rom til å jobbe med innsikt i behov, på en måte som passer inn i den helhetlige prosjektplanen. Utvikling av arbeidsprosesser må ses i et bruker- og tjenesteperspektiv. Innsiktsarbeidet er ikke et vedheng til prosjektet, men det som gir nødvendig retning og input til øvrige aktiviteter.

2.1.4 Folk og samarbeid

Det må legges til rette for brukerinvolvering helt fra begynnelsen av fasen. Brukerbehovene må ivaretas gjennom en kontinuerlig og gjentakende prosess der kommunenes helsefaglige miljø definerer hva som må oppnås i et bruker- og tjenesteperspektiv. Dette må man deretter jobbe med i et løpende samarbeid med leverandørene og NHN, som kjenner teknologiske muligheter og begrensninger.

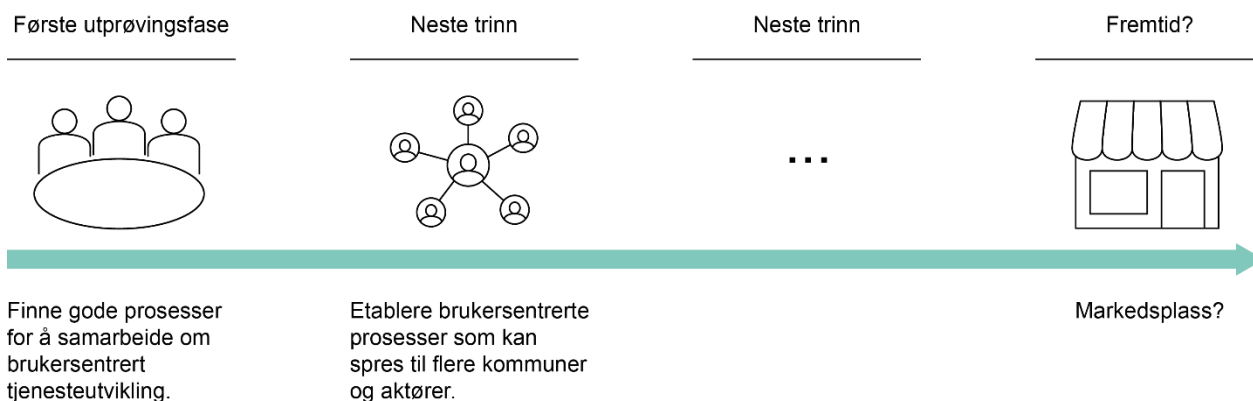
Det må være roller som ivaretar at brukerbehov står i sentrum og er førende helt frem til implementering - og ikke "blir borte på veien":

- Kommunesiden:
Faglige ressurser med kjennskap til helsetjenesten som evner å tenke i et bredere tjenesteutviklingsperspektiv
- Prosjektet:
Ekspert på brukersentrert tjenesteinnovasjon som bidrar med å tilrettelegge prosessen på tvers av ulike parter.



Figur 3: Samarbeidsprosess i utviklingsprosjekt.

Gode prosesser, metoder og roller for å jobbe brukersentrert på tvers av prosjektet, samt samarbeid om arbeidsprosesser og behov, har i seg selv en verdi for fremtiden, ikke bare kommende utprøvningsfase. Det vil legge grunnlaget for å jobbe videre mot målbildet på en effektiv måte når neste steg skal tas. Det vil også kunne være et utgangspunkt for det som er omtalt som "markedsplassen".



Figur 4: Flytskjema for utviklingsprosess

2.1.5 Kunnskapsgrunnlag og avgrensninger

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 kort i det følgende.

Vi har benyttet informasjonsmodellen fra Akson-utredningen, men vi har modifisert deler av modellen for å reflektere kommunale helse- og omsorgstjenester. Det gjelder to avgrensninger:

1. Vi prioriterer domeneområdet⁶ helseopplysninger innledningsvis
 Dette innebærer at plattformen i *første omgang* vil inkludere informasjon som grunndata, opplysninger om saksbehandling, helsepersonellrelatert og virksomhetsrelatert informasjon i relativt liten grad
2. Den andre avgrensningen handler om gapet mellom det helhetlige behovet for informasjon og det som allerede 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.

For mer informasjon rundt avgrensning som er gjort eller illustrasjon av informasjonsmodellen vises det til *vedlegg 3*.

De ni informasjonskategoriene (behovene) som vi peker på i en innledende fase er derfor i ikke-prioritert rekkefølge:

1. Klinisk oppsummering
2. Undersøkelser, målinger og funn
3. Journaldokumenter
4. Kliniske bakgrunnsopplysninger
5. Sosialt, utdanning og bolig bakgrunnsinformasjon
6. Tjenester, ytelser og hjelpemidler
7. Prosedyrer og behandlinger
8. Problem, diagnose og behov

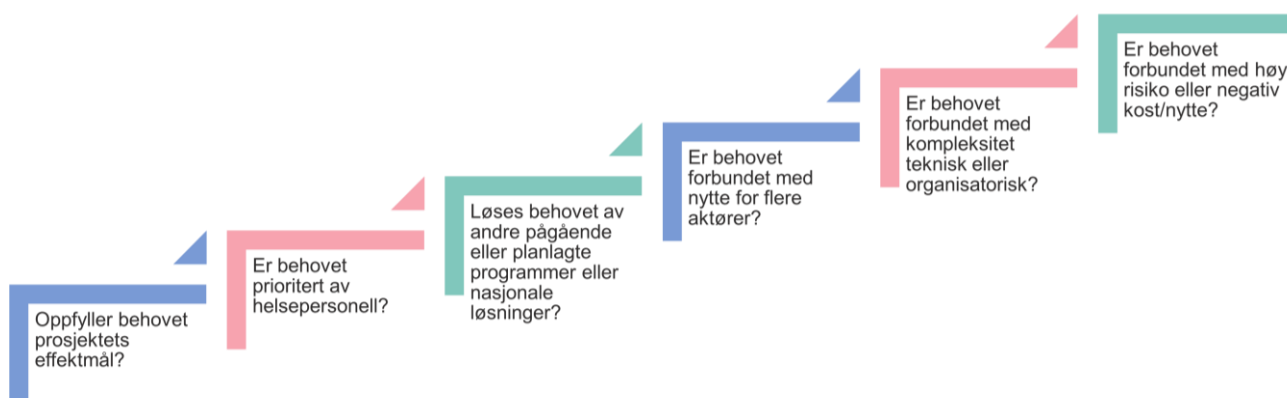
⁶ I arbeidet er det lagt til grunn en informasjonsmodell som et felles utgangspunkt. Denne er delt inn i ulike domeneområder, eksempler på disse er helseinformasjon, saksbehandling, pasientadministrative data mm

- Applikasjonsspesifikke data (vi har hatt mindre fokus på denne, men den er nevnt fordi den kan være viktig for utvikling av nye løsninger direkte mot en informasjonstjeneste eller plattform)

Hver av disse 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 (arketyperne) fra OpenEHR til grunn. Dette er gjort på bakgrunn av at det allerede eksisterer en kategorisering av helseopplysninger som vi har funnet hensiktsmessig. De ni kategoriene, samt hvilken informasjon vi har kategorisert inn under disse er nærmere beskrevet i bilag 1 til vedlegg 2.

2.1.6 Metode for prioritering

I det følgende beskrives en mulig metode for å prioritere informasjons- og samhandlingsbehovene i videre realisering. Dette må være en kontinuerlig prosess i utviklingen. En prioritering må baseres på prosjektets effektmål slik at det hele tiden er leveranse av egenskaper som har høyest nytteverdi for brukerne som står i sentrum.



Figur 5: Oversikt over prosess for utvelgelse og prioritering av omfang for informasjonsbehov.

Prioritering av behov handler først og fremst om rekkefølgeavhengigheter og tid, og dermed hva som skal ligge over realiseringslinjen i en gitt tidsperiode (produktkø).

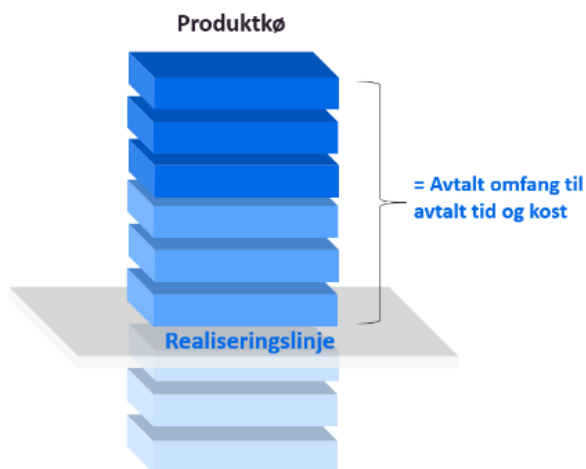
Vurdering av behov avgrenses av kriteriene som er gjengitt for hvert trappetrinn i modellen. Rekkefølgen på vurderings- og prioriteringstrinnene er basert på prosjektets vurdering av hva som er hensiktsmessig rekkefølge.

Det første og viktigste trappetrinnet handler om behovet oppfyller prosjektets effektmål. Vurdering av effektmål legges til grunn som første vurderingstrinn fordi effektmålene skal bidra til at omfanget som løses skal sikre brukerne størst mulig nytte. Her er brukerne både representert gjennom innbyggere, helsepersonell og kommuner (mer administrativt).

Dersom enkelte behov ikke oppfyller ett eller flere av effektmålene settes de nederst i, eller tas ut av produktkøen.

Neste trinn tar stilling til om behovet er prioritert av helsepersonell. Hvis ja, settes behovet høyt i produktkøen, mens uprioriterte behov flyttes ned. Resultatene fra arbeidsmøter og kartlegging som er gjort, samt innspill fra aktørfora, kan gi en indikasjon på trender/ulike områder som ansees høyt prioritert, men vil ikke bli brukt som utgangspunkt for prioritering alene.

Gjenbruk av eksisterende eller planlagte nasjonale løsninger der det er hensiktsmessig er en av rammene til prosjektet. Trinn tre vurderer om et behov løses eller planlegges løst av andre nasjonale programmer eller eksisterende løsninger. Hvis ja, blir det prioritert ned i produktkøen. Hvis nei, prioriteres det tilsvarende opp i produktkøen.



Figur 6: Produktkø

Deretter vurderes om det foreligger stor kompleksitet for realisering teknisk eller organisatorisk. I dette ligger vurderinger knyttet til hva av infrastruktur eller løsninger som allerede foreligger, samt hvilke organisatoriske enheter som kan benyttes i realiseringen.

Siste vurderingskriterium er graden av risiko. I dette ligger vurdering av om det foreligger store avhengigheter til andre aktører, tiltak utenfor prosjektets kontroll, eller om det medfører en kompleks og krevende gjennomføring.

Målet med en smidig og stegvis tilnærming er å gjennomføre kontrollerte, reversible steg. Det er også vurdert om realisering av behovet vil bidra til positiv eller negativ kost/nytte, samt en overordnet kostnadsberegning av tiltak.

2.2 Arbeidsprosess

Som beskrevet i innledningen av kapitlet viser vi her til den grunnleggende arbeidsprosessen prosjektet og dets etterfølger, vil følge.

Arbeidsprosess

Prosjektet vil jobbe med flere ulike aktiviteter i parallell. Blant annet skal det videreutvikle konseptene for plattform og markeds plass, gjennomføre flere utprøvningsløp i samarbeid med kommuner og leverandører, jobbe med kommunikasjon og forankring, drifte prosjektet og rapportere i styringslinjen, samt planlegge det videre arbeidet for å oppnå det fulle målbildet.

Konseptene og løsningene skal utvikles stegvis og innføres gradvis. Det innebærer at prosjektet vil jobbe etter smidige prosjektstyringsprinsipper for å oppnå målene beskrevet tidligere i styringsdokumentet.

I prosjektledelse er Scrum⁷ i et rammeverk for å utvikle og levere produkter i et komplekst miljø, og dette er den anbefalte arbeidsformen for utprøvningsperioden. Det er en form for *organisatorisk*

⁷ Scrum er et iterativt og inkrementelt rammeverk for utvikling, levering og vedlikehold av komplekse produkter. Rammeverket utfordrer antagelser om den tradisjonelle, sekvensielle tilnærmingen til produktutvikling (som fossefallmodellen), og gjør det mulig for team å organisere seg selv ved å oppmuntre til fysisk samlokalisering eller tett nettbasert samarbeid mellom alle teammedlemmer, samt daglig kommunikasjon ansikt-til-ansikt mellom alle teammedlemmer og involverte disipliner | Scrum.

kunnskapsbygging særlig egnet for å skape trinnvis og kontinuerlig innovasjon⁸. Metodikken bryter ned arbeidet i mål som skal fullføres i satte tidsperioder, kalt sprinter. Sprintene vil typisk vare i to eller tre uker, avhengig av hvilke aktiviteter og oppgaver prosjektet jobber med.

Bruk av smidig utviklingsmetodikk kan ha gunstige effekter på prosjektet⁹, som for eksempel:

- Legger til rette for å komme i gang med produksjonen av noen «trygge» deler før nødvendigvis alle deler av løsninger er detaljert spesifisert.
- Legger til rette for tidlige leveranser, og dermed nyttige tilbakemeldinger.
- Tidlige leveranser kan muliggjøre tidlig oppstart av gevinstrealisering.
- Oppdelingen av gjennomføringsfasen i delfaser, med noen sprinter i hver delfase, sikrer involvering av prosjekteier/produkteier ved hver faseovergang.
- Inneholder en god mekanisme for å håndtere detaljering og endring av krav underveis.

Kommunikasjon og forankring består av flere aktiviteter som varer lenger eller pågår kontinuerlig. Selv om ikke alt skal håndteres i sprinter, anbefales det at alle prosjektets oppgaver samles i et sentralt prosjektstyringsverktøy. Dette gir god oversikt på tvers av arbeidsstrømmer og fagfelt, samler informasjonen på et felles sted og i samme format, og gir oversikt over hva den enkelte arbeider med til enhver tid. Prosjektledelsen vil koordinere de ulike aktivitetene på tvers av arbeidsområdene, mens sprint-seremoniene vil brukes til å styre, støtte og koordinere de spesifikke aktivitetene den enkelte jobber med.

Prosjektomfanget for utprøvsperioden beskrives videre i kapittel 8 – Prosjektomfang. Utviklingsmetodikk og detaljer om den enkelte utprøvingen er mer utfyllende beskrevet i vedlegg 6.

Kvalitetsledelse

Utprøvsmodellen har en smidig tilnærming for å kunne oppnå reell verdi i form av måloppnåelse i henhold til effektmålene, samt økt læring og forbedring av det felles kommunale journalløftet. Dette innebærer at prosjektet må gjøre seg nytte av erfaringer og kvalitetsledelse underveis, herunder:

- Proaktivitet.
Kvalitet bygges inn i prosesser og produkter og er ikke i hovedsak basert på «inspeksjoner» i etterkant.
- Kontinuerlig forbedring.
Kvalitetsforbedring foregår kontinuerlig hvor erfaringer og resultat av ulike tiltak tilbakeføres til prosesser og produkter for ytterligere forbedring.
- Resultatet er kontinuerlig forbedring som krever deltagelse fra alle ledere og medarbeidere i prosjektet.
- Ansvar for prosesser og produkter er fordelt på lederne innenfor prosjektet, og prosjektleder har ansvaret for at roller for kvalitetsledelse av prosesser og produkter er definert. Kvalitetsledelse beskrives i en kvalitetsplan for prosjektet.
- Kvalitetssikring i prosjektet omfatter også eksterne revisjoner og eventuelt også hos prosjektets leverandører.
- Status for kvalitetssikring inngår i prosjektets rapportering av status og usikkerhet. Større avvik (tid, kost, kvalitet) skal inngå i rapportering til prosjektets styre.

⁸ Kontinuerlig innovasjon er evnen å kontinuerlig søke rom og løsninger for forbedringer gjennom å utforske nye ideer.

⁹ [Prosjektveiviseren og Smidig \(Scrum\) | Digitaliseringsdirektoratet](#)

2.3 Metode for utprøvinger

Forutsetninger for utprøving som realiseringsstrategi, er at behov er tilstrekkelig analysert, forstått og beskrevet, og at alle aktører har tydelige roller og ansvar. Utgangspunktet for de konkrete utprøvningsprosjektene er basert på reelle utfordringer og behov kommunene har formidlet til prosjektet.

2.3.1 Faser

Det er lagt opp til at en utprøving deles opp i tre faser:

- Forberedelser og innsikt (tilsvarende fase 3 i veikart for tjenesteinnovasjon)
- Utvikling og utprøving (tilsvarende fase 4 og 5 i veikart for tjenesteinnovasjon)
- Evaluering og videreføring (forberedelse til fase 6 i veikart for tjenesteinnovasjon)

Faseinndeling skal sikre at forutsetningene for å lykkes med målsettingen for utprøvingen, er så gode som mulig. Det er også en naturlig inndeling, hvor ulike parter må koordinere, bli enige og forberede sine ulike virksomheter på utvikling og utprøvningsarbeidet som planlegges.

Håndtering av utfordringer som følge av en eventuell reduksjon i kapasitet og/eller bemanning må planlegges godt basert på løpende ROS-analyser.

2.3.2 Forutsetninger

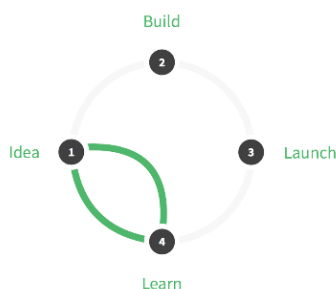
Utpørningskonseptet må være beskrevet og avklart i forkant av oppstart. Tilsvarende må målsettinger, suksesskriterier for utprøvingen og hvilke virkemidler som benyttes for å nå målsettingene, være tydelig beskrevet. Rollen til hver enkelt aktør som blir involvert må også avklares, i tillegg til ansvarsområder, leveranser og kilder som skal benyttes til tjenesten som skal prøves ut. Den enkelte utprøving skal kunne knyttes til målsettingene i styringsdokumentet, selv om det utgjør en mindre del av det komplette målbildet.

I en smidig metodikk stilles det krav til definerte rammer slik at utførelsen blir effektiv. Det er derfor viktig at rammer og målsettinger med utprøvingen er avklart i god tid før oppstart av første fase, som er forberedelser og innsikt. Kartlegging av, og avtaler med 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.

I den videre teksten gis en mer detaljert beskrivelse av fokus, forventninger og arbeid som hører til i de ulike fasene.

2.3.3 Forberedelser og innsikt

I den første fasen er det naturlig å fokusere på nødvendige forberedelser. Med bakgrunn i beskrivelsen av behovet og utprørningskonseptet bør det gjennomføres møter, koordinering og planlegging av hvilke aktører som skal delta.



Figur 7: Design Sprint i "Ide-Bygg-Lanser-Lær Sirkelen"

Et godt utgangspunkt for den første fasen og en indikator på at nødvendige forberedelser er gjort, er å starte fasen ved å gjennomføre

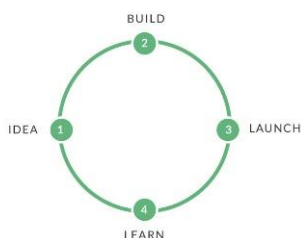
en Design Sprint¹⁰. Dette er en komprimert designprosess¹¹ hvor samtlige aktører samles og involveres i å etablere en prototype i løpet av fire intensive dager¹². Her fokuseres det på å få tilbakemeldinger på en hypotese og idé (Idea – 1), uten å gå innom utvikling (Build – 2) og utprøving (Launch 3), men rett til læring (Learn – 4). En designsprint vil raskt avdekke om det er nødvendig å gjøre justeringer før selve utprøvingen starter.

Det er satt av tre måneder til denne fasen, men den kan med fordel reduseres der det er mulig. Tiden må benyttes godt til å forberede og planlegge den neste fasen så detaljert som nødvendig.

Mål for denne fasen er at alle involverte har en tydelig oversikt over arbeidet som er planlagt og hva som er forventet av dem for den neste fasen av utprøvingen.

2.3.4 Utvikling og utprøving

Gjennom å benytte Scrum¹³ metodikk vil man kunne oppnå målet om stegvis utvikling og gradvis innføring. Det er viktig å avklare tidlig om den konkrete utprøvingen vil dekke behovet og realisere nytte for brukerne. Det skjer gjennom å utvikle, prøve og deretter evaluere for å avklare hvilke eventuelle justeringer som må gjøres før en ny iterasjon.



Figur 8: "Ide-Bygg-Lanser-Lær" sirkelen

Erfaring fra forrige fase forbereder utprøvingsteamet på å arbeide i to-ukers (anbefalt varighet) iterasjoner i denne fasen. Lengden per iterasjon justeres ved behov i forhold til den konkrete utprøvingen. De tidligere definerte målsetningene og suksesskriterier for utprøvingen er utgangspunkt for evaluering av hver iterasjon og eventuelle justeringer av produktet eller løsningen som utvikles.

Før oppstart må det etableres klare kriterier for å fortsette eller avslutte arbeidet. Disse kriteriene skal bidra til forutsigbarhet og transparens i vurderinger av måloppnåelsen underveis. Om kriteriene ikke nås må utprøvingen stoppes og helst så raskt som mulig. Det er viktig å unngå at flere ressurser benyttes på noe som ikke vil realisere

målsetningene.

Det som utvikles i utprøvingene skal ta høyde for en videre utbredelse i andre kommuner. Suksesskriterier og forutsetninger for utbredelse kartlegges og beskrives underveis i utprøvingen.

Om en utprøving bør utvides i omfang må vurderes opp mot formålet og diskuteres med prosjektet. De ytre rammene for utprøvingen skal bestå.

I Scrum-metodikk legges det opp til å foreta løpende evaluering etter hver iterasjon. Her vurderes det om utprøvingen skal fortsette, skaleres, justeres eller avsluttes. En fortsettelse av utprøvingen gjøres når det er arbeid som gjenstår for å realisere nytte opp mot definert behov, eller for å justere produktet på andre områder, f.eks. med tanke på videre skalering. Om man tidlig avdekker at behovet

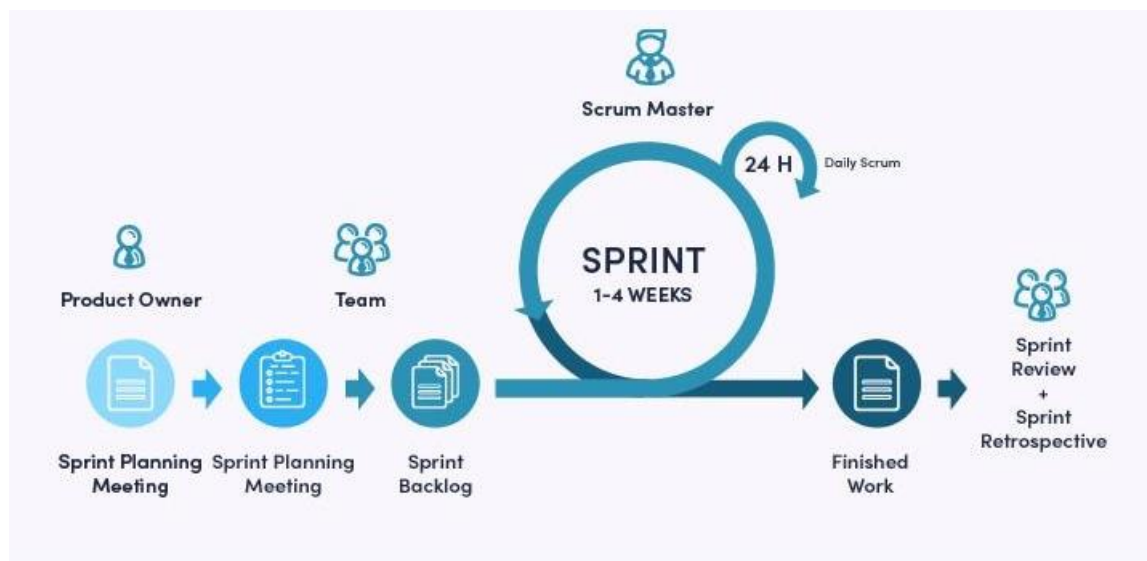
¹⁰ En Design sprint er tidsavgrenset prosess som benytter design thinking til å redusere risikoen ved å etablere en ny tjeneste, produkt eller egenskap. Mer detaljer kan lese på Wikipedia: Design sprint. Design thinking er en samling av kognitive, strategiske og praktiske verktøy for å jobbe med ulike design-prosesser.

¹¹ [En beskrivelse av prosessen for en fem dagers design sprint | Google Ventures](#)

¹² [Beskrivelse av design sprint 2.0 | Tekna](#)

¹³ Scrum er et repeterende (iterativt) og stegvis (inkrementelt) rammeverk for utvikling, levering og vedlikehold av komplekse produkter. Rammeverket utfordrer antagelser om den tradisjonelle, sekvensielle tilnærmingen til produktutvikling (som fossefallmodellen), og gjør det mulig for team å organisere seg selv ved å oppmuntre til fysisk samlokalisering eller tett nettbasert samarbeid mellom alle teammedlemmer, samt daglig kommunikasjon ansikt-til-ansikt mellom alle teammedlemmer og involverte disipliner | Scrum.

ikke dekkes gjennom den valgte utprøvingen, er det en fordel at det dokumenteres og at utprøvingen avsluttes.



Figur 9: Scrum metodikk.

Om man på et tidlig stadium i utprøvingen ser at løsningen dekker behov og innfrir de definerte målsettingene, er det hensiktsmessig om utprøvingen avsluttes og skalering initieres. Det vil si å spre løsningen til bruk i flere kommuner.

Det foreslås at det settes av inntil åtte måneder for fasen med utvikling og utprøving. Dette gir rom for maksimalt 16 iterasjoner, basert på anbefalingene over. Dersom utviklingen av en løsning ikke dekker behovene etter 16 iterasjoner, legges til grunn at det ytterligere iterasjoner neppe vil hjelpe.

2.3.5 Evaluering og videreføring

Når en utprøving avsluttes, bør det foretas en samlet evaluering av utprøvingen. Det forutsettes at det er tatt en beslutning om enten å avslutte utprøvingen, eller at den skal skaleres videre til andre kommuner. Det er satt av maksimalt en måned til gjennomføring av denne fasen.

Om utprøvingen anbefales å ikke videreføres, skal evalueringen dokumentere arbeidet, målsettingene og læringen som har oppstått under utprøvingen. 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.

Når det anbefales videreføring, vil innholdet i fasen være annerledes. Det forventes fortsatt at arbeidet, målsettingene og læringen dokumenteres, slik at det kan gjentas for å realisere liknende verdi.

Anbefalingen om videreføring sendes til prosjektet, som forankrer en beslutning.

2.3.6 Beslutnings- og læringspunkter

Det må etableres forutsigbare beslutnings- og læringspunkter underveis i den enkelte utprøving, men også felles for alle. Det bidrar til å sikre at erfaringer og læringspunkter fra en utprøving vil komme senere utprøvinger til gode. Erfaringer fra forberedelses- og innsiktsfasen til den første utprøvingen vil eksempelvis være nyttig å ta med inn i etterfølgende utprøvinger.

Forutsigbare beslutnings- og læringspunkter er et godt utgangspunkt for læring og justering. I den foreslåtte tidsplanen er oppstart for utprøvingprosjektene lagt opp med to måneders mellomrom. Før oppstart av en utprøving bør læringspunkter fra pågående utprøvinger formidles. En fast rytme på

beslutnings- og læringspunkter på annenhver måned, samme mellomrom som mellom oppstart av hver utprøving anbefales. Disse beslutnings- og læringspunktene skjer da annenhver måned gjennom hele utprøvsperioden. På denne måten vil nye erfaringer kunne deles fortløpende og komme til nytte kontinuerlig.

Beslutnings- og læringspunktene er faste møtepunkter for prosjektet og de sentrale ressursene i hver enkelt utprøving. Prosjektet anbefaler et todelt møte, hvor første halvdel er oppsummering av læringspunkter og utfordringsområder for hver enkelt utprøving. Etterfulgt av en felles sesjon for alle utprøvingene samlet, som da går på å dele erfaringer og utfordringsområder. Det bør etablere og samle beste praksis, råd og anbefalinger fra de ulike utprøvingene.

I beslutningspunktene skal prosjektet, sammen med utprøvsprosjektet, beslutte om det bør videreføres, justeres, avvikles eller breddes ut.

2.3.7 Kontinuerlig produktutvikling

Avgrensede og kontrollerte utprøvinger er viktig for kontinuerlig utvikling, spesielt for en felles plattform. Det sikrer at det som utvikles dekker definerte og prioriterte behov (ref. metode for prioritering av behov), at videreutvikling skjer kontinuerlig og ikke i store sprang, og begrenser dermed risiko og oppbygging av teknisk gjeld.

Som foreslått igjennom konseptet for markeds plass, kan kommuner etablere samarbeid rundt definerte behov som kan avklares og verifiseres i mindre utprøvinger. Det skaper et handlingsrom som kan benyttes til å utforske nye muligheter med begrenset kostnad og risiko for egen og andres virksomhet.

Utprøvinger skaper et mulig rom for innovasjon fra leverandører av sluttbrukerløsninger, som får anledning til å validere og teste sine forbedringer og funksjoner. Plattformen utvikles i tråd med behov/muligheter definert av brukerne (kommunene) og leverandørmarkedet, ref. metode og prosess for prioritering av behov.

Plattformen er, i motsetning til de funksjonelle sluttbrukerløsningene, en relativt stabil og statisk løsning. Det betyr imidlertid ikke at den vil være uforanderlig, den vil tvert om være i en kontinuerlig utvikling gjennom hele levetiden. Plattformen har en vesentlig lengre levetid enn prosjektet, men så lenge det pågår utvikling av applikasjoner og sluttbrukerløsninger vil det også være behov for utprøvinger. En kontinuerlig utvikling åpner for at ikke alle behov må løses innledningsvis eller samtidig. Ny funksjonalitet kan utvikles og tas i bruk på toppen av plattformen uten at det medfører krav til endring for alle andre. Denne fleksibiliteten gjør det mulig for ny funksjonalitet å utvikles stegvis og innføres gradvis.

3 UTPRØVINGER

3.1 Tidsperiode

Konkrete utprøvsprosjekter er planlagt i perioden fra juli 2023 til desember 2024. I denne perioden ser vi for oss fire utprøvinger. De kommunene som ønsker å gjennomføre en utprøving basert på prosjektets forslag beslutter dette. Ulike forutsetninger for utprøvinger er nærmere beskrevet senere i vedlegget.

Prosjektet foreslår følgende fire utprøvinger med ulike oppstartstidspunkt i perioden.

- **Utprøving 1:** Oppstart juli 2023: Oversikt over kommunale tjenester
- **Utprøving 2:** Oppstart september 2023: Diagnoser og behandlingshistorikk
- **Utprøving 3:** Oppstart november 2023: Utforsking av etablerte plattformløsninger
- **Utprøving 4:** Oppstart januar 2023: Skalering og gjenbruk i flere kommuner

Det er både hensiktsmessig og nødvendig å gjennomføre flere utprøvinger enn de foreslåtte fire for å realisere målbildet. Selv om det er behov for flere utprøvinger, er det en forutsetning at de foreslåtte utprøvningsprosjektene kan fullføres innenfor tidsperioden. For å nå målbildet legges det til rette for å gjenbruke utprøvningsmetodikken (stegvis utvikling) videre. Gjennom kontinuerlig utprøvinger, ut over tidsperioden som prosjektet har beskrevet, vil både offentlig og privat sektor få felles utgangspunkt og tydelige rammer for samarbeid og innovasjon.

3.2 Omfang

Utprøvingene har et tydelig avgrenset omfang. De konkrete forslagene til utprøvningsprosjekter vil gjenbruke eksisterende infrastruktur og løsninger. Det vil gjøre det mulig å etablere en teknisk infrastruktur som utprøvingene kan baseres på raskt, samtidig som det vil bidra til å redusere den teknologiske risikoen og kompleksiteten. Utprøvingene forutsetter derfor at det benyttes en eksisterende plattform for informasjonsutveksling, og at denne ikke må anskaffes eller etableres. Utprøvingene som konkret foreslås bidrar i retning av målbildet gjennom utvalgte brukerreiser. Det er på nåværende tidspunkt uklart om målbildet vil la seg realisere fullt ut gjennom videreutvikling og skalering av utprøvningsprosjekt alene. Dette må vurderes i løpet av perioden da det vil bli tydeligere underveis og i etterkant av utprøvingen.

Innledningsvis er det nødvendig å begrense hvilken informasjon og hvilke systemer som inkluderes i utprøvingene. Dette er spesielt viktig for omfanget til utprøvingene. Relevant pasientinformasjon er kjernen for plattformen og er også definert som prosjektets avgrensning innledningsvis (vedlegg 4 Plattform – konsept og målilde). Prosjektet anbefaler derfor at utprøvingene ikke involverer systemer og informasjon for logistikk-, administrasjons- og sak- og arkivløsninger. Formålet for utprøvingene er først og fremst å utforske nytte og effekter fra å dele relevant pasientinformasjon gjennom en felles plattformtjeneste. Inkluderingen av andre systemer og informasjonskilder kan endre seg og bør revurderes gjennom hele prosjektets levetid.

Sluttbrukerapplikasjoner er arbeidsverktøyet til helsepersonell. Ved å basere seg på gjenbruk av eksisterende applikasjoner som tilpasses til å dele informasjon via plattformen, vil nytteverdien av informasjonsdeling få fokus. Brukergrensesnitt, tilrettelegging av ny informasjon og modernisering av journalløsninger er områder som er relevante og nødvendige for å nå målbildet, men ikke kritiske for å synliggjøre verdien av informasjonsdeling. Leverandørene av sluttbrukerapplikasjoner, både eksisterende og nye, vil være viktige for arbeidet med å nå målbildet og utprøvingene. Selv om det legges opp til gjenbruk av dagens sluttbrukerapplikasjoner innledningsvis, menes det ikke å ekskludere eller utelukke nye applikasjoner eller leverandører fra utprøvingene.

3.3 Ytre Rammer for utprøvingene

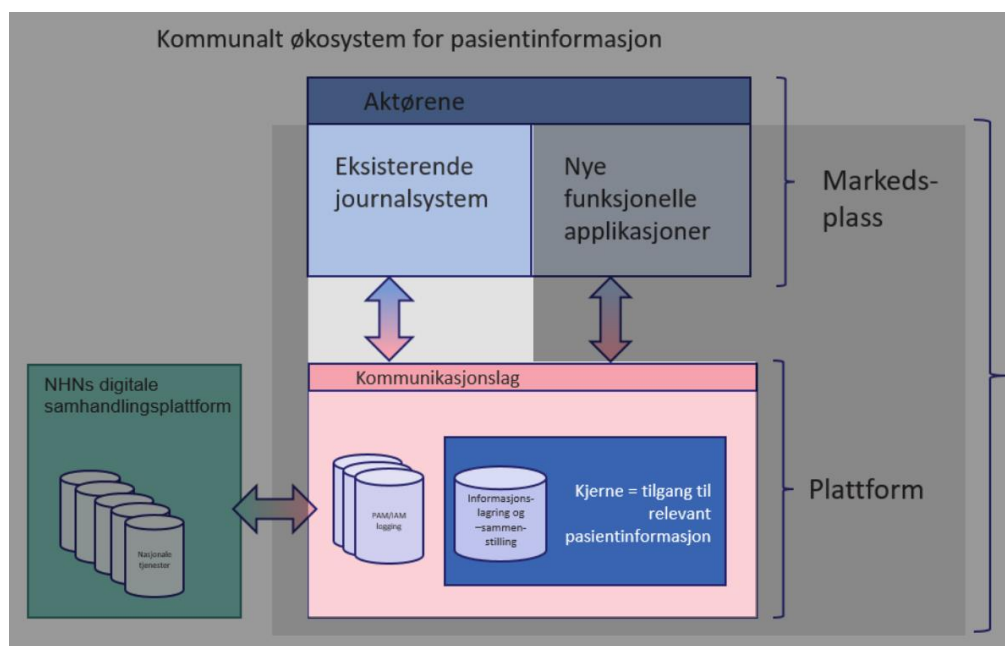
Hvert enkelt utprøvningsløp skal forholde seg til en ytre ramme for tid og kostnad. Dette for å sikre at hver utprøving ikke blir for omfattende, kompleks eller blir for liten. Det er likevel ikke noe i veien for å fullføre eller avslutte utprøvingen før disse rammene er nådd. Utsettelse eller utvidelse er ikke ønskelig. De to ytre rammene er planlagt å fungere i sammenheng. Det vil si at en forsinkelse vil kunne hentes inn dersom kostnadsrammene tillater det. Det samme vil gjelde for kostnadsrammene, dersom ulike faser er mer kostbare. Forslaget er å sette den ytre rammen for tid til 12 måneder og den ytre rammen for kostnader til 25 MNOK, per utprøving. Kostnadsrammen er tenkt å inkludere interne kostnader hos de involverte aktørene. Dette er basert på en estimert intern timesats. Fordelingen av kostnader mellom deltagerne må vurderes opp imot det konkrete forslag til utprøving. Ytre rammer etableres for å sikre tilstrekkelig forutsigbarhet gjennom utprøvingen.

3.4 Ulike scenarier mot målbildet

Det er laget sju (A-G) ulike utprøvnings-scenarier mot realisering av målbildet. De fire foreslåtte utprøvingene dekker ikke alle sju. Nedenfor er de ulike scenariene beskrevet og illustrert opp mot konseptet.

3.4.1 Scenario A: Sende data til felles plattform fra eksisterende journalsystem

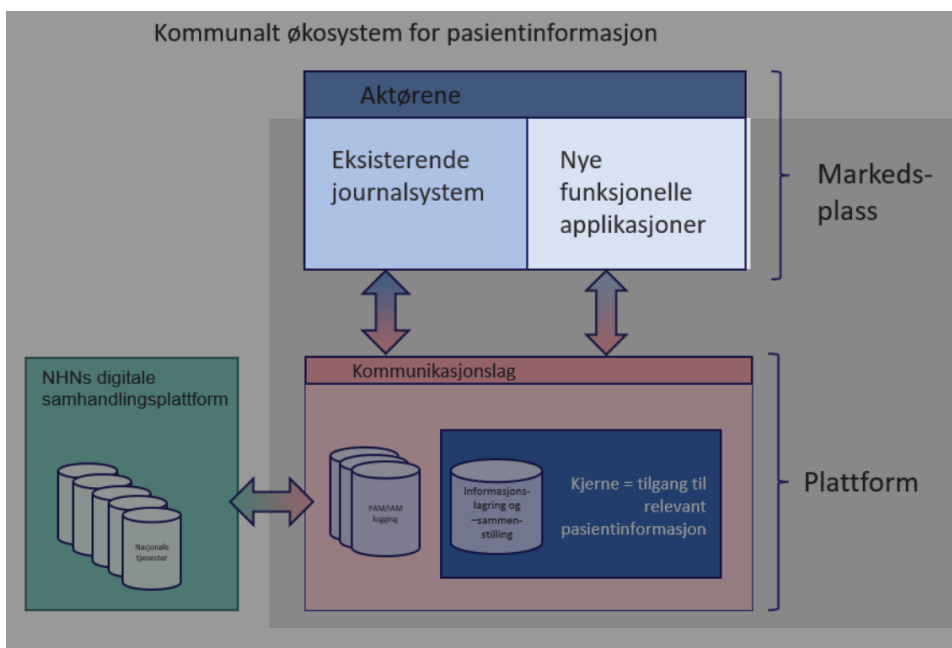
Her skal det testes å sende informasjon fra et eksisterende journalsystem inn til en felles plattform for lagring og tilgjengeliggjøring.



Figur 10: Scenario A - Sende data til felles plattform fra eksisterende journalsystem.

3.4.2 Scenario B: Sømløse arbeidsflater mellom ulike sluttbrukerløsninger

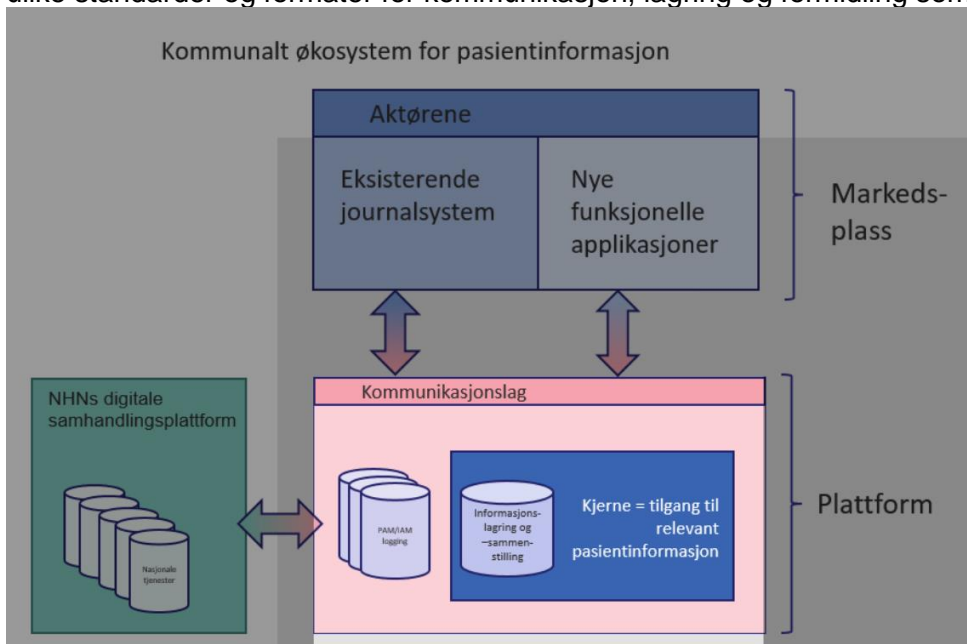
Dette scenariet er utarbeidet for teste hvordan helsepersonell sine sluttbrukerløsninger kan inkludere nye moduler og funksjonalitet som etablerer en sømløs arbeidsflate. Funksjonalitet som er etablert som en selvstendig modul skal kunne inngå som en sømløs del av en eksisterende arbeidsflate.



Figur 11: Scenario B - Sømløse arbeidsflater mellom ulike sluttbrukerløsninger

3.4.3 Scenario C: Plattform

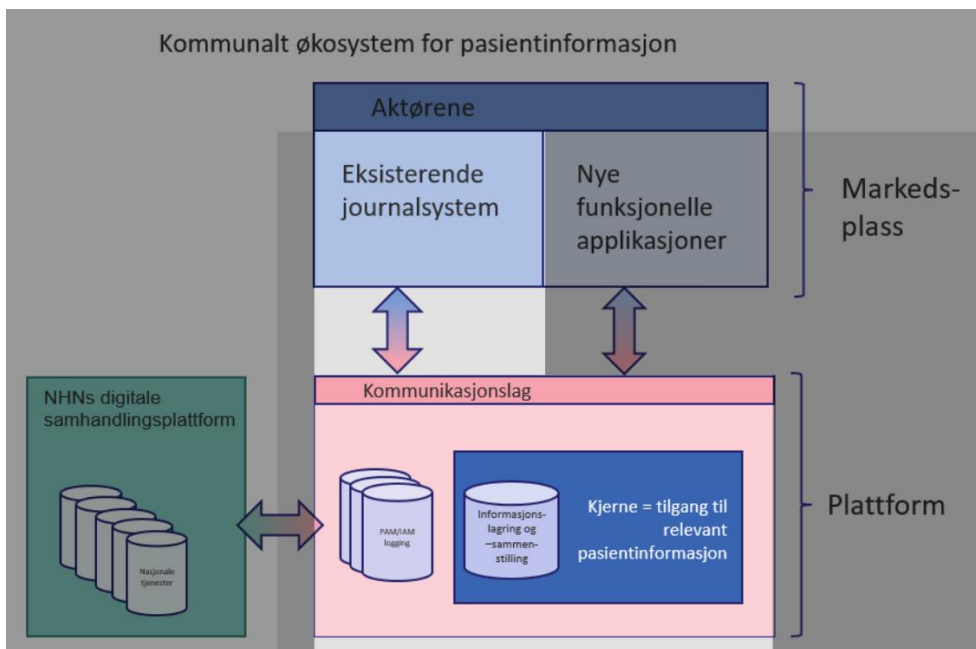
I dette scenariet er informasjonsplattformen, dens egenskaper og begrensninger i fokus. Her skal det testes og avklares hvordan plattformen kan bidra til å realisere målbildet. Det skal avklares hvilke ulike standarder og formater for kommunikasjon, lagring og formidling som en gitt plattform støtter.



Figur 12: Scenario C – Plattform.

3.4.4 Scenario D: Bruk av data fra felles plattform inne i eksisterende brukerflate

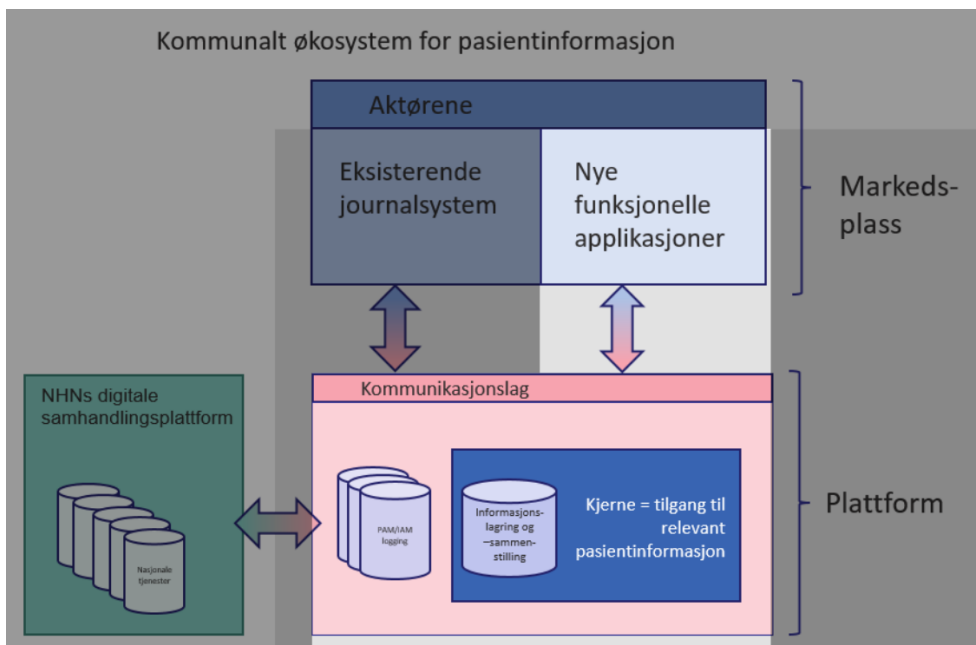
Teste og avklare hvordan informasjon fra en felles plattform kan benyttes i eksisterende journalløsninger.



Figur 13: Scenario D - Bruk av data fra felles plattform inne i eksisterende brukerflate.

3.4.5 Scenario E: Bruk av data fra felles plattform inne i nye funksjonelle applikasjoner

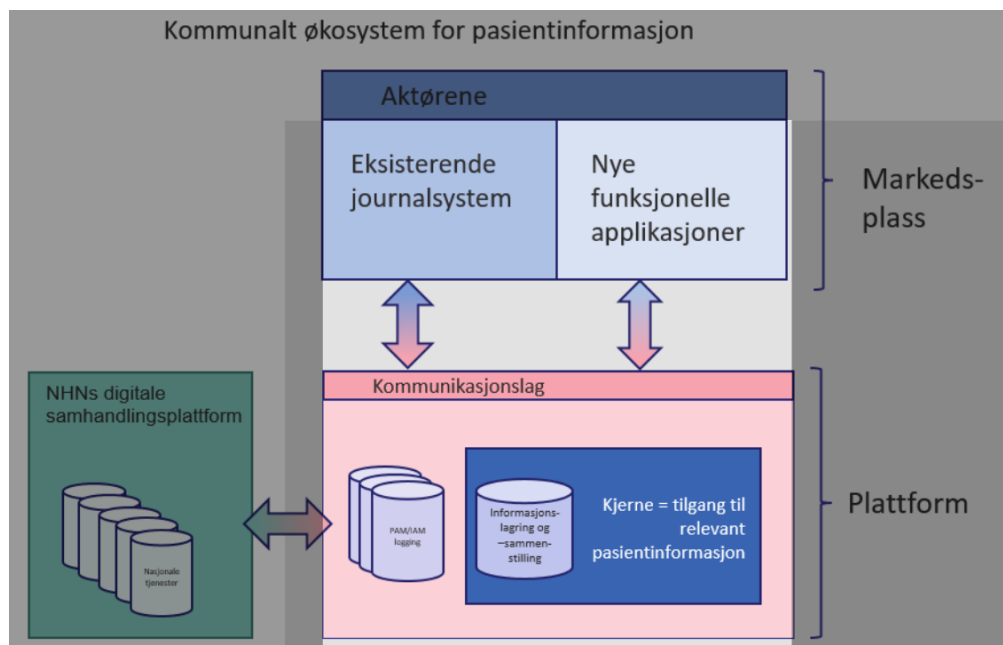
Teste og avklare hvordan informasjon fra en felles plattform kan benyttes i nye funksjonelle applikasjoner og moduler.



Figur 14: Scenario E - Bruk av data fra felles plattform inne i nye funksjonelle applikasjoner.

3.4.6 Scenario F: Oppskalering av eksisterende funksjoner

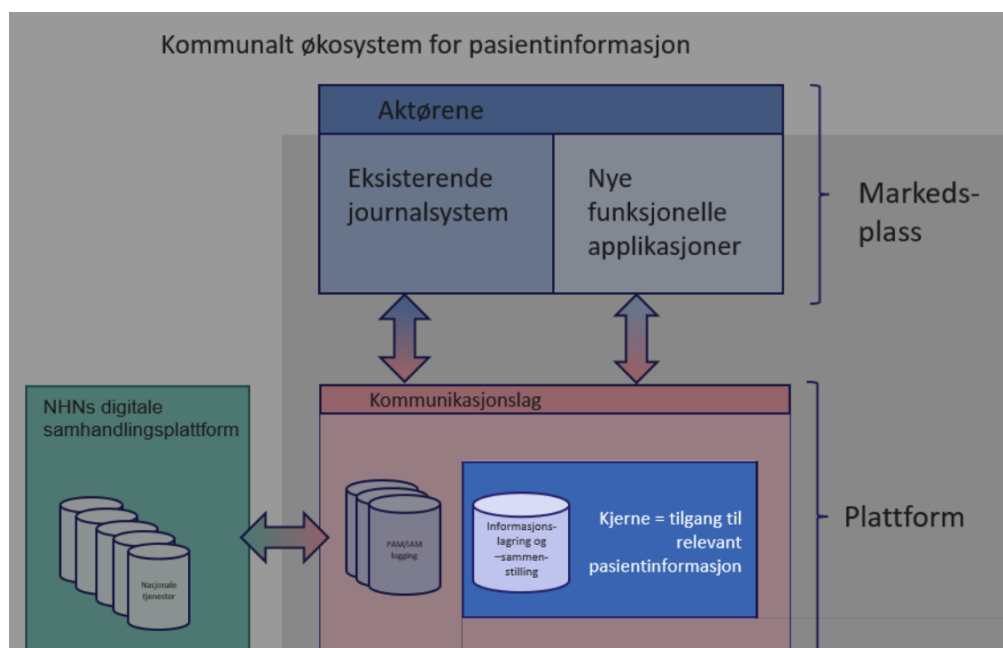
Her skal det testes og verifiseres hvordan løsninger etablert på en felles plattform kan skaleres opp slik at nye kommuner også kan ta de i bruk. Skalering som i betydningen utvidelse av funksjonalitet er ikke det som menes med skalering, men en videre utvidelse hvor andre kommuner tar i bruk løsningene som er utviklet og gjort tilgjengelige.



Figur 15: Scenario F - Oppskalering av eksisterende funksjoner.

3.4.7 Scenario G: Informasjonskjerne

I dette scenariet skal det testes hvordan en felles kjerne kan håndtere standarder, formater og måter å lagre, samt sammenstille data på. Forvaltning av ulike informasjonsmodeller, konvertering mellom ulike standarder og formater vil også inngå som en del av scenariet.



Figur 16: Scenario G – Informasjonskjerne.

3.5 Forutsetninger

Utpøvingene som er planlagt i perioden tar utgangspunkt i enkelte antagelser. Forutsetningene som er felles for utpøvingene er beskrevet nedenfor.

3.5.1 Beslutninger

Prosjektet har ikke myndighet eller mandat til å foreta beslutninger på vegne av noen kommuner eller aktør. Dette gjelder også underveis i en utpøving. Prosjektet har en rolle som tilrettelegger og rådgiver.

Eksempelvis vil:

- En beslutning om å videreføre en utpøving til å inkludere flere områder i den aktuelle kommunen, fattes av kommunen selv
- En beslutning om å tilby en løsning som etableres gjennom en utpøving for andre kommuner, involverer beslutninger hos plattformleverandøren, kommunen som står for utpøvingen og i hver enkelt kommune. Kommunene må hver for seg beslutte at de skal ta løsningen i bruk
- En beslutning om å tilby tilpasninger i ulike sluttbrukerløsninger, må fattes av leverandøren og kommunen som ønsker å ta den i bruk

3.5.2 Finansering

Prosjektet forutsetter at utpøvingene finansieres i sin helhet av prosjektdeltagerne. Det legges opp til deltakelse fra en/ flere kommuner, NHN og en/ flere leverandør(er) per utpøving. Helseteknologiordningen kan fra 2024 redusere den økonomiske risikoen for deltagerne.

Det legges opp til at den faste prosjektorganisasjonen finansieres av kommunesektoren i fellesskap. Prosjektets kostnader for perioden 2023 og 2024 estimeres og fordeles i henhold til en avtalt fordelingsnøkkel.

3.5.3 Gjenbruk av nasjonale løsninger

Prosjektet forutsetter at gjenbruk av etablerte nasjonale løsninger ikke medfører kostnad for kommunene. Forutsetningen bygger på at kommunene allerede belastes for bruken av disse. Teknisk infrastruktur som Helsenettet og Felles nasjonal programvareinfrastruktur inngår i nasjonale løsninger.

Kostnader for nødvendige ressurser som bistår til etablering og utvikling av grensesnitt for FPI belastes den enkelte utpøving. Disse kostnadene kommer frem av vedlegg 7. Eventuelle kostnader forbundet med drift, forvaltning og eventuell skalering av utviklede løsninger og tilhørende plattform, ut over utpøvingene må avklares og dekkes av de kommunene som benytter de fremtidige løsningene.

3.5.4 Deltakelse fra kommune

Prosjektet forutsetter at det for hver utpøving deltar minst en kommune som påtar seg en rolle som vertskap for utpøvingen. Kommunen vil i denne rollen være ansvarlig for gjennomføring og finansiering av utpøvingen.

Vertskommunen og øvrige som deltar i utpøvingen må gjennomføre en egen risikovurdering for å avdekke og gjennomføre risikoreduserende tiltak, samt en personvernkonsekvensvurdering (DPIA). Se mer i bilag 5.1 og 5.2. Dette må gjøres både enkeltvis og i fellesskap ettersom hver selvstendig virksomhet må ha egen vurdering. Det forutsettes at vertskommunen, i samarbeid med den faste prosjektorganisasjonen, sikrer at dette gjennomføres før oppstart av utpøvingen.

3.5.5 Deltakelse fra Norsk helsenett SF

Prosjektet forutsetter deltakelse fra Norsk helsenett SF (NHN) på bakgrunn av gjenbruk av deres infrastruktur. Dette innebærer at nødvendige ressurser fra NHN deltar i utprøvingene og at Felles nasjonal programvareinfrastruktur blir tilgjengelig for prosjektet og kommunene som deltar. Kostnader relatert til dette inngår i de totale utprøvingkostnadene.

3.5.6 Journaler og sluttbrukerløsninger

Helsepersonell benytter ulike journalløsninger og andre sluttbrukerløsninger i sitt arbeid. Prosjektet og utprøvingene legger ikke opp til at disse erstattes med mindre kommunene selv ønsker å bytte løsninger. Det anbefales å unngå at utprøvingene gjennomføres i parallell med eventuell utbygging av sluttbrukerløsninger.

Leverandørens evne til utvikling og tilpassing av eksisterende løsninger er avgjørende, både for utprøvingene og målbildet. Utprøvingene vil kunne avdekke dagens løsningsleverandørs evne til å tilpasse seg bruken av en felles plattform.

Prosjektet forutsetter at leverandørene er positive til å utvikle dagens løsninger og at de evner å gjøre nødvendig utvikling og tilpassing. Leverandører har gitt prosjektet positive signaler om å delta i konkrete utprøvinger. Deltagelse må avklares og avtales konkret for hvert enkelt utprøvingstiltak.

3.5.7 Involvering av leverandører og næringsliv

Prosjektet forutsetter at leverandører av de sluttbrukerløsningene som i dag benyttes av kommuner som deltar i utprøvingen, og som er relevant for utprøvingene, involveres og deltar med nødvendige ressurser for å gjennomføre utprøvingen. Prosjektet har fått tilbakemeldinger fra leverandører at slik deltakelse både er mulig og ønskelig. Det foreligger på den annen side ingen avtaler som sikrer tilstrekkelig deltakelse og involvering i det omfanget og i den tidsperioden som er nødvendig for å gjennomføre en utprøving, men prosjektet legger til grunn at dette er på plass i tide til oppstart av første utprøving. Dette er definert som en risiko i prosjektet og må avklares og sikres på et tidligst mulig tidspunkt.

3.5.8 Skalering og videre drift

Prosjektet legger opp til en egen utprøving (nr. 4) med tanke på skalering av løsninger som er etablert og utviklet i tidligere utprøvinger (1 og 2). En videreføring av utviklede løsninger eller utprøving ut over prosjektets foreslåtte omfang og tidsperiode, vil være opp til de enkelte aktørene. Dersom det viser seg aktuelt å skalere videre og også inkludere andre kommuner enn de initielt involverte, vil de prosjektdeltagerne måtte etablere nødvendige avtaler rundt ansvar, rettigheter og – ikke minst – finansiering av dette. Prosjektet vil bistå og legge til rette for en slik skalering, men det inngår ikke i utprøvingene (ut over utprøving 4).

Prosjektet vil, sammen med de involverte partene, vurdere om og hvordan tjenester som utvikles på ulike plattformer kan gjenbrukes på tvers. Dette er et av læringspunktene fra utprøvingene som vil kunne ha stor påvirkning på realisering av det endelige målbildet og et eventuelt plattformvalg.

En utbredelse av de løsningene som utvikles vil kunne realisere nytte for de kommunene som tar dem i bruk, men det vil også etablere en forpliktelse hos plattformaktøren. Ansvar for videre utvikling, forvaltning og drift av plattformen med tilhørende tjenester etter 2024 er ikke avklart. Dette er noe dagens eiere av prosjektet og virksomheten som eier plattformen(e) vil måtte ta stilling til.

Selv om utprøvingene skal gjennomføres med tanke på videre skalering, og kostnader for drift i utprøvsperioden 2023-2024 er tatt med, er en videre drift av løsningene og utprøvmiljøene etter 2024 ikke forskuttet. Nytt utprøving gir kontra kostnadene ved fortsatt drift bør, som en del av utprøvingene, evalueres. Dette må også vurderes opp mot avtaler mellom partene.

Om det er hensiktsmessig og mulig å realisere målbildet til prosjektet gjennom videre utbredelse, videreutvikling av det som kommer frem av utprøvingene, eller om læringen herfra må benyttes inn i et eget prosjekt for etablering av en felles plattform, er ikke mulig å konkludere med i forkant. Prosjektets resultatmål ivaretar at resultatene fra utprøvingene vil bidra til å videreutvikle plan og beskrivelse av plattformkonseptet.

Det er mulig løsningene som utvikles vil kunne konvergere og til sammen utgjøre deler av en felles løsning på sikt. I det tilfellet at løsningene som utvikles og breddes som følge av utprøvingene må etableres eller utvikles på nytt, basert på en ny plattformløsning, mener prosjektet det likevel er nødvendig læring å gjennomføre og ikke utrede. Det vil bygge nødvendig kompetanse og kunnskap hos kommunene, leverandørene og prosjektet. Det vil også levere nytte til brukerne underveis.

3.5.9 Avtaler

Prosjektet forutsetter at vertskommunene for utprøvingene har nødvendige avtaler på plass med de involverte aktørene. Dette inkluderer, men er ikke begrenset til, databehandleravtaler, leverandøravtaler og samarbeidsavtaler.

Det forutsettes at arbeidet med utprøvingen skal kunne skaleres og breddes ut til andre kommuner. Nødvendige avtaler som gjør at løsninger og erfaringer som etableres i utprøvingen kan gjenbrukes av andre kommuner, må så langt det er mulig, etableres og gjøres tilgjengelig. Om mulig bør det legges til rette for å etablere likelydende avtaler som kan gjenbrukes og som åpner for videre skalering og utbredelse ut over kommuner som deltar i utprøvingene.

4 KONKRETE FORSLAG TIL UTPRØVING

4.1 Utprøving 1: Oversikt over kommunale tjenester

Oppstart for denne utprøvingen er foreslått til juli 2023.

Fremtidsvisjonen i brukerhistorien¹⁴ til «Rayan»¹⁵ er tatt som utgangspunkt. Her er det en forvirret pasient som kommer til legevakten, men legevakten har ikke journalført noe på pasienten og de har heller ikke oversikt over hvilke, om noen, kommunale tjenester pasienten har vedtak på. En slik oversikt over kommunale tjenester vil være nyttig i vurdering av tilstanden og videre behandling. Dette er informasjon som også er relevant for andre instanser i primærhelsetjenesten, som fastlege, hjemmetjeneste, demenskoordinator etc. Det kan også være relevant og nyttig informasjon for sykehus, i forkant av utskrivning og innleggelse.

4.1.1 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 en kommune
- utvikle funksjonalitet for at plattformen kan motta relevant pasientinformasjon fra minst en sluttbrukerløsning for et tjenestoområde

¹⁴ Brukerhistorier er beskrevet ytterligere i bilag 2.3

¹⁵ [Video om brukerhistorien til Rayan | KS](#)

- 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

4.1.2 Mulige områder for læring

Denne utprøvingen 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 (leverandører av sluttbrukerløsninger) samarbeider om å løse en konkret utfordring (informasjonsdeling mellom tjenesteområder) gjennom felles utprøving (markedsplassen)
- 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 en kommune
- Lære hva en kommune må forberede for å ta i bruk en felles løsning basert på felles nasjonal programvareinfrastruktur

4.1.3 Behov og effekt

Utprøvingen vil berøre behov og effekter, som beskrevet i vedlegg 2, på ulike vis. I tabellen vises det hvilke og i hvilken grad utprøvingen adresserer ulike behov. Skalaen er fra svært stor påvirkning, stor påvirkning, noe påvirkning.

Behov	Behovsbeskrivelse	Påvirkning
B1	Helsepersonell har behov for tilgang til relevant informasjon der og når behovet oppstår	+++
B2	Helsepersonell har behov for effektive løsninger tilpasset egne oppgaver	++
B3	Samhandling og informasjonsdeling for å ivareta innbyggernes behov på tvers av tjenester	++
B4	Ivareta oppgaver og lovkrav	+
B5	Mer effektiv ressursbruk	++
B6	Informasjon for styring og kvalitetsforbedring	+
B7	Effektive prosesser knyttet til anskaffelser	
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	

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 1: Behovstabell for utprøvingen. Skala forklaring: + Noe påvirkning - ++ Stor påvirkning - +++ Svært stor påvirkning

Effektene har ingen tilsvarende skala, men blir enten berørt eller ikke. En vellykket utprøving vil i følge prosjektet utløse følgende effekter:

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

Tabell 2: Oversikt over effekter som forventes at inntreffer som følge av utprøvingen

4.1.4 Innretning på utprøvingen

Gjennom å etablere en plattform for informasjonsutveksling basert på modell og teknologi fra Pasientens prøvesvar får utprøvingen et hendelseslager, med tilhørende grensesnitt, og utgjør således den kommunale plattformen for utprøvingen. Sluttbrukerløsningene til de involverte

tjenesteområdene (vedtaks-/koordineringskontor, legevakt og hjemmetjenesten) vil kunne integrere seg mot disse grensesnittene for å kunne dele informasjon. Det forventes at det kreves utvikling i sluttbrukerløsningene gjennom integrasjonsarbeid og endringer i brukergrensesnittet.

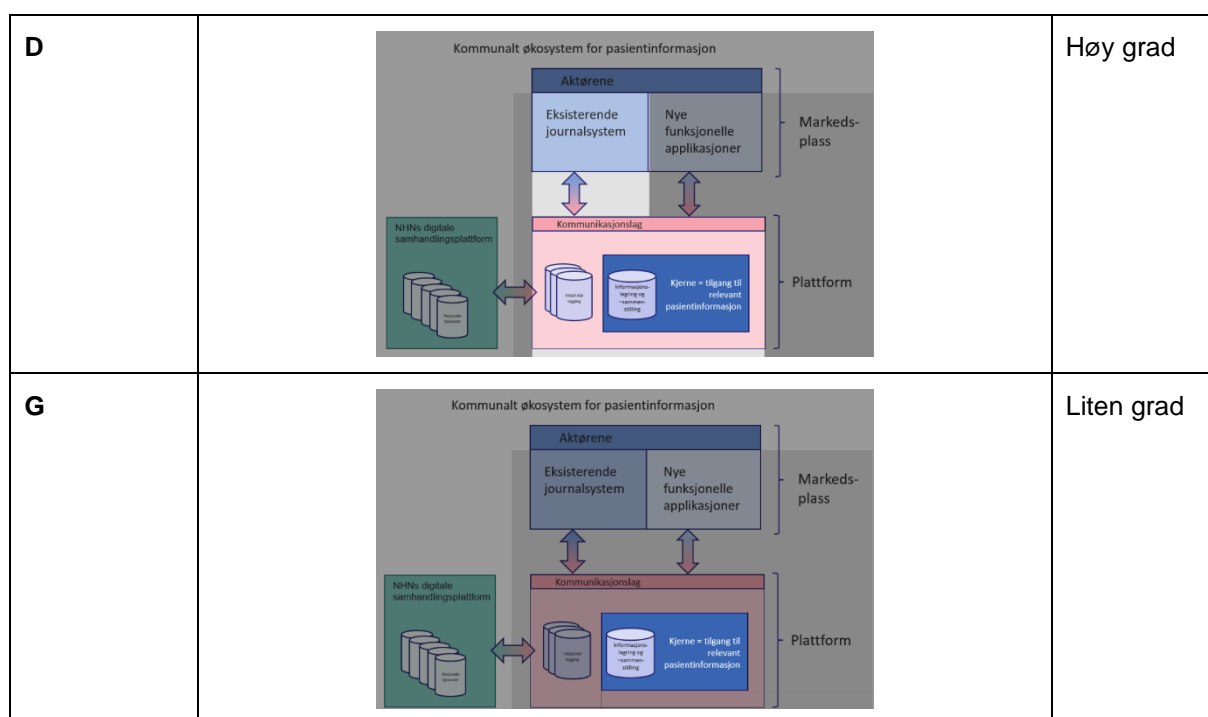
Ved vedtak om å tildele en innbygger en tjeneste (hendelse) skal informasjon om dette sendes til plattformen og lagres i hendelseslagret. Det må utarbeides en digital melding som skal inneholde informasjon om pasienten, tjenesten og hva som inngår i vedtaket. Sluttbrukerløsningen som skal formidle informasjonen til hendelseslagret gjør dette ved å integrere mot grensesnittet (mottakstjeneste) i plattformen som mottar hendelser. Dette grensesnittet må utvikles som en del av utprøvingen. Formidlingen av informasjon til plattformen bør skje automatisk. Eventuell konvertering mellom formater og standarder for lagring må avklares.

Informasjonen som ligger i hendelseslageret er tilgjengelig for andre sluttbrukerapplikasjoner via grensesnittene som utvikles (innholdstjenester). Via innholdstjenestene vil det være mulig å gjøre oppslag i hendelseslagret, som da sammenstiller informasjon om pasientens vedtak og gjør dette tilgjengelig. Utprøvingen bør vurdere hvilke tjenesteområder som bør inngå i utprøvingen. Eksempelvis kan en oversikt over kommunale tjenester også være relevant for pasientens fastlege.

4.1.5 Utprøvingen i relasjon til konseptet

Denne utprøvingen adresserer ulike scenarier i konseptet. Scenario A, C og D er scenarier som vil berøres av denne utprøvingen. Informasjonsforvaltning og arbeid med informasjonsmodell (scenario G) vil også inngå i utprøvingen, men trolig i noe mindre grad. Nedenfor er en tabell med grafisk fremstilling av de ulike scenariene og i hvor stor grad utprøvingen er relevant for disse. (skala: Liten grad, Høy grad).

Scenario		Relevans
A		Høy grad
C		Liten grad



Tabell 3: Fremstilling av de ulike scenariene og i hvor stor grad utprøvingen er relevant for disse

4.1.6 Videre skalering

Prosjektet mener denne utprøvingen har et stort potensial for videre skalering og bruk.

- Internt i den enkelte kommune vil det være flere tjenesteområder som vil ha tjenstlig behov og nytte av å få tilgang til informasjon om en innbygger/pasient sine kommunale tjenester. En skalering til andre tjenesteområder er relevant å vurdere.
- Nytteverdien av å dele denne typen informasjon internt i en kommune vil være relevant også for andre kommuner. En utbredelse til andre kommuner er relevant å vurdere.
- Oversikt over tildelte tjenester vil være nyttig for innbygger/pasient og pårørende å få innsikt i. En skalering til portaler eller innsynsløsninger for innbyggere er relevant å vurdere.
- Informasjon om andre kommunale tjenester er i dag ikke standardisert. Det vil være nyttig for både leverandører og myndigheter å etablere en felles standard for å dele slik informasjon mellom aktører og sluttbrukerløsninger. Etablering av en standard eller definisjon av informasjonselement er relevant å vurdere som en videre utvidelse.

Beslutninger om videre skalering og utbredelse av utprøvingen vil ikke fattes av prosjektet. Relevante aktører må involveres og enes om en slik beslutning. Prosjektet kan legge til rette for og koordinere arbeidet med beslutninger for videre skalering (gjennom utprøvningskoordinator og utprøvningsansvarlig) som en del av evalueringen av den enkelte utprøvingen.

4.2 Utprøving 2: Diagnoser og behandlingshistorikk

Oppstart av denne utprøvingen er foreslått til september 2023.

Her er målet å tilgjengeliggjøre relevant pasientinformasjon om diagnoser og behandlinger. De færreste av kommunens tjenester har tilgang til en tilstrekkelig god behandlingshistorikk eller diagnoseoversikt. Det er krevende å kontakte fastlege eller andre instanser for å få denne typen informasjon, da det i stor grad baseres på å måtte be om informasjonen per melding eller telefon. Det å kunne hente informasjon vil forbedre og effektivisere behandling og pleie, samt redusere tidsbruken

og belastningen på øvrige tjenesteområder. Dette er spesielt viktig ved pasientoverganger hvor en pasient skal videre i et behandlingsforløp eller til en annen tjeneste.

4.2.1 Resultatmål

Gjennomføre en utprøving som tilgjengeliggjør definerte typer historiske pasientdata for leverandørmarkedet via en felles informasjonsplattform og i egnede formater.

Oppdelt vil dette si:

- Etablere og konfigurere en plattform for informasjonsdeling i en kommune
- Utvikle funksjonalitet for å kunne motta historisk pasientinformasjon på ulike formater og standarder fra minst to ulike kilder
- Utvikle funksjonalitet for å lagre pasientinformasjon i felles plattform på egnede formater
- Utvikle funksjonalitet for å tilgjengeliggjøre historisk pasientinformasjon til leverandørmarkedet

4.2.2 Mulige områder for læring

Denne utprøvingen tror vi kan gi læring på flere relevante områder. Noen områder vi vil trekke frem er:

- Kartlegge mulige kilder til historisk pasientinformasjon og kvaliteten på denne
- Lære hvor krevende det er å få frem relevant historisk pasientinformasjon relatert til diagnoser og behandlinger
- Lære om dagens leverandørmarked er villige til å åpne egne løsninger for å dele relevant pasientinformasjon
- Lære om dagens leverandørmarked kan utvikle ny funksjonalitet basert på relevant pasientinformasjon om diagnoser og behandlinger
- Lære hva som kreves for å motta og lagre relevant pasientinformasjon i en felles plattform
- Lære hva en kommune må forberede for å ta i bruk en felles løsning basert på felles nasjonal programvareinfrastruktur
- Lære hva som kan gjenbrukes fra forrige utprøving sin oppstart og forberedelser

4.2.3 Behov og effekt

Denne utprøvingen vil berøre ulike behov og effekter i ulik grad. Disse er nærmere beskrevet i vedlegg 2. I tabellen vises det hvilke og i hvilken grad utprøvingen treffer ulike behov. Skalaen er fra svært stor påvirkning, stor påvirkning, noe påvirkning.

Behov	Behovsbeskrivelse	Påvirkning
B1	Helsepersonell har behov for tilgang til relevant informasjon der og når behovet oppstår	+
B2	Helsepersonell har behov for effektive løsninger tilpasset egne oppgaver	++
B3	Samhandling og informasjonsdeling for å ivareta innbyggernes behov på tvers av tjenester	++
B4	Ivareta oppgaver og lovkrav	
B5	Mer effektiv ressursbruk	++
B6	Informasjon for styring og kvalitetsforbedring	

B7	Effektive prosesser knyttet til anskaffelser	
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	
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 4: Behovstabell for utprøvingen. Skala forklaring: + Noe påvirkning - ++ Stor påvirkning - +++ Svært stor påvirkning

Effektene vurderes ikke ut fra en skal, men om prosjektet mener de vil inntreffe eller ikke. En vellykket utprøving vil i følge prosjektet utløse følgende effekter:

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

Tabell 5: Oversikt over effekter som forventes at inntreffer som følge av utprøvingen

4.2.4 Innretning på utprøvingen

Som i utprøving 1 etableres det en plattform basert på FPI. Det gjør det mulig å motta og lagre opplysninger om hvilke behandlinger og diagnoser en innbygger har og har hatt i en felles plattform.

Med utgangspunkt i denne pasientinformasjonen vil det utvikles en innholdstjeneste på plattformen som oppsummerer ulike diagnoser og behandlinger, fra ulike aktører over et gitt tidsrom og gjør data tilgjengelig for sluttbrukerløsninger på ønsket eller angitt format og protokoll.

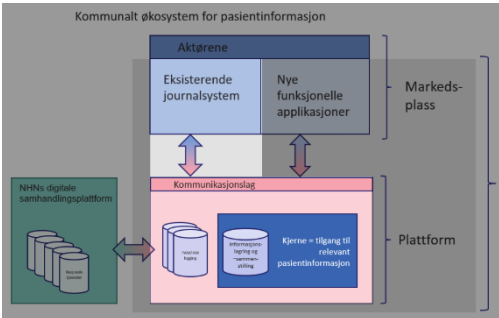
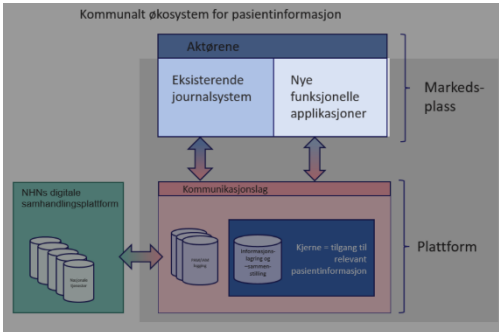
Informasjonen kan vises tekstlig eller visuelt, som en oppsummering eller tidslinje i sluttbrukerapplikasjoner hos relevant helsepersonell. Det kan være hjemmetjenesten, sykehjem, legevakt eller andre tjenesteområder i primærhelsetjenesten. Fastlegene vil ha en sentral rolle i utprøvingen, som kilde til informasjon, men også som kvalitetssikrer for opplysningene som gjøres tilgjengelig.

Informasjon om diagnoser og behandlingshistorikk som gjøres tilgjengelig via en felles plattform er trolig særlig relevant ved pasientoverganger mellom ulike tjenesteområder og ved kartlegginger som følge av endret tilstand hos en gitt innbygger.

Det er viktig for prosjektet å vise at ny funksjonalitet kan utvikles basert på tilgjengeliggjøring av pasientinformasjon fra en felles plattform. Tilgjengeliggjøring av slik funksjonalitet i eksisterende applikasjoner og journalsystemer vil være viktig for å vise at dagens løsninger i stor grad kan gjenbrukes og videreutvikles slik at prosjektet kan utvikles stegvis og innføres gradvis. Sømløse arbeidsflater for helsepersonell vil kunne bidra til å effektivisere dagens arbeidsprosesser og frigjøre kapasitet til pasientrettede aktiviteter.

4.2.5 Utprøvingen i relasjon til konseptet

Denne utprøvingen adresserer ulike scenarier i konseptet. Scenariene A, C og D omfattes av denne utprøvingen. Informasjonsforvaltning og arbeid med informasjonsmodell (scenario G) vil også inngå, men trolig i noe mindre grad. Nedenfor er en tabell med grafisk fremstilling av de ulike scenariene og i hvor stor grad utprøvingen er relevante for disse. (skala: liten grad, høy grad).

Scenario		Relevans
A	 <p>Kommunalt økosystem for pasientinformasjon</p> <p>Aktørene</p> <p>Eksisterende journalsystem Nye funksjonelle applikasjoner</p> <p>Markeds-plass</p> <p>NHNs digitale samhandlingsplattform</p> <p>Kommunikasjonslag</p> <p>Plattform</p> <p>Kjerne = tilgang til relevant pasientinformasjon</p>	Høy grad
B	 <p>Kommunalt økosystem for pasientinformasjon</p> <p>Aktørene</p> <p>Eksisterende journalsystem Nye funksjonelle applikasjoner</p> <p>Markeds-plass</p> <p>NHNs digitale samhandlingsplattform</p> <p>Kommunikasjonslag</p> <p>Plattform</p> <p>Kjerne = tilgang til relevant pasientinformasjon</p>	Høy grad

C		Liten grad
D		Høy grad
E		Høy grad

Tabell 6: Fremstilling av de ulike scenariene og i hvor stor grad utprøvingen er relevante for disse

4.2.6 Videre skalering

Prosjektet mener denne utprøvingen har et stort potensial for videre skalering og bruk.

- Internt i den enkelte kommune vil det være flere tjenesteområder som vil ha tjenstlig behov og nytte av å få tilgang til informasjon om en innbygger/pasient sine diagnoser og behandlingshistorikk. En videre skalering til andre tjenesteområder, altså at informasjonen fra felles plattform blir tilgjengelig for deres applikasjoner, er relevant å vurdere.
- Nytteverdien av å dele denne typen informasjon internt i en kommune vil være relevant også for andre kommuner. En utbredelse til andre kommuner er relevant å vurdere.
- Oversikt over diagnoser og behandlingshistorikk vil være nyttig for innbygger/pasient og pårørende å få innsikt i. En videreutvikling for å tilgjengeliggjøre dette via personlige portaler eller innsynsløsninger for innbyggere er relevant å vurdere.
- Informasjon om diagnoser og behandlingshistorikk er i dag ikke standardisert på tvers av ulike systemer og tjenesteområder. Det vil være nyttig for både leverandører og myndigheter å utforske hvordan man kan etablere standarder for å dele slik informasjon mellom aktører og sluttbrukerløsninger.

Beslutninger om videre skalering og utbredelse av utprøvingen vil ikke fattes av prosjektet. Involverte aktører må vurdere og eventuelt ta stilling til en slik beslutning. Prosjektet kan legge til rette for og koordinere arbeidet med beslutninger for videre skalering som en del av evalueringen av den enkelte utprøvingen.

4.3 Utprøving: Utforskning av etablerte plattformløsninger

Oppstart av denne utprøvingen er foreslått til november 2023.

Målsettingen er å evaluere ulike løsninger, produkter og innretninger som kan egne seg som informasjonsplattform. Prosjektets konsept baserer seg på skille mellom informasjon og funksjon. Dette stiller store krav til egenskapene til en informasjonsplattform. Det gjelder blant annet muligheter for konfigurering og utvikling av ulike tjenester for å kunne motta og tilgjengeliggjøre informasjon, men også for forvaltning og håndtering av ulike typer informasjonsmodeller, informasjonselementer, versjoner av tjenester og standarder, for å nevne noe.

I de to foregående utprøvingene er det tatt utgangspunkt i felles nasjonal programvareinfrastruktur som plattformløsning, blant annet for å kunne fokusere på informasjonsdeling og ikke hovedsakelig på plattformen selv. Det er dog nødvendig å vurdere ulike tilnærminger og utforminger av en slik informasjonsplattform, noe som denne utprøvingen legger opp til.

Gjennom å etablere flere ulike plattformer, men basert på samme informasjonsmodell og behov, vil det være mulig å evaluere og sammenligne hvordan ulike plattformprodukter fungerer. En evaluering av plattformproduktene sine muligheter og begrensninger, samt evne til informasjonsforvaltning er viktig innsikt å ta med i en anbefaling av plattformløsning.

4.3.1 Resultatmål

Gjennomføre en utprøving som utforsker etablerte løsninger og produkters muligheter og begrensninger som grunnlag for å realisere en felles informasjonsplattform, samt deres evne til forvaltning av ulike informasjonsmodeller.

Oppdelt vil dette si:

- Kartlegge etablerte løsninger og produkter som kan benyttes til utprøving (skrivebords øvelse)
- Identifisere relevante informasjonselementer og informasjonsmodeller for utprøving på ulike plattformløsninger
- Etablere informasjonsmodeller for de utvalgte tjenesteområdene som skal inngå i utprøvingen, slik at alle plattformene benytter samme informasjonsmodeller
- Etablere felles kriterier for evaluering av plattformløsninger
- Etablere felles kriterier for evaluering av informasjonsforvaltning
- Etablere og tilpasse ulike plattformløsninger i en eller flere kommuner, med støtte for de aktuelle informasjonsmodellene
- Utvikle funksjonalitet på plattformene for å kunne motta og dele informasjon
- Utvikle funksjonalitet i sluttbrukerløsninger for å kunne sende og hente relevant pasientinformasjon
- Utvikle funksjonalitet for å sammenstille informasjon fra ulike kilder i en plattform
- Evaluere plattformløsningene basert på felles etablerte kriterier
- Beskrive hvordan ulike plattformløsninger legger til rette for informasjonsdeling mellom ulike systemer og tjenesteområder
- Utforske og evaluere funksjonalitet for forvaltning av ulike informasjonsmodeller

4.3.2 Mulige områder for læring

Denne utprøvingen vil danne grunnlag for læring på flere områder. Noen interessante områder er:

- Lære hva som kreves av en kommune for å etablere ulike plattformløsninger
- Undersøke tekniske og funksjonelle begrensninger i ulike plattformløsninger
- Undersøke tekniske og funksjonelle muligheter i ulike plattformløsninger
- Lære hva som er god funksjonalitet for å ivareta løpende informasjonsforvaltning
- Lære hvilke krav ulike sluttbrukerløsninger har til bruk av en felles plattformløsning
- Lære hvordan ulike plattformløsninger kan legge til rette for informasjonsdeling

4.3.3 Behov og effekt

Utprøvingen vil berøre behov og effekter, som beskrevet i vedlegg 2, på ulike vis. I tabellen vises det hvilke og i hvilken grad utprøvingen adresserer ulike behov. Skalaen er fra svært stor påvirkning, stor påvirkning, noe påvirkning.

Behov	Behovsbeskrivelse	Påvirkning
B1	Helsepersonell har behov for tilgang til relevant informasjon der og når behovet oppstår	
B2	Helsepersonell har behov for effektive løsninger tilpasset egne oppgaver	+
B3	Samhandling og informasjonsdeling for å ivareta innbyggernes behov på tvers av tjenester	+
B4	Ivareta oppgaver og lovkrav	
B5	Mer effektiv ressursbruk	
B6	Informasjon for styring og kvalitetsforbedring	
B7	Effektive prosesser knyttet til anskaffelser	
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	++
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 7: Behovstabell for utprøvingen. Skala forklaring: + Noe påvirkning - ++ Stor påvirkning - +++ Svært stor påvirkning

Effektene har ingen tilsvarende skala, men blir enten berørt eller ikke. En vellykket utprøving vil ifølge prosjektet utløse følgende effekter:

Effekt	Effektbeskrivelse	Utløst
--------	-------------------	--------

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

Tabell 8: Oversikt over effekter som forventes at inntreffer som følge av utprøvingen

4.3.4 Innretning på utprøvingen

Det må etableres miljøer for de ulike plattformløsningene. Om det løses ved at en kommune etablerer miljøer for flere ulike plattformløsninger, eller om det fordeles mellom flere kommuner må avklares. Om det er flere kommuner som ønsker å delta på denne utprøvingen vil det kunne øke kapasiteten til å prøve ut flere ulike løsninger.

Det må avklares innledningsvis hvilke informasjonselementer som er relevante for utprøvingen. Disse elementene og eventuelle informasjonsmodeller bør være felles for alle de ulike plattformløsningene som skal prøves ut. Dette vil kunne forenkle sammenligning og evalueringen av de ulike løsningene på tvers av andre faktorer som interne kommunale forhold, sluttbrukerløsninger med mer.

Leverandører av informasjonsplattformer må inviteres til å delta i utprøvingen. Dette stiller krav til avklaringer i forkant når det gjelder ulike kombinasjoner av kommuner og sluttbrukerløsninger, ressurser og informasjonsmodeller. Ved et stort antall deltakende leverandører kan det vurderes å arrangere hackathons¹⁶ for ulike delene av utprøvingen.

De ulike plattformløsningene etableres og tilpasses de utvalgte felles informasjonsmodellene før det utvikles tjenester som sluttbrukerapplikasjoner kan benytte for å sende og hente informasjon fra plattformen. Dersom det ikke er mulig å involvere ulike sluttbrukerapplikasjoner slik at alle plattformløsningene kan utforskes, må det vurderes å etablere forenklede løsninger utelukkende for demonstrasjon.

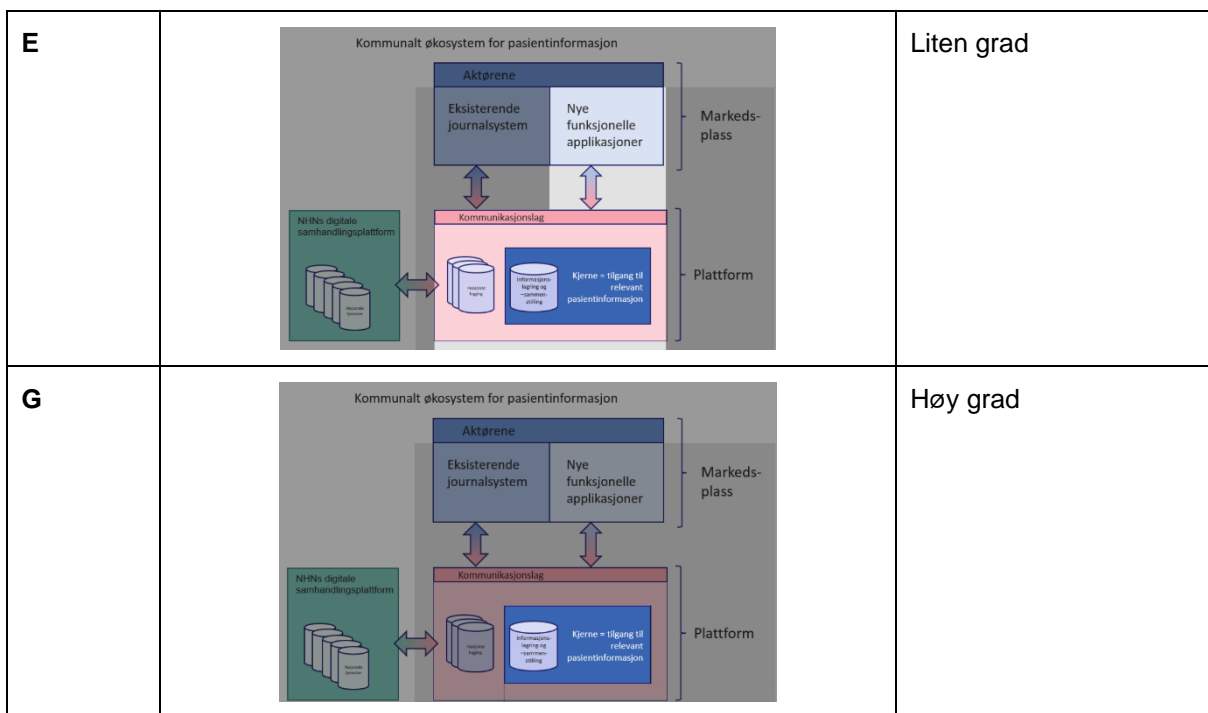
¹⁶ Et Hackathon er et arrangement hvor ulike grupper samarbeider om å løse en spesifikk utfordring gjennom utvikling og bruk av digitale løsninger | Wikipedia

Forvaltning av informasjonsmodeller, ulike versjoner av standarder og tjenester er krevende områder for plattformløsninger. Det er derfor spesielt attraktivt å utforske hvordan de ulike plattformløsningene legger til rette for slik forvaltning.

4.3.5 Utprøvingen i relasjon til konseptet

Denne utprøvingen adresserer ulike scenarier i konseptet. Spesielt scenariene C og G berøres av denne utprøvingen. Informasjonsdeling mellom både gamle og nye applikasjoner via en felles plattform er også berørt, men er nedtonet i forhold til fokuset på de ulike plattformløsningene. Nedenfor er en tabell med grafisk fremstilling av de ulike scenariene og i hvor stor grad utprøvingen er relevant for disse. (skala: liten grad, høy grad).

Scenario		Relevans
A	<p>Kommunalt økosystem for pasientinformasjon</p> <p>Aktørene</p> <p>Eksisterende journalsystem</p> <p>Nye funksjonelle applikasjoner</p> <p>Markeds-plass</p> <p>NHNs digitale samhandlingsplattform</p> <p>Kommunikasjonslag</p> <p>Plattform</p> <p>Kjerne = tilgang til relevant pasientinformasjon</p>	Liten grad
C	<p>Kommunalt økosystem for pasientinformasjon</p> <p>Aktørene</p> <p>Eksisterende journalsystem</p> <p>Nye funksjonelle applikasjoner</p> <p>Markeds-plass</p> <p>NHNs digitale samhandlingsplattform</p> <p>Kommunikasjonslag</p> <p>Plattform</p> <p>Kjerne = tilgang til relevant pasientinformasjon</p>	Høy grad
D	<p>Kommunalt økosystem for pasientinformasjon</p> <p>Aktørene</p> <p>Eksisterende journalsystem</p> <p>Nye funksjonelle applikasjoner</p> <p>Markeds-plass</p> <p>NHNs digitale samhandlingsplattform</p> <p>Kommunikasjonslag</p> <p>Plattform</p> <p>Kjerne = tilgang til relevant pasientinformasjon</p>	Liten grad



Tabell 9: Fremstilling av de ulike scenariene og i hvor stor grad utprøvingen er relevant for disse

4.3.6 Videre skalering

Prosjektet mener denne utprøvingen ikke har like stort potensiale for videre skalering som øvrige utprøvinger. Selv om utprøvingen i seg selv har et potensiale for å kunne skalere opp i antall plattformløsninger, anser vi det ikke som hensiktsmessig at flere kommuner gjennomfører slike utprøvinger.

4.4 Utprøving 4: Skalering og utbredelse

Oppstart av denne utprøvingen er foreslått til januar 2024.

Både mottaks- og informasjonstjenester som utvikles i utprøvingene skal utvikles slik at informasjonen på sikt kan gjenbrukes og deles med andre kommuner. Det forutsetter at sluttbrukerløsningene tilpasses til å sende og hente informasjon til/fra kommunens plattform. På denne måten vil vellykkede utprøvinger kunne skaleres og breddes til flere kommuner og i et kommunalt samarbeid. Det vil også inkludere kommuner som ikke var en del av utprøvingen, men som tar i bruk plattformen som blir resultat av utprøvingene.

En utbredelse til flere kommuner forutsetter at de tar i bruk en tilsvarende plattform som løsningen ble utviklet for eller på. Her må det utarbeides avtaleverk og betingelser i prosjektperioden. Hypotesen er at kommuner som tar i bruk en plattform fra en av de to første utprøvingene, også kan gjenbruke løsningene og tjenestene som leverandørene har utviklet. Hvis informasjon om innbyggere skal kunne deles mellom kommuner forutsetter det helt spesifikke avtaler. I utgangspunktet er dette løsninger som kun gir mulighet til å lagre informasjon om kommunens egne innbyggere eller andre som har oppholdt seg i kommunen og mottatt behandling.

4.4.1 Resultatmål

Gjennomføre en utprøving hvor en informasjonsplattform, inkludert en eller flere tjenester som er utviklet i tidligere utprøvinger, skal kunne tas i bruk i minst to andre kommuner.

Oppdelt vil dette si:

- Etablere og konfigurere en plattform for informasjonsdeling i andre kommuner tilsvarende likt den som tidligere har blitt benyttet til utprøving (ref utprøving 1 og 2)
- Duplisere tidligere utviklet funksjonalitet for å dele (sende og hente) relevant pasientinformasjon (fra utprøving 1 eller 2)
- Duplisere eller tilpasse sluttbrukerløsninger slik at de kan benytte plattformløsningen og tilhørende delingstjenester på samme tjenesteområder som utprøvingen de ble utviklet til (da det ikke er gitt at nye kommuner benytter samme sluttbrukerløsninger)

4.4.2 Mulige områder for læring

Denne utprøvingen har et stort læringspotensial, spesielt i forhold til hvordan man kan formidle kunnskap, løsninger og kompetanse fra tidligere utprøvinger og til denne. Noen spesielt interessante læringsområder er:

- Se hvordan kunnskap og kompetanse fra andre utprøvinger kan være nyttig i senere utprøvinger
- Lære hvordan forberedelser i en utprøving kan overføres og komme til nytte i andre utprøvinger
- Lære hva som kreves av forberedelser for å få til en effektiv og vellykket skalering av allerede utviklede tjenester og plattformløsning
- Lære hva som kreves for å etablere gode arenaer for kompetansedeling mellom kommuner, leverandører og andre aktører

4.4.3 Behov og effekt

Utprøvingen vil berøre behov og effekter, som beskrevet i vedlegg 2, på ulike vis. I tabellen vises det hvilke og i hvilken grad utprøvingen adresserer ulike behov. Skalaen er fra svært stor påvirkning, stor påvirkning, noe påvirkning.

Behov	Behovsbeskrivelse	Påvirkning
B1	Helsepersonell har behov for tilgang til relevant informasjon der og når behovet oppstår	+++
B2	Helsepersonell har behov for effektive løsninger tilpasset egne oppgaver	+++
B3	Samhandling og informasjonsdeling for å ivareta innbyggernes behov på tvers av tjenester	++
B4	Ivareta oppgaver og lovkrav	
B5	Mer effektiv ressursbruk	++
B6	Informasjon for styring og kvalitetsforbedring	+
B7	Effektive prosesser knyttet til anskaffelser	
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	
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 10: Behovstabell for utprøvingen. Skala forklaring: + Noe påvirkning - ++ Stor påvirkning - +++ Svært stor påvirkning

Effektene har ingen tilsvarende skala, men blir enten berørt eller ikke. En vellykket utprøving vil ifølge prosjektet utløse følgende effekter:

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

Tabell 11: Oversikt over effekter som forventes at inntreffer som følge av utprøvingen

4.4.4 Innretning på utprøvingen

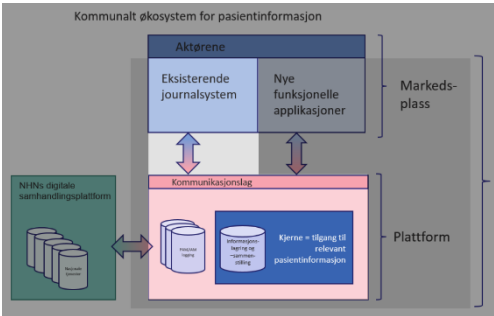
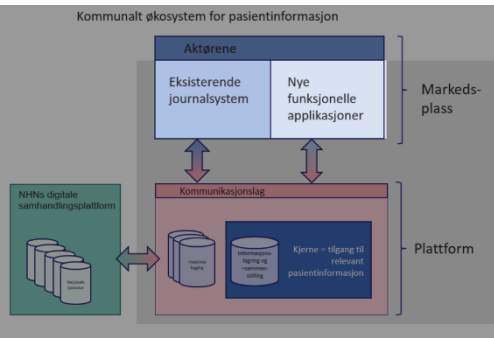
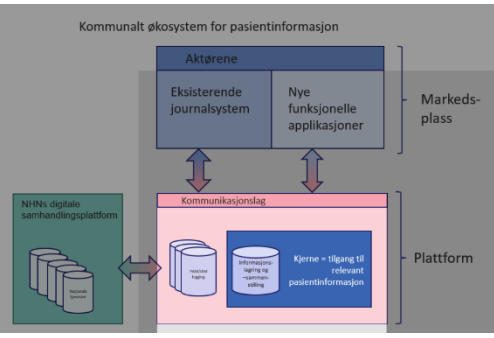
Prosjektet vil vurdere om og hvordan tjenester som utvikles på ulike plattformer kan gjenbrukes på tvers. Dette er et av læringspunktene fra utprøvingene som vil kunne ha stor påvirkning på realisering av det endelige målbildet og et eventuelt plattformvalg, altså at det må velges en plattform.

En utbredelse av de løsningene som utvikles av prosjektet vil realisere nytte for de kommunene som tar de i bruk, men det vil også etablere en forpliktelse hos plattformaktøren. Prosjektet og ansvaret for videreutvikling, forvaltning og drift av plattformen med tilhørende tjenester er ikke avklart. Dette er noe dagens eiere av prosjektet og virksomheten som eier plattformen(e) vil måtte ta stilling til.

Om det er hensiktsmessig og mulig å realisere målbildet til prosjektet gjennom videre utbredelse, videreutvikling av det som kommer frem av utprøvingene, eller om læringen herfra må benyttes inn i et eget prosjekt for etablering av en felles plattform, er ikke mulig å konkludere med i forkant. Gjennom utprøvinger, utbredelse av løsningene som utvikles og evalueringer som gjennomføres underveis, vil dette bildet kunne bli tydeligere.

4.4.5 Utprøvingen i relasjon til konseptet

Denne utprøvingen adresserer scenario F. Scenarier fra utprøvingene som gjenbrukes er også relevante, selv om de i denne utprøvingen ikke vurderes som høye. Nedenfor er en tabell med grafisk fremstilling av de ulike scenariene og i hvor stor grad utprøvingen er relevant for disse. (skala: liten grad, høy grad).

Scenario		Relevans
A	 <p>Kommunalt økosystem for pasientinformasjon</p> <p>Aktørene</p> <p>Eksisterende journalsystem Nye funksjonelle applikasjoner</p> <p>Markeds-plass</p> <p>Kommunikasjonslag</p> <p>Plattform</p> <p>NHNs digitale samhandlingsplattform</p> <p>Kjerne = tilgang til relevant pasientinformasjon</p>	Liten grad
B	 <p>Kommunalt økosystem for pasientinformasjon</p> <p>Aktørene</p> <p>Eksisterende journalsystem Nye funksjonelle applikasjoner</p> <p>Markeds-plass</p> <p>Kommunikasjonslag</p> <p>Plattform</p> <p>NHNs digitale samhandlingsplattform</p> <p>Kjerne = tilgang til relevant pasientinformasjon</p>	Liten grad
C	 <p>Kommunalt økosystem for pasientinformasjon</p> <p>Aktørene</p> <p>Eksisterende journalsystem Nye funksjonelle applikasjoner</p> <p>Markeds-plass</p> <p>Kommunikasjonslag</p> <p>Plattform</p> <p>NHNs digitale samhandlingsplattform</p> <p>Kjerne = tilgang til relevant pasientinformasjon</p>	Liten grad

D		Liten grad
E		Liten grad
F		Høy grad

Tabell 12: Fremstilling av de ulike scenariene og i hvor stor grad utprøvingen er relevant for disse

4.4.6 Videre skalering

Prosjektet mener denne utprøvingen har et stort potensial for videre skalering og bruk, men det bør avklares hvilken informasjonsplattform som skal danne grunnlaget for videre utvikling av informasjonstjenester og informasjonsdeling. Dette for å sikre at kommuner benytter samme plattform som utgangspunkt for de løsningene som utvikles og som tas i bruk.

En eventuell overføring eller tilpasning av allerede utviklede løsninger slik at de fungerer på en annen informasjonsplattform kan være et alternativ. Økonomiske, tekniske og avtalemessige konsekvenser bør vurderes før et slikt arbeid igangsettes.

Prosjektet ser likevel følgende fordeler ved en videre skalering av utprøvingen:

- Bredding og videre skalering av løsninger som utvikles basert på en felles informasjonsplattform, slik at ikke hver kommune må utvikle egne løsninger, er en forutsetning for å dra nytte av stordriftsfordeler og digitale løsninger
- Enhetlig bruk av informasjonsmodeller og mer entydig bruk og tolkning av informasjon på tvers av tjenesteområder og systemer vil være nyttig for effektivisering. Gjenbruk av løsninger er et viktig utgangspunkt for leverandører og deres utvikling av funksjonalitet i sluttbrukerløsninger

- Kommuner som ikke har store ressurser til egen utvikling eller til å drive utvikling av digitale løsninger, kan enklere få tilgang til løsninger tilpasset kommunal hos andre kommuner

5 VIDERE ARBEID

Gjennomføringsfasen er delt i to perioder. I den andre perioden er fokus på videre utprøvinger mot realisering av målbildet, en felles logisk informasjonskilde (plattformen). Det endelige målbildet for prosjektet er at relevant pasientinformasjon skal være tilgjengelig for helsepersonell, innbyggere og andre aktører med legitime behov, der og når behovet oppstår og uavhengig av kilde. En slik informasjonsplattform for primærhelsetjenesten kan også, på sikt, kunne gi nytte til andre kommunale tjenestesektorer (for eksempel utdanning, oppvekst og sosial). Dette er imidlertid utenfor omfang og mandat til prosjektet.

En videreføring av utprøvinger som i forrige periode, vil bedre samhandling og informasjonsutveksling internt i en gitt kommune. Det vil også kunne forenkle deling av informasjon mellom ulike behandlere og tjenestenivå i kommunen. Det legger også til rette for utveksling av informasjon mellom ulike foretak (kommuner og helseforetak).

Etablering av en plattform som realiserer målbildet vil skje over en lengre tidsperiode enn 2023 og 2024. De ulike tjenestene som utvikles på plattformen vil ikke utvikles samtidig, men vil utvikles, utvides og avvikles over tid. Hvilke tjenester som skal utvikles, og i hvilken rekkefølge, vil følge av områdene som prioriteres for utvikling eller samhandling i samråd med kommuner, plattformforvalter, leverandørene og prosjektet. Her vil det være nyttig å se til de samme prioriteringsmekanismer som beskrives tidligere i kapitlet «Prosess og metode» for å vurdere behov og nytteverdi.

Primærhelsetjenesten består av mange ulike tjenesteområder. Selv om flere av disse har behov og stort nytte av økt samhandling og informasjonsdeling er det ikke lagt opp til å dekke samtlige tjenesteområder fra start. Det legges opp til at det stegvis utvikles løsninger for utvalgte tjenesteområder eller tjeneste-/brukerreiser, basert på en prosess som samlet sett vurderer behov og nytte. I en kommunes tjenesteområder inkluderer vi fastleger som har driftsavtale med kommunen. Fastleger er en viktig kilde til helsehjelp, informasjon og samhandling for de fleste andre tjenesteområdene.

Utprøvinger og arbeid i den andre periode legges opp til å følge samme prosess og metode som den første perioden, med justering basert på erfaringer og læring fra den første perioden. Når plattformen inneholder informasjonselementer som omfatter hele primærhelsetjenesten, vil målbildet i realiteten være realisert. En forvaltning av løsningene, informasjonsmodeller og sluttbrukerløsninger vil pågå også ut over denne andre perioden.

Det er for tidlig å si sikkert om utprøvningsprosjekter alene er tilstrekkelig til å realisere det endelige målbildet, men det vil bevege oss i retning av målbildet og gi viktig læring om hva som eventuelt mangler.

6 ULIKE ALTERNATIVER TIL PLATTFORM

Det er foreløpig ikke gitt at en videreføring av utprøvinger vil kunne realisere det endelige målbildet om en felles informasjonskilde som lagrer, sammenstiller og tilrettelegger for informasjonsdeling. Det er avgjørende at plattformen etableres slik at den har tilstrekkelig teknologisk fleksibilitet til å håndtere tilpasninger og tilstrekkelig forutsigbarhet for å kunne danne et solid grunnlag for varig informasjonsutveksling. I dette kapitlet beskrives ulike alternativer og tilnærming til hvordan dette kan sikres.

Teknologien til en digital informasjonsplattform kan utvikles, anskaffes/kjøpes eller realiseres gjennom gjenbruk av eksisterende løsninger. Det siste er en av føringene (rammene) for prosjektet. Hvordan

målbildet kan realiseres og videre planlegging fortsetter i 2023 og 2024, og prosjektet vil vurdere hvilke av alternativene som er aktuelle å vurdere eller kombinere.

De ulike alternativene beskrives nedenfor.

6.1 Utvikling

Utvikling av teknologi for digitale plattformer fra bunnen av antas å være særdeles krevende og tilsvarende lite aktuell. Det vil kreve betydelig med tid, kompetanse, kapasitet og involvering fra mange ulike aktører. Utvikling spesifikt rettet mot helsesektoren vil også eksponere ulike ønsker og prioriteringer innenfor et bredt spekter av tjenesteområder og profesjoner som kan komplisere utvikling ytterligere.

Aktører som allerede har utviklet produkter og tjenester for digitale informasjonsplattformer er gjennomgående store internasjonale aktører. De har drevet utvikling av sine produkter over flere år. Det er et begrenset antall aktører som har klart å utvikle gode informasjonsplattformer innenfor helsesektoren, og det har krevd betydelige ressurser over flere år.

Utvikling av en plattform forutsetter tilgang til kompetanse fra flere teknologi-områder samt applikasjons- og tjenesteutvikling. Det vil trolig også være nødvendig med juridisk og forvaltningsmessig kompetanse. Kjennskap til helsetjenesten/sektoren er også nødvendig. Dette er kompetanse som vil være nødvendig å besitte gjennom hele utviklingsperioden. Det vil i tillegg være nødvendig med tilgang til kapasitet og kompetanse fra nasjonale aktører og dagens journalleverandører. I et lite land som Norge, med begrenset tilgang til kompetanse generelt og så spesialisert kompetanse som det her er snakk om, vil kostnader og tidsbruk kunne øke betydelig, uten at prosjektet har store muligheter til å påvirke situasjonen. Dette vil øke kompleksiteten og risikoen i et utviklingsprosjekt.

Å etablere en virksomhet med dette som formål, vil være både tidkrevende og utfordrende. Kostnader som følge av etableringen vil påløpe i tillegg til selve utviklingskostnaden. Det er prosjektets vurdering at dette er en uaktuell tilnærming.

6.2 Innkjøp og anskaffelse

Gjennom en markedsundersøkelse¹⁷ gjennomført i regi av prosjektet, er det registrert flere private leverandører som i ulik grad har ferdig utviklede plattformer. Det finnes flere eksempler fra helsesektoren hvor plattformer nå benyttes, og antallet øker fortløpende.

En anskaffelse av en plattform, som teknologisk utgangspunkt, bør fortrinnsvis skje på nasjonalt nivå, eller i fellesskap mellom flest mulig kommuner. Om hver enkelt kommune anskaffer sin egen plattform, ville ikke målbildet om en felles logisk informasjonskilde bli nådd. Det vil gi mange, svært krevende og kostbare prosesser for samkjøring, versjonering og vedlikehold. Noe som igjen ville resultert i økt fragmentering og redusert potensiale for gjenbruk av tjenester og løsninger mellom kommunene.

En felles anskaffelse vil kreve avklaringer rundt organisering og eierskap. Dersom prosjektet skal vente på disse avklaringene vil det forsinke oppstarten av utprøvningsprosjektene. Det er i tillegg lite som tyder på at det er vilje til å finansiere en slik innretning hos bevilgende myndigheter, i hvert fall i dagens situasjon.

¹⁷ Evaluering av RFI for Dataplattform – Billag 6.2 (unntatt offentlighet)

6.3 Gjenbruk av nasjonale plattformer

Prosjektet har også vurdert gjenbruk av allerede etablerte og nasjonale plattformer, eksempelvis Altinn, Kjernejournal, Matrikkelen og Folkeregisteret. Prosjektet ser imidlertid liten eller ingen mulighet for at tilpasning eller konfigurering av noen av disse løsningene vil løse utfordringsbildet. Årsaken er at disse løsningene er tilpasset for å adressere andre og spesifikke behov.

Prosjektet har ikke klart å identifisere en eksisterende plattform som vi med stor grad av trygghet kan si at egner seg som grunnlag for å nå målbildet og som kan gjenbrukes i henhold til prosjektets føringer.

6.4 Ulike plattformer

Gjenbruk, spesielt av nasjonale løsninger, er en av føringene for prosjektets arbeid. Gjenbruk bidrar til å redusere den tekniske risikoen for utprøvingene gjennom reduksjon av den økonomiske belastningen i å anskaffe eller utvikle en egen plattformløsning. Om denne tilnærmingen alene ikke gjør det mulig å realisere det komplette målbildet, er det likevel vurdert som et hensiktsmessig utgangspunkt. Det vil bidra til økt informasjonsdeling og det kan gi verdifull erfaring og læring før en eventuell anskaffelse, utvikling eller når plattformen tas i bruk.

For utprøvingene (1,2 og 4) er det lagt opp til å gjenbruke allerede eksisterende løsning, Felles nasjonal programvareinfrastruktur, som NHN allerede benytter til realisering av Pasientens prøvesvar, som innretning for informasjonsplattform.

I dagens lovgivning er det ikke noe forbud mot å dele informasjon mellom ulike foretak (juridiske subjekt). Utfordringen er at det forutsetter bilaterale avtaler som gjør at kompleksiteten i avtaleverk vokser eksponentielt med antall deltagere. Raskt blir kompleksiteten så omfattende at det er praktisk sett uhensiktsmessig og u håndterlig. Samtidig vet vi at den største utfordringen med manglende informasjonsdeling i dag er internt i den enkelte kommune. Derfor er juridiske rammer ikke vurdert som noen vesentlig problemstilling i første omgang. På sikt kan det bli aktuelt å arbeide for en endring av regelverket, alternativt at det vurderes et enkeltvedtak som godkjenner deling i en gitt sammenheng, slik det ble gjort for Helseplattformen.

For utprøvingene etableres det en informasjonsplattform for hver kommune som deltar. Fordelen med en slik innretning er at det ikke utfordrer gjeldende regelverk, samtidig som det øker informasjonsdelingen i den enkelte kommunen. Ved å ha en egen plattform for hver utprøving og kommune, vil det også kreve mindre justeringer og tilpasninger på nasjonale komponenter og løsninger. Derfor vurderes dette hensiktsmessig i en innledende og utforskende fase. Gitt at de enkeltvis kommunale plattformene er like og leveres av samme leverandør basert på samme teknologi, vil en framtidig informasjonsutveksling mellom dem også være vesentlig enklere.

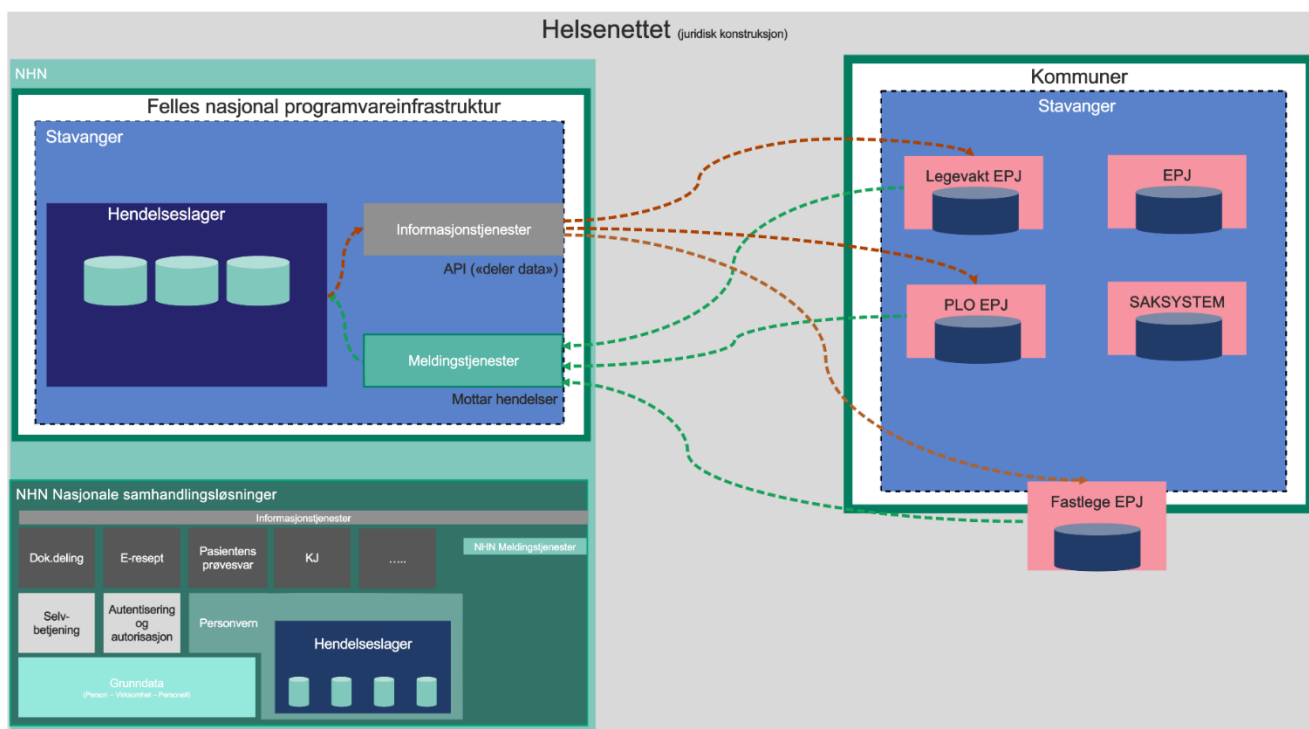
Endringer på nasjonale komponenter vil påvirke samtlige aktører, og ikke bare de som involveres i utprøvingene. En plattform for hver utprøving vil dermed bidra til å redusere kompleksiteten som kunne oppstått ved å gjenbruke nasjonale løsninger eller fellesløsninger som også benyttes til andre oppgaver.

Vellykkede utprøvinger bør etableres som mal for videre utbredelse i andre kommuner. Dette gjør det mulig å dele og gjenbruke erfaringer og konkrete løsninger fra de ulike utprøvingene.

Gjennom bruk av en etablert plattform kan kommunene og prosjektet komme raskt i gang for å avklare om informasjonsdeling løser kjente problemstillinger, dekker beskrevne behov og skaper forventet nytteverdi. Det kan også bidra til å redusere investeringskostnaden, ettersom det ikke vil være nødvendig å investere i infrastruktur for å etablere eller anskaffe en plattform fra bunnen av. Gjenbruk gir lavere gjennomføringsrisiko siden det ikke krever migrering eller endringer som medfører omfattende tilbakeføringsrutiner og -løsninger.

6.4.1 Felles nasjonal programvareinfrastruktur (FPI)

I figuren under vises hvordan løsningene i en kommune kan knyttes sammen og dele informasjon via felles nasjonal programvareinfrastruktur. I denne omgang er deling av informasjon begrenset til å gjelde mellom ulike enheter i kommunen, samt de som har driftsavtale med samme kommune (eksempelvis flertallet av landets fastleger). Dette er innenfor dagens regelverk – ref. gjennomgangen over, men det er ikke noen tekniske eller operasjonelle hindre for også å kunne dele mellom ulike kommuner eller med enheter i spesialisthelsetjenesten.



Figur 17: Illustrasjon av en kommunes bruk av felles nasjonal programvareinfrastruktur.

Gjennom felles programvareinfrastruktur (FPI) får kommunene og brukerne mulighet til å dele informasjon mellom sine systemer ved at man går fra én-til-én kommunikasjon, til én-til-mange. Dette forutsetter at sluttbrukerløsningene tilpasses og utvikler støtte for å ta i bruk tjenesten. Denne tjenesten kan ses som en "plattform som en tjeneste" (PaaS) levert av NHN.

Kommunen er dataansvarlig og det gis ikke tilgang for andre virksomheter. NHN er databehandler og ansvarsforholdet forutsettes regulert i en databehandleravtale mellom kommunen og NHN. Det kan bemerkes at NHN allerede i dag har databehandleravtaler med alle landets kommuner og fylkeskommuner (dette skjedde som en del av tilpasningen til GDPR sommeren 2018). Det kan dermed vurderes om det er tilstrekkelig at gjeldende avtaler oppdateres i forhold til nye oppgaver.

Det er pågår en teknisk utprøving av løsningen "pasientens prøvesvar», som også er basert på FPI. Denne beslutningen gir prosjektet trygghet for at den tekniske løsningen er tilgjengelig og det antas at når løsningen er vurdert tilstrekkelig god for å gjennomføre teknisk utprøving av hovedformålet, vil den også være tilstrekkelig god for å gjennomføre tekniske utprøving i regi av kommuner.

6.4.2 FIKS plattformen

Kommunesektoren benytter seg i dag av flere tjenester via FIKS-plattformen. For de fleste kommuner er denne tjenesteplattformen godt kjent og en integrert del av kommunens infrastruktur og løsninger.

Gjennom FIKS-plattformen kan det etableres en tjeneste for mottak av informasjon fra relevante helseapplikasjoner. Informasjonen lagres på et format som gjør at den kan benyttes av andre applikasjoner og løsninger internt i kommunen. Informasjonen som lagres vil være tilgjengelig for den enkelte kommune.

FIKS-plattformen bør vurderes som en del av utprøving 3 som skal fokusere på plattformvalg.

6.4.3 Private alternativer

Gjennom markedsundersøkelse (RFI) for informasjonsplattform kom det frem at det eksisterer flere leverandører som kan levere plattformprodukter. Disse produktene kan være gode alternativer til de allerede nevnte plattformene, men det er per i dag ingen slike produkter i nasjonal drift i Norge. Prosjektet bør vurdere om enkelte av disse produktene kan være gode alternativer på sikt, og flere av disse bør inngå som en del av utprøving 3.

6.5 Plattformleverandør og tillitsanker

Målbildet er å utvikle et plattformbasert økosystem for deling av informasjon internt i kommunene, samt på tvers av kommuner og øvrige deler av den nasjonale helse- og omsorgstjenesten. Økosystemet må etableres med et tydelig og omforent regelsett som gjelder alle aktører og deres adferd. Avtale om deltagelse i økosystemet og verifisering av at man tilfredsstiller regelsettet bør gjøres i en modell basert på en alle-til-én-relasjon, og ikke alle-til-alle. Dette kalles gjerne en tillitsmodell, og det fordrer at det finnes et «tillitsanker» dvs. en aktør som forvalter økosystemet og medlemmene på vegne av medlemmene. Tillitsankeret skal legge til rette for samhandling mellom samtlige parter og selv ha en uavhengig rolle. Vi anbefaler at rollen som tillitsanker er i offentlig regi. Helsenettet er et slikt økosystem hvor NHN er tillitsanker på vegne av de mer enn 6 000 medlemmene. Det kan være hensiktsmessig at den som drifter og forvalter plattformen også fungerer som tillitsanker, men det er ikke et absolutt krav.

Et prosjekt vil ikke være egnet som hverken tillitsanker eller plattformleverandør. For det første er prosjekt midlertidige organisasjoner, avgrenset i tid. En plattformleverandør og et tillitsanker bør ha et tidsperspektiv som sammenfaller med levetiden til økosystemet. For det andre fordrer leveranse av plattformen en etablert kapasitet og kompetanse som går langt ut over det denne prosjektorganisasjonen kan etablere innenfor rammene av et prosjekt.

Det er viktig at rollen og ansvaret til både tillitsanker og plattformleverandør avklares med fokus på nøytralitet, habilitet og kapabilitet. Utvikling av sluttbrukerløsninger skal håndteres av markedet. For å legge til rette for likebehandling av aktører fra det private marked bør plattformleverandøren være en uavhengig, objektiv og nøytral part.

Felles kommunal journal interim AS

Vedlegg 7:

Økonomisk underlag og vurdering

Styringsdokument

Felles kommunal journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1.	Bakgrunn.....	1
1.2.	PNS for kostnadsberegningene.....	1
1.3.	Generelle forutsetninger	1
2.	KOSTNADER TIL SENTRAL PROSJEKTORGANISASJON	2
2.1.	Ressursbehov	2
2.2.	Kostnadsbeskrivelser prosjektorganisasjon	4
3.	KOSTNADER TIL UTPRØVINGER	4
3.1.	Metode og rammer for kostnadsestimering av utprøvinger	4
3.2.	Kostnadsbeskrivelser utprøvinger	6
3.3.	Oppsummering utprøvingkostnader	9
4.	TOTALE KOSTNADER FOR FØRSTE PERIODE 2023-2024	10

1 INNLEDNING

1.1. Bakgrunn

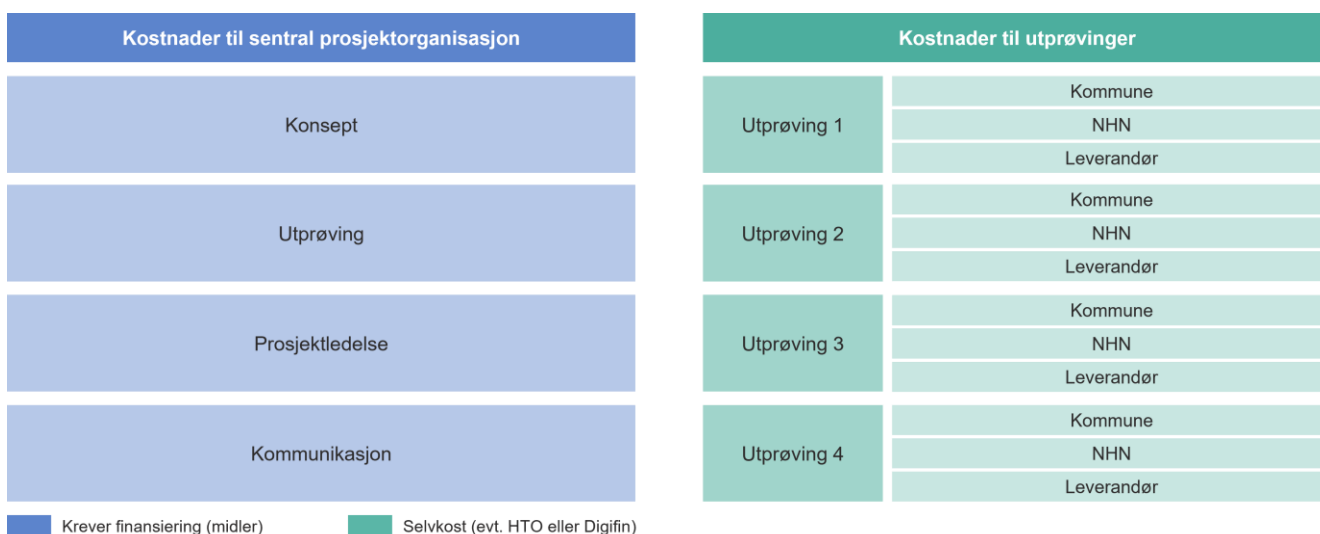
Dette vedlegget gjør rede for kostnader som vil påløpe i forbindelse med første utprøvsperiode fra juli 2023 og til og med utgangen av 2024. Beregningene inkluderer estimer for hva hver av utprøvingene vil koste, samt hva som kreves av ressurser og midler for å drifte en sentral prosjektorganisasjon. Det er viktig at vedlegget leses i sammenheng med kostnadsmodellen i bilag 7.1. Sammen danner disse to underlaget for kostnadsberegningene som står oppsummert i kapittel 10 – Budsjett og finansiering. Utover dette vises det spesielt til kapittel 6 - Gjennomføring og vedlegg 6, samt kapittel 8 - Prosjektomfang.

Siden løsningen skal utvikles stegvis og realiseres gradvis foreligger det for mye usikkerhet til at det er hensiktsmessig å gjennomføre fullstendig samfunnsøkonomisk analyse eller bedriftsøkonomisk kostnadsanalyse for kommunene. Dette vedlegget har derfor til hensikt å erstatte disse elementene med et mer presist kostnadsestimat av den første utprøvsperioden 2023-2024.

1.2. PNS for kostnadsberegningene

Kostnadsestimatet består av to hovedelementer:

1. Kostnader til sentral prosjektorganisasjon (se styringsdokumentets kapittel 8 - Prosjektomfang).
2. Kostnader til utprøvinger (se styringsdokumentets kapittel 6 - Gjennomføring).



Figur 1: Produktnedbrytingsstruktur for kostnader.

1.3. Generelle forutsetninger

Kostnadsestimatene er i hovedsak basert på forventet antall årsverk som må bidra i de ulike delene av arbeidet. Tabell 1 gjengir forutsetninger som har blitt benyttet i beregningene. For detaljering knyttet til inputvariabler vises det til bilag 7.1.

Generelle forutsetninger	Verdi	Kilde/kommentar
Årslønn – fast ansatte ressurser i prosjektorganisasjonen	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 prosjektorganisasjonen.
Lønnstillegg for sosiale og administrative kostnader	46,4%	Sats for å dekke arbeidsgiveravgift, feriepenger, samt øvrige sosiale og adm. kostnader. Kilde: KS
Årlig ressurskostnad NHN	2.000.000	Basert på hva NHN selv opererer med som intern ressurskostnad i sine kalkyler. Inkluderer påslag.
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 1: Forutsetninger for kostnadsberegninger.

Arbeidskraftkostnader for kommuner og leverandører er basert på justerte lønnskostnader fra SSB.¹ Det forventes at bemanningen i prosjektorganisasjonen vil basere seg på faste ansatte. 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 er lagt til grunn at incentivet for gjennomføring er tjenesteutvikling i kommunene, og at det ikke vil være behov for økonomiske incentiver utover dette.

Kostnadsestimatene er justert for prisvekst i 2023 og 2024. For enkelhets skyld er dette gjort årlig og ikke månedlig.

2. KOSTNADER TIL SENTRAL PROSJEKTORGANISASJON

For å sikre vellykket gjennomføring av utprøvinger er det behov for en sentral støttefunksjon som planlegger og koordinerer utprøvinger slik at erfaringer og læring blir dokumentert og videreført til felles nytte. Oppgaver som skal løses av prosjektet er detaljert i styringsdokumentets kapittel 8 - Prosjektomfang, og kostnadene nedenfor er satt opp i henhold til den overordnede produktnedbrytingsstrukturen:

- **Prosjektledelse.** Innebærer blant annet etablering av plan og rammeverk, mobilisering og øvrige oppgaver. Består av prosjektleder, samt ressurser til økonomi og sekretariat.
- **Konsept.** Oppdatere og videreutvikle konsept for plattform og markeds plass (basert på læring fra utprøvinger). Det vil være behov for en konseptansvarlig, samt konseptressurser.
- **Utprøving.** Sørge for støtte til gjennomføring i utprøvkommunene. Det vil være behov for en utprøvkommunansvarlig, samt utprøvkommunekoordinatorer som bistår hver av kommunene.
- **Kommunikasjon.** Sørge for forankring og involvering. Det vil være behov for en kommunikasjonsansvarlig, samt en eller flere kommunikasjonsressurser.

2.1. Ressursbehov

I likhet med utprøvinger vil kostnader til prosjektorganisasjonen i all hovedsak bestå av ressurser. Bemanning av sentral støttefunksjon/prosjektorganisasjon for videreutvikling av konsept og

¹ Lønnskostnadene for henholdsvis kommuner og leverandør finnes i bilag 7.1.

gjennomføring av utprøvinger forutsetter relevant kompetanse og kapasitet fortrinnsvis fra kommunale og statlige ressurser. Det legges til grunn at prosjektorganisasjonen bemannes opp med fast ansatte, og at oppbemanningen fra og med juli 2023 følger en trappetrinnsmodell. Faste ansettelser vil gjøre at det kan bygges og vedlikeholde kompetanse internt over tid, samt bidra til å sikre viktig erfaringsoverføring og redusere kostnader. Unntaksvis kan det bli behov for bruk av eksterne konsulenter.

Det legges til grunn en utprøvsplan og forslag til organisering for en grunnbemanning til planlegging, koordinering og gjennomføring av utprøvingene i kostnadsestimatet. For å sikre vellykket videre konseptutvikling og utprøving er det skissert en grunnbemanning i prosjektorganisasjonen. Det legges til grunn at prosjektleder og andre sentrale ressurser vil være på plass i løpet av sommeren 2023, og at bemanningen øker gradvis utover høsten. Prosjektorganisasjonen vil ha «full størrelse» fra og med januar 2024. Foreslått bemanning i tabellen nedenfor er basert på prosjektomfanget beskrevet i styringsdokumentets kapittel 8 - Prosjektomfang:

Rolle	Juli 2023	Aug. 2023	Sept. 2023	Okt. 2023	Nov. 2023	Des. 2023	Jan. 2024-
Konsept:							
Konseptansvarlig	1	1	1	1	1	1	1
Konseptressurser	0	1	1	2	2	2	3
Utprøving							
Utprøvsansvarlig	1	1	1	1	1	1	1
Utprøvs koordinatore	0	1	1	2	2	2	3
Prosjektledelse							
Prosjektleder	1	1	1	1	1	1	1
Økonomi	0	0	0	0	1	1	1
Sekretariat og administrasjon	0	1	1	1	1	1	1
Kommunikasjon							
Kommunikasjonsansvarlig	1	1	1	1	1	1	1
Kommunikasjonsressurser	0	0	1	1	1	1	1
Sum	4	7	8	10	11	11	13

Tabell 2: Ressursbehov i prosjektorganisasjon fra og med juli 2023.

I forslaget over består grunnbemanningen på det meste av 13 ressurser. Det legges med andre ord opp til en «lean»² organisasjon, som betyr at hvert av utprøvsprosjektene må skalere opp for å sikre nødvendig kompetanse og kapasitet som ikke kan leveres fra prosjektet sentralt. For å oppnå gjennomføringskraft er riktig sammensetning av ressurser med relevant kompetanse vesentlig. Bemanningen vil bestå av faste ansatte, men utover dette er det ikke pt. mulig å si noe konkret om hvem eller hvilke ressurser dette vil være. Estimater i tabellen over bør anses som et utgangspunkt for bemanning. Den faktiske sammensetningen av team vil avhenge av hvilken kompetanse som

² Med «lean» menes en slank organisasjon som har til hensikt å levere verdi til kunden ved hjelp av så få ressurser som mulig, for å redusere "sløsing".

trengs med tilgjengelig kapasitet, til rett tid. Det vises til kapittel 7 – Styring og organisering for forestått struktur på prosjektet i gjennomføringsfasen.

2.2. Kostnadsbeskrivelser prosjektorganisasjon

Kostnadsberegningene for prosjektorganisasjonen som er skissert i tabellen ovenfor er basert på en gjennomsnittlig lønnsbetraktning gjort av prosjektet. Utgangspunktet er som beskrevet innledningsvis en årslønn på 950.000, hvor det er gjort er påslag for sosiale og administrative kostnader på 46,4%. Dette utgjør en månedlig kostnad på 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 200.000 norske kroner per måned og er antatt å være fast uavhengig av antall ressurser.

Gitt disse forutsetningene vil de totale kostnadene for prosjektorganisasjonen se slik ut i første periode 2023-2024:

Prosjektorganisasjon	2023	2024	Sum
Konsept	1 755 004	6 257 843	8 012 848
Utprøving	1 755 004	6 257 843	8 012 848
Prosjektledelse	1 629 647	4 693 383	6 323 029
Kommunikasjon	1 253 574	3 128 922	4 382 496
Andre kostnader	1 248 000	2 595 840	3 843 840
Sum kostnader prosjektorganisasjon	7 641 229	22 933 831	30 575 061

Tabell 3: Kostnader prosjektorganisasjon.

Det vises til vedlagte bilag 7.1 for ytterligere beskrivelser.

3. KOSTNADER TIL UTPRØVINGER

Her beskrives kostnader som vil påløpe til gjennomføring av utprøvinger i første periode 2023-2024. Kostnadsbeskrivelsene må ses i sammenheng med gjennomføringsstrategien som står beskrevet i kapittel 6 - Gjennomføring og vedlegg 6. Siden utprøvingene skal planlegges, etableres og gjennomføres i samarbeid med kommuner og andre relevante aktører er det krevende å være eksplisitt med tanke på både innhold og tidsrammer.

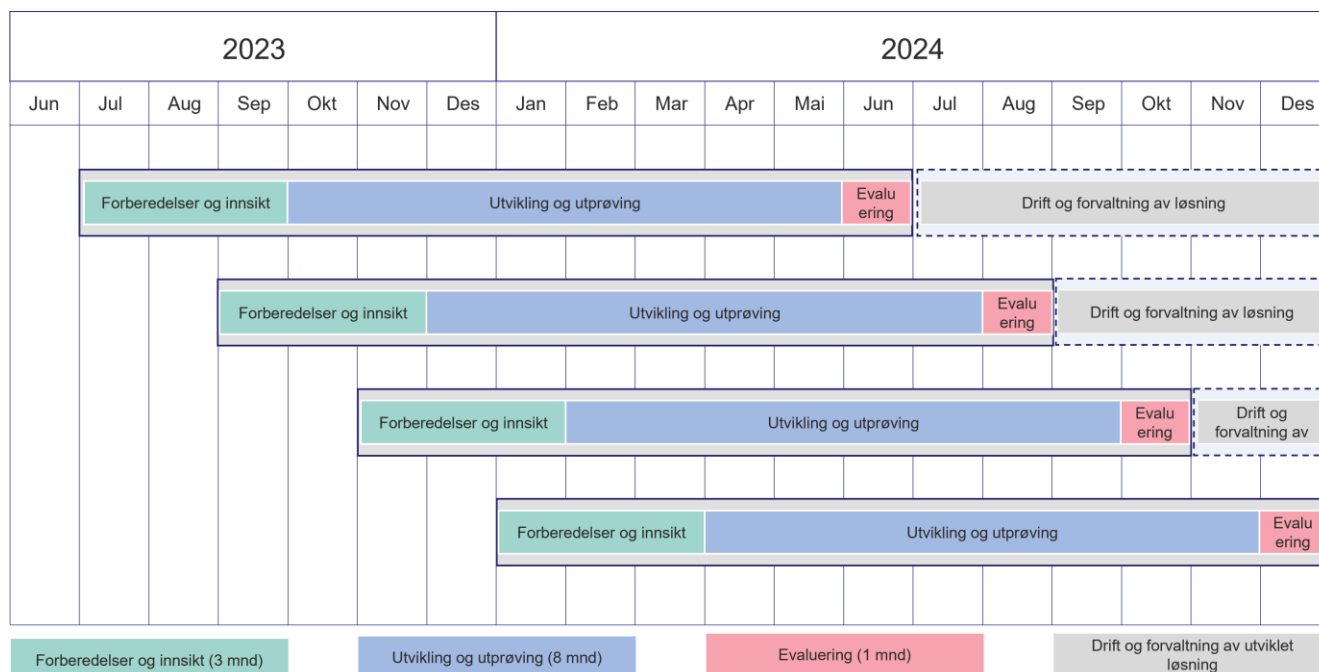
3.1. Metode og rammer for kostnadsestimering av utprøvinger

Det er definert noen rammer for hvordan en utprøving typisk vil forløpe. Rammene danner grunnlaget for grunnkalkylen i kostnadsestimatet. Hver utprøving forventes at vil omfatte følgende tre faser:

- Fase 1 – Forberedelse og innsikt. Det er satt av 3 måneder til dette i grunnkalkylen.
- Fase 2 – Utvikling og utprøving. Det er satt av 8 måneder til dette i grunnkalkylen.
- Fase 3 – Evaluering. Det er satt av 1 måned til dette i grunnkalkylen.

Det vises til bilag 7.1 for beregning av grunnkalkylen. Beregningene og forutsetningene er videre beskrevet i avsnitt 3.2 nedenfor.

Som sagt er de første utprøvingene planlagt gjennomført i perioden juli 2023 til desember 2024³. Det er forventet at det er 2 måneder mellom hver oppstart. Tidslinjen for utprøvingene er skissert i figur 1. Utfyllende beskrivelser til denne planen finnes også i kapittel 6.2.2 i styringsdokumentet. Det vil naturligvis komme mindre justeringer i tidspunktene for start og slutt basert på tilgjengelighet, hva som er hensiktsmessig i hver utprøvkommune osv.



Figur 2: Tidsplan for gjennomføring av utprøvinger i 2023-2024.

Basert på tidsplanen er det gjort en totalberegning for hva alle utprøvingene vil koste. Dette finnes under arkfanen «Totalkostnad utprøvinger» i bilag 7.1.

Kostnadsdriverne for utprøvingene vil i hovedsak være ressurskostnader hos henholdsvis kommuner, NHN og leverandører. Som sagt vil omfanget av utprøvingene variere. Kostnadsberegningene er derfor strukturert slik at alle utprøvingene tar utgangspunkt i den samme grunnkalkylen, men justeres med en faktor basert på forventet omfang. Faktoren varierer innenfor +/-25 % av grunnkalkylen. Faktoren har til hensikt å reflektere tidsbruk, antall involverte aktører, kompleksitet i løsningen som prøves ut osv. I vedlegg 6, hvor hver av de fire utprøvingene beskrives i detalj, kan det leses mer om bakgrunnen for valg av justeringsfaktorer.

Justering av kostnadsestimat	Faktor	Kommentar
Utprøving 1: Oversikt over kommunale tjenester	1,0	Utprøvingen inkluderer etablering av en felles informasjonskilde (plattform) per kommune, involvere leverandør(er) av sluttbrukerløsning(er) og kommunale ressurser. Denne utprøvingen er malen for videre utprøvinger.
Utprøving 2: Diagnoser og behandlingshistorikk	0,75	Etablerer samme plattform som utprøving en. Forventes å være noe ekleere, da informasjonen som

³ Det er beregnet kostnader for perioden juli 2023-desember 2024. Eventuelle kostnader som påløper mellom januar 2023 og juni 2023 er ikke inkludert. Dette skyldes den definerte tidsperioden som styringsdokumentet har til hensikt å beskrive.

		skal deles via felles plattform allerede eksisterer i ulike sluttbrukerløsninger. Utprøvingen vil også dra nytte av erfaringer og læring fra første utprøving med tanke på etablering av felles plattform med mer.
Utprøving 3: Utforskning av etablerte plattformløsninger	1,25	Utprøving 3 forventes å være den mest ressurskrevende med tanke på omfang. Det vil potensielt involvere flere aktører. Utprøvingen åpner for produkter og løsninger som ikke er kjente eller som har vært benyttet av primærhelsetjenesten tidligere. Økning i aktører i kombinasjon med nye og ukjente løsninger forventes å resultere i økt ressursbruk.
Utprøving 4: Skalering og utbredelse	1,1	Utprøving rundt skalering og tilgjengeliggjøring av etablerte løsninger, fra utprøving en og to, forventes i stor grad å kunne gjenbruke erfaring og kompetanse. Det vil involvere flere nye aktører, men det skal benyttes kjente løsninger, fra utprøving en og/eller to.

Tabell 4: Faktor for justering av kostnadsestimat per utprøving.

Det betyr at totalkostnaden for utprøvingene er gitt ved formelen:

$$\text{Totalkostnad for utprøvinger} = \text{GK} \times (\text{F}_1 + \text{F}_2 + \text{F}_3 + \text{F}_4)$$

Formel 1: Totalkostnad for utprøvinger

hvor GK = grunnkalkyle for utprøvinger.

F = faktor per utprøving.

Det er i tillegg sannsynlig at det vil påløpe kostnader til etterfølgende drift og forvaltning av de løsningene som utvikles i den første perioden. Det er sannsynlig at noen av disse kostnadene vil påløpe allerede i 2024, og er derfor tatt med i beregningene. Dette er også illustrert for hver av utprøvingene i figur 1 ovenfor. Drifts- og forvaltningskostnadene er estimert å utgjøre 25% av utprøvningskostnadene per måned.

Som beskrevet i styringsdokumentets kapittel 6 - Gjennomføring er det satt følgende ytre rammer for utprøvingene:

- Kostnader per utprøving skal ikke overstige 25 millioner kroner.
- Tid per utprøving skal ikke overstige 12 måneder.

3.2. Kostnadsbeskrivelser utprøvinger

Kostnadsestimatene er basert på omfang og ambisjonsnivå, samt forventet tid til forberedelse, gjennomføring og evaluering. Antall årsverk vist i tabell 3 beskriver det som forventes i en *gjennomsnittlig* utprøving. Dette vil naturligvis variere på tvers av utprøvingene. Ettersom løsningen skal utvikles stegvis og innføres gradvis i kommunene, er det relativt liten risiko for at det påløper store kostnader utover frikjøp og/eller omprioritering av ressurser.

Kostnadene til gjennomføring av utprøvinger forventes levert til selvkost (eventuelt med støtte fra Helseteknologiordningen og/eller Digifin). Kostnadene til ressursbruk fra prosjektorganisasjonen er ikke tatt med i kostnadene per utprøving, da dette krever tilskudd av midler og inngår i kostnadsestimatet for prosjektorganisasjonen ovenfor. I tabellen nedenfor er det likevel skissert hvor mange utprøvningskoordinatorer som er forventet at vil bidra inn i hver utprøving.

Utprøvingene er beskrevet per aktørgruppe, og det er varierende ressursinnsats i de ulike fasene. Anslag i tabellene nedenfor gjelder per utprøving.

Beskrivelse	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Antall årsverk fra kommune	6,3	6,1	6,8
Antall årsverk fra NHN	4	4	1
Antall årsverk fra leverandør	2	2	1
Antall årsverk fra prosjektorganisasjon	0,75	0,75	2

Tabell 5: Behov for årsverk i hver fase av utprøvingene.

3.2.1. Kostnader for kommune

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:

Ressurs	Kategori	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Lege	Ressursgruppe	0,1	0,1	0,1
Sykepleier	Ressursgruppe	0,6	0,4	0,1
Ambulanse	Ressursgruppe	0,1	0,1	0,1
Fagsystemansvarlig	Utprøvdeltaker	0,9	0,9	0,9
Løsningsarkitekt	Utprøvdeltaker	0,5	0,5	0,5
Informasjonsarkitekt	Utprøvdeltaker	0,5	0,5	0,5
Tjenesteeier	Utprøvdeltaker	0,5	0,5	0,5
Lokal utprøvsleder	Ansvar for gjennomføring og koordinering	1	1	1
Økonomiressurs	Ansvar for utredning av kostnader, anskaffelse	0,6	0,6	0,5
Tjenestedesigner	Ansvar for utredning av brukeropplevelse	0,5	0,5	0,5
Rådgiver	Ansvar for gevinstutredning	1	1	1,5

Tabell 6: Behov for antall årsverk i kommune per utprøving.

Det tas utgangspunkt i at hver utprøving trenger en ressursgruppe. Rollene som bidrar inn her vil naturligvis variere basert på hva som skal prøves ut, men i grunnkalkylen er det inkludert lege, sykepleier og ambulansepersonell i ulik stillingsprosent. Behovet for sykepleier reduseres noe i løpet av de tre fasene, mens for øvrige forventes behovet å være konstant.

Videre er det antatt behov for 0,3 årsverk per fagsystem, og at det i hver utprøving vil inkluderes 3 ulike fagsystemer. Det utgjør et totalt behov på 0,9 årsverk. Det antas at fagsystemansvarlig vil kunne representere helsepersonellet i evalueringsfasen. Utprøvdeltakeren må også stille med løsningsarkitekt, informasjonsarkitekt, samt tjenestedesigner. Det forventes at kommunen stiller med en lokal utprøvsleder som er ansvarlig for gjennomføring og koordinering både internt og eksternt. I tillegg er det satt av 1 årsverk til arbeidet med gevinstutredning. Kommunen som gjennomfører utprøvingen, skal være ansvarlig for gode gevinstutredninger som kan brukes i skalering til andre tjenestoområder og kommuner. Avslutningsvis forventes det at kommunen stiller med en økonomiressurs, som sørger for utredning av kostnader knyttet til utprøving og anskaffelse.

I sum vil dette resultere i en ressurskostnad per kommune tilsvarende ca. 6,3 millioner kroner. Det vises ellers til vedlagte kostnadsmodell i bilag 7.1.

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 utprøvingkommunene, er dette ikke tatt med i beregningene.

3.2.2. Kostnader for Norsk helsenett SF (NHN)

Basert på dagens kjennskap til hva som skal gjennomføres av utprøvinger i første periode er det forventet at NHN vil etablere et leveranseteam. Størrelsen på og innsatsen fra teamet vil variere mellom de ulike utprøvingene, og avhenge av faktorer som blant annet kompetanse og kapasitet i kommunene, innsats fra leverandørene og kompleksitet i utprøving. Ressursene fra NHN skal sørge for gjennomføring og koordinering med både utprøvingkommune og prosjektorganisasjonen sentralt. Det er viktig å påpeke at det er krevende for NHN å komme med konkrete anslag da det foreløpig er stor usikkerhet knyttet til utprøvingene.

I tillegg til å støtte utprøvingene vil det også være NHN sitt ansvar å etablere, samt sørge for drift og vedlikehold av felles nasjonal programvareinfrastruktur. Det vises til beskrivelse i kapittel 6 - Gjennomføring og vedlegg 6 for beskrivelse av løsningen som NHN skal sette opp. Ressurs- og kostnadsestimatene for NHN nedenfor 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 og drift og forvaltning):

- Drift og forvaltning: 2 årsverk.
- Utvikling og etablering av informasjonstjeneste: 1-3 årsverk. Det er særlig stor usikkerhet til denne da det ikke er helt avklart hva som skal utvikles i de ulike utprøvingene.

Basert på dette er det i kostnadsmodellen benyttet totalt 4 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 7: Behov for årsverk fra NHN per utprøving.

Basert på dette vil NHN sine kostnader knyttet til hver utprøving summere seg til 7,5 millioner kroner i grunnkalkylen (før justering for prisvekst og omfang).

3.2.3. Kostnader for leverandør(er)

Leverandørenes innsats vil i stor grad påvirke nødvendig innsats fra de andre aktørene. 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 3 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	3	3	1

Tabell 8: Behov for årsverk fra leverandør per utprøving.

Basert på dette vil leverandørens ressurskostnader tilsvare ca. 3,4 millioner kroner per utprøving (før justering for prisvekst og omfang). Det kan også være at det påløper andre kostnader hos leverandør utover direkte bistand inn i utprøvingene. Eventuelle kostnader til dette er ikke synliggjort.

3.2.4. Kostnader til etterfølgende drift og forvaltning av utviklede løsninger

Det vil i tillegg til utprøvingkostnader hos henholdsvis kommune, prosjekt, NHN og leverandør(er) påløpe kostnader til etterfølgende drift og vedlikehold av løsningene som utvikles i første utprøvsperiode. Det er ikke sikkert dette vil være tilfellet for alle utprøvingene, men det er realistisk å tro at det hvert fall vil påløpe noen kostnader til dette i 2024. Kostnadene er ikke spesifisert per aktør, men det er gjort et påslag basert på månedlige utprøvingkostnader. Det er benyttet en sats på 25 %. I sum betyr det at drift- og forvaltningskostnadene til hver utprøving vil se slik ut i perioden:

Ressurs	2023	2024	Sum
Etterfølgende drift og forvaltning av løsninger	0	4 441 926	4 441 926

Tabell 9: Kostnader til drift og forvaltning av utviklede løsninger i første utprøvsperiode.

Kostnadene er beregnet fra måneden hver utprøving er slutt og til utgangen av 2024. Kostnadene vil fortsette å løpe i andre periode fra og med 2025.

3.3. Oppsummering utprøvingkostnader

Grunnkalkylen viser at en standard utprøving kan summeres til totalt 17,1 millioner kroner (2022-kroner). Dette er utelukkende ressurskostnader som planlegges gjennomført til selvkost. Det vil senere kunne tilbakebetales gjennom tjenestepricing i driftsfasen. Kostnadsfordelingen ser slik ut:

Kostnader per utprøving	Sum	Andel
Kommune	6 269 365	37 %
NHN	7 500 000	44 %
Leverandør	3 372 105	20 %
Sum kostnader per utprøving (grunnkalkyle)	17 141 470	100 %

Tabell 10: Kostnader per utprøving fordelt på aktør.

Justert for prisvekst summerer totalkostnaden for alle fire utprøvinger seg til 79,7 millioner kroner over 18 måneder. Dette inkluderer etterfølgende drift og forvaltning (til og med desember 2024).

Kostnadene er periodisert i tabellen nedenfor.

Utprøving	2023	2024	Sum
Utprøving 1	9 271 759	8 897 585	18 169 343
Utprøving 2	4 647 720	9 071 532	13 719 251
Utprøving 3	3 882 967	19 136 982	23 019 948
Utprøving 4	0	20 394 235	20 394 235
Etterfølgende drift og forvaltning av løsninger	0	4 441 926	4 441 926
Sum kostnader utprøvinger	17 802 445	61 942 259	79 744 704

Tabell 11: Kostnader per utprøving

Beregningene viser at hver utprøving er innenfor den ytre rammen på 25 MNOK.

4. TOTALE KOSTNADER FOR FØRSTE PERIODE 2023-2024

Totalkostnaden (øvre ramme) for første periode 2023-2024 summerer seg til 110,3 millioner kroner. Dette inkluderer kostnader til utprøvinger, konsept, samt prosjektledelse og kommunikasjon.⁴ Kostnadene fordeler seg slik:

- Kostnader direkte knyttet til utprøvinger: 79,7 millioner kroner (hvorav 4,4 millioner kroner er etterfølgende drift og forvaltning⁵). Dette består av ressurskostnader hos henholdsvis kommune, NHN og leverandør. Kostnadene inkluderer ikke ressurskostnader fra prosjektet, da dette inngår i kostnadene til prosjektorganisasjonen (neste punkt).
- Kostnader til sentral prosjektorganisasjon/prosjektstøtte: 30,6 millioner kroner. Dette består av kostnader til konsept, utprøvinger, prosjektledelse og kommunikasjon, samt andre kostnader.

Totale kostnader – gitt gjennomføring av fire utprøvingsprosjekt	Sum
Kostnader prosjektorganisasjon	30 575 061
Kostnader utprøvinger	79 744 704
Totale kostnader, 2023-2024	110 319 764

Tabell 12: Oppsummering av totale kostnader i første utprøvingsperiode 2023-2024.

For beskrivelse av finansieringsmuligheter knyttet til kostnadene vises det til kapittel 10 – Budsjett og finansiering.

⁴ Det vises til resultatmålene i styringsdokumentets kapittel 2.2 for detaljering knyttet til dette.

⁵ Årsaken til at drifts- og forvaltningskostnadene er såpass lave er at disse kostnadene i hovedsak vil påløpe fra og med 2025.

Felles kommunal journal interim AS

Bilag 2.1:

Gjennomføring og resultat

Styringsdokument

Felles kommunal journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge

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 innspill, 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. Det beskrives også om selvobservasjon gjennomført av helsepersonell.

Resultatene som presenteres i bilaget er brukt som deler av et grunnlag og forslag for plattformens avgrensning innledningsvis, og hensikten med bilaget er derfor å gjøre disse 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 prosess 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 deltok.

Aktørfora 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 aktørfora har ulike forhåndsdefinerte tema blitt drøftet, for å få faglige innspill, samt for å komme 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 deltagerens tilbakemeldinger har gitt prosjektet både større trygghet for at behov og utfordringer på ulike områder er gjenkjennbare og reelle, og ikke minst gitt innspill til nye behov eller områder. Aktørfora har derfor også vært en arena for prosjektet å både få innspill til, og ikke minst en bedre forståelse av behovene. Disse innspillene er også inntatt i behovsgrunnlaget.

Informasjons- og samhandlingsbehov har vært direkte og indirekte tematikk for aktørfora tre ganger.

I første møte (aktørfora 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 aktørfora 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 aktørfora 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 domeneene.

Etter gjennomføring av aktørfora så man 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 caser.

Deltagelsen ble begrenset til noen av kommunenes tjenesteområder. Disse var:

- Legevakt
- Fastlegekontor
- Hjemmetjenester
- Institusjon
- Rehabilitering (inkl. ergoterapi/fysioterapi)
- Psykisk helse

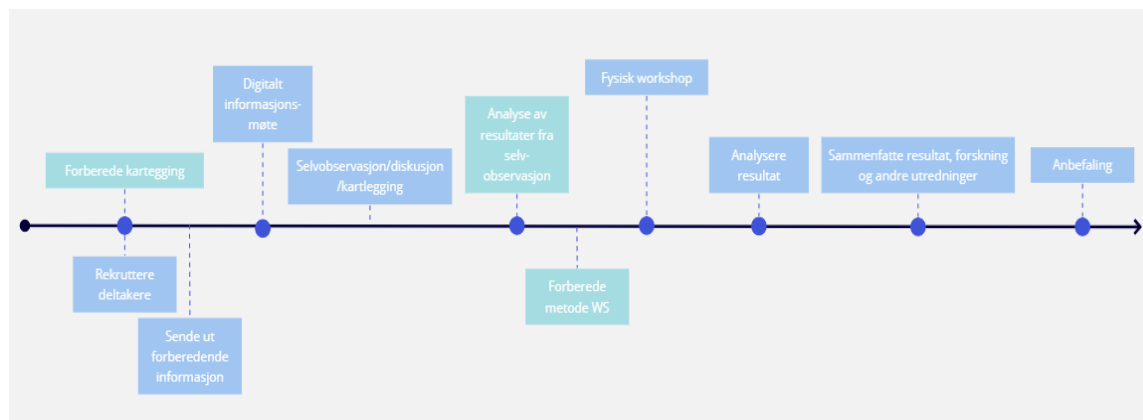
⁴ Siste aktørfora avholdes 18.10.22

- Miljøtjenester
- 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 arbeidsmøte. Man har 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.



2.2.2. Fysisk arbeidsmøte og tilhørende aktiviteter

I arbeidsmøte 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.

Informasjonstype: Kommunale tjenester (Tjenester, ytelser og hjelpemidler)

Berørte aktører: Legevakt og Pleie og omsorg (hjemmetjeneste)

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

Årsak til behov for informasjon:

- 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

Om du hadde denne opplysningen kontinuerlig oppdatert i din EPJ hva ville gevinstene vært for deg som helsepersonell?

- Enkelt kommunisere med f.eks. hjemmetjenester om økt/endret behov ift. oppfølging av behandling
- Bedre faglig beslutninger

Gevinster for pasient?

- Unngått unødig innleggelse
- Bedre oppfølging og tryggere forløp

Hvilke konsekvenser kan det få om denne opplysningen ikke deles?

- Økte kostnader og unødig ressursbruk i kommunen
- Dårligere pasientsikkerhet

Figur 1: 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 med 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 formening om 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.

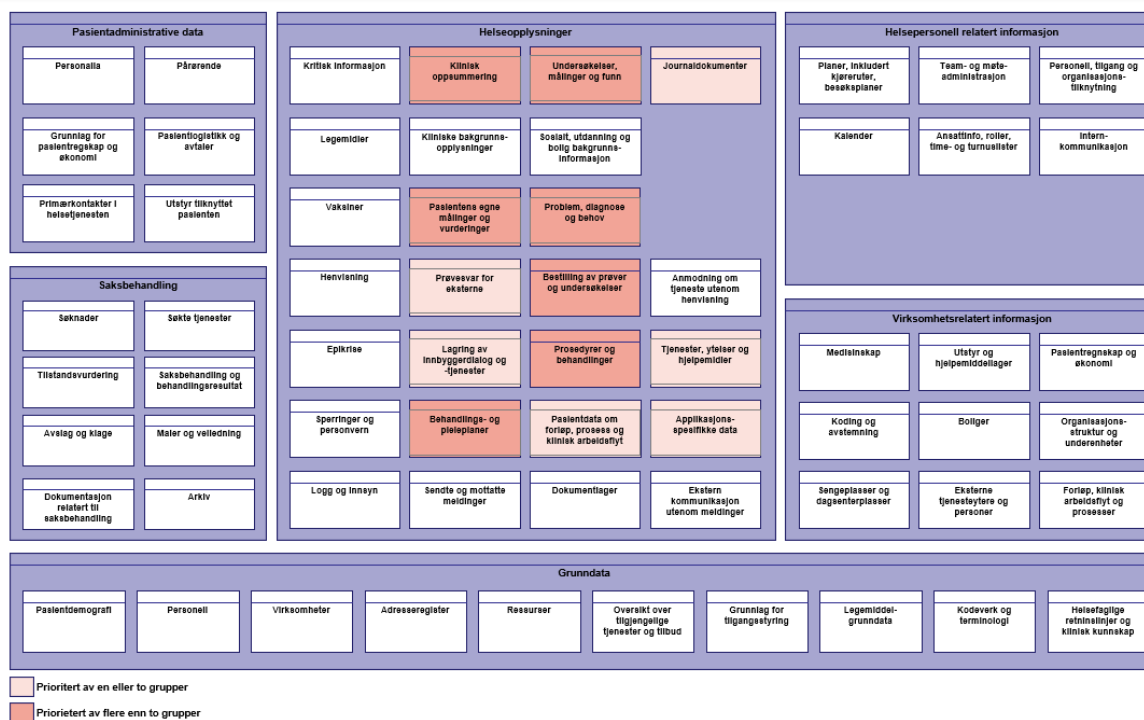
3.1. Aktørfora:

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 viktig prioritet.

Figur 4 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 2: 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.

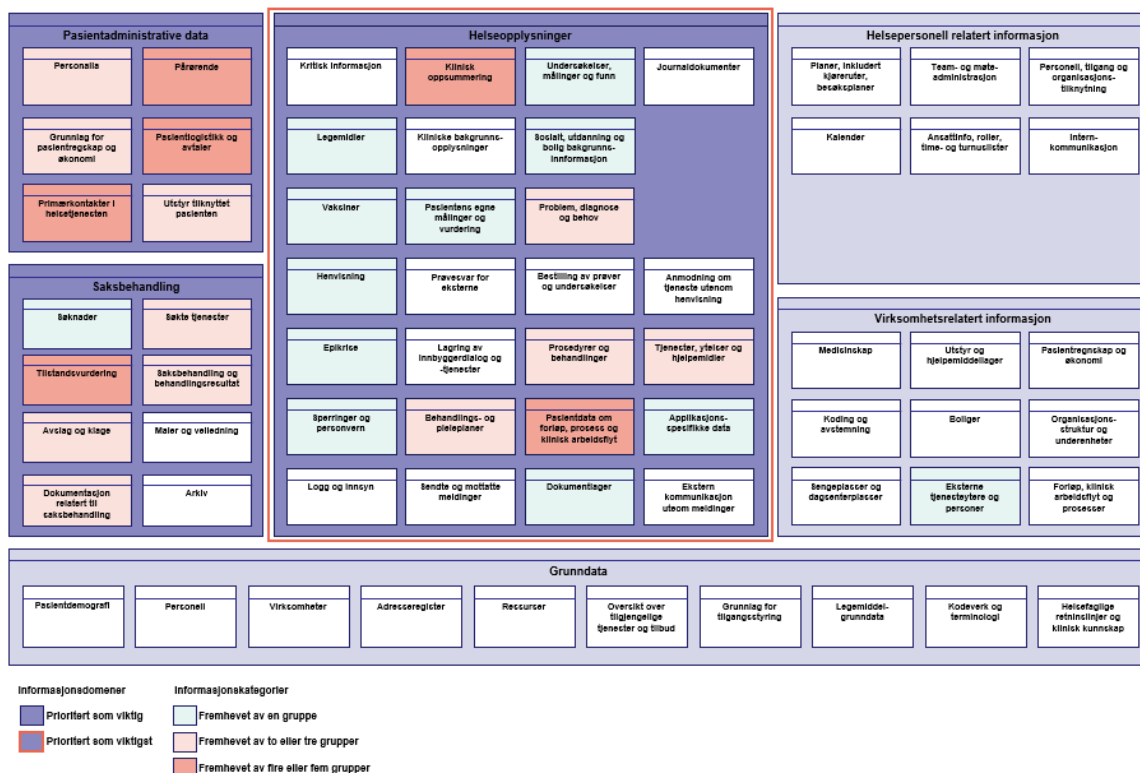
Til noen av kategoriene ble det også gitt innspill til eller stilt spørsmål til om noe av funksjonaliteten og informasjonen ble løst nasjonalt. Dette gjaldt eksempelvis Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP), og om den bidro til pasientens egne målinger og behandlingsplan/egenbehandlingsplan. Tilsvarende ble det gitt innspill til at Pasientens prøvesvar kunne løse prøvesvar for eksterne. Helsenorge vil håndtere lagring av innbyggerdialog og tjenester, samt om det ikke burde opprettes et eget nasjonalt dokumentlager eksempelvis for journaldokumenter. Dette er viktige innspill.

I aktørfora 4 (gruppe 1) var tematikken «Kommunale informasjon- og samhandlingsbehov». I aktørfora 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 deltagere 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 5 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 3: 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 prioritere 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 i forhold til 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
PROBLEMER, 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

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 arbeidsmøte 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:

- Foringe et allerede planlagt behandlingsforløp
- Sykeliggjøre pasienten

I tillegg var det flere informasjonselementer i alle kategorier som ble nevnt som relevante;

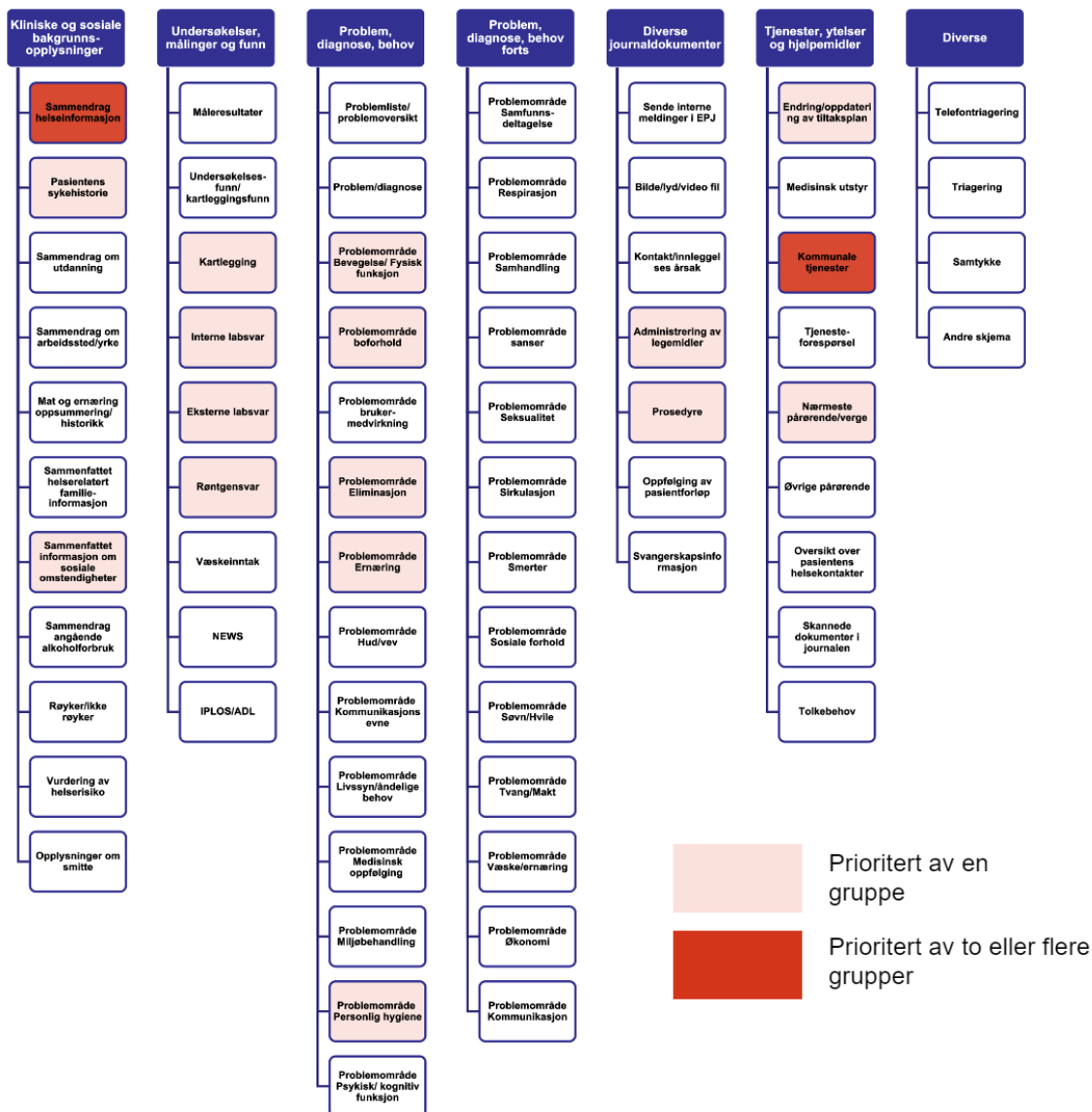
- **Sammenfatning av sosiale omstendigheter** ble også prioritert som viktig informasjon, og dette omhandler informasjon om hus og bosituasjon, familie og nettverk. Dette er viktig for å avgjøre både tiltak og behandling.
Dette kan eksempelvis være viktig informasjon i situasjoner der en pasient har 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.

Tabellen under⁵ illustrerer hvordan helsepersonellet vurderte bruk og viktighet av informasjonselementene i de ulike kategoriene gjennom diskusjon og gruppeoppgaver.

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



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 tabellen 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.

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 2.2:

Beskrivelse av informasjons- kategorier og elementer

Styringsdokument

Felles kommunal journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge

1. INNLEDNING.....	1
2. BESKRIVELSE AV INFORMASJONSKATEGORIER	1
3. BESKRIVELSE AV INFORMASJONSELEMENTER INNENFOR INFORMASJONSKATEGORIENE.....	6

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 2.1 der prosjektets innspillsarbeid og resultat presenteres. Bilaget må også sees i sammenheng med Vedlegg 4 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 (usecases). 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 2.1) 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 2.1.

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 fritekstoppsummering 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, YTELSER 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 helse relaterte 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/sykdomshetstegn	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, helserisiko, 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

		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	Registrer 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. Arketypen 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 templater	

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.	
	Selvrapporing	Data generert med utstyr som pasienten selv administrerer, evt., skjema sendt inn av pasienten selv	

Felles kommunal journal interim AS

Bilag 2.3:

Utfordringsbildet i kommunene – Samhandling og informasjonsdeling

Styringsdokument

Felles kommunal journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge

Utfordringsbilde i kommunene:

Samhandling og informasjonsdeling - dagens situasjon

Felles kommunal journal interim AS

Oslo den 22.09.2022

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 planlegging

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.

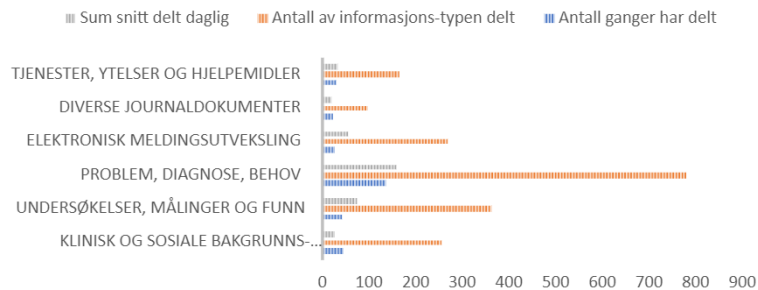
Det var tjue personer som bidro med selvobservasjoner i perioden 25.05.-05.06.2022. De fleste deltagerne jobbet fem dager i den gjeldende perioden.

Selvobservasjonene omfattet tjenesteområdene:

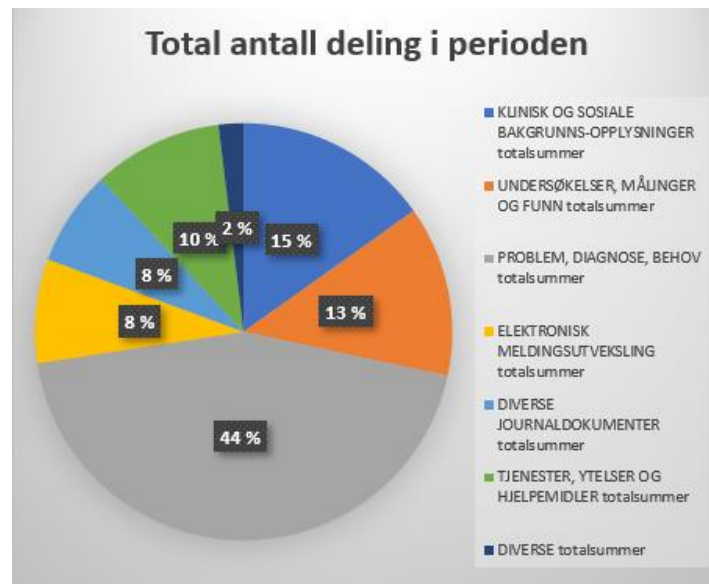
- legekontor/legevakt
- tjenester i hjemmet (hjemmesykepleie)
- helsestasjon
- rehabilitering
 - fysioterapi
 - ergoterapi
 - rehabilitering i sykehjem
- miljøtjeneste/psykisk helsetjeneste
- rusarbeid

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

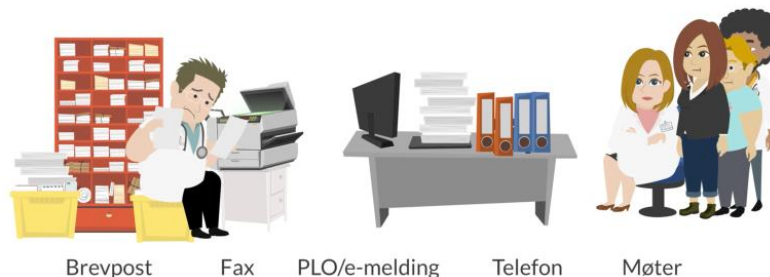


Fordeling av de ulike kategoriene er vist i figuren under.



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 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 testes 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 brukers 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. Fastlegene har mange hundre pasienter på sine lister, og de fleste av dem er stort sett friske innbyggere som fastlegen har liten eller ingen kontakt med. For mindre grupper av pasienter er dette bildet helt annerledes, spesielt de multi- og/eller langtidssyke. Selv om dette tallmessig er en liten gruppe for hver enkelt fastlege, behøver de oftest mye oppfølging. Over tid etablerer fastlegen mye kunnskap om, og innsikt i den enkeltes situasjon. Dette dokumenteres godt i fastlegens journal, men er ikke tilgjengelig for andre grupper. 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, helt uten tilgang til oppdatert medisinsk informasjon. 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 verner 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 trygghetsalarmen 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 Olaug fremdeles har betydelige symptomer på urinveisinfeksjon. I tillegg viser svaret på urindyrkningen 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 medisiner 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 medisinsk og sykepleiefaglig behandling i kommunene. I sum øker dette behovet for effektiv tilgang til relevant pasientinformasjon ytterligere i årene som kommer.

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.

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 innom 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 svært 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 2.4: Alternative journalstrategier - muligheter og utfordringer

Styringsdokument

Felles kommunal journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge

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 anbudprosessen
- 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 utprøvsarena 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 samspille 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 2.5:

Vurdering av realismen i overordnet løsningsforslag

Styringsdokument

Felles kommunal journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge

Felles kommunal journal

INNHALDSFORTEGNELSE

1. Oppsummering fra kunnskapsbasert dialog april/mai 2021	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Hensikt	4
1.3 Deltagere	4
1.4 Metode	5
1.5 Prosess	5
2. Oppsummering og konklusjon – hovedpunkter vi tar med oss videre	6
3. Hypoteser og innspill	7
3.1 Gjennomgang av hypoteser	7
3.1.1 Hypotese nummer 1	7
3.1.2 Hypotese nummer 2	8
3.1.3 Hypotese nummer 3	8
3.1.4 Hypotese nummer 4	9
3.1.5 Hypotese nummer 5	9
3.1.6 Vekting av svarene på hypoteser	10
4. Øvrige innspill	11
4.1 Hypotese 1	11
4.2 Hypotese 2	12
4.3 Hypotese 3	14
4.4 Hypotese 4	15
4.5 Hypotese 5	15
5. Øvrige innspill uten spesifikk kobling til hypotesene	15

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 behandlers 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 ivaretatt. 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
 - leverandørens 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 begrensede 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 begrensede 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:

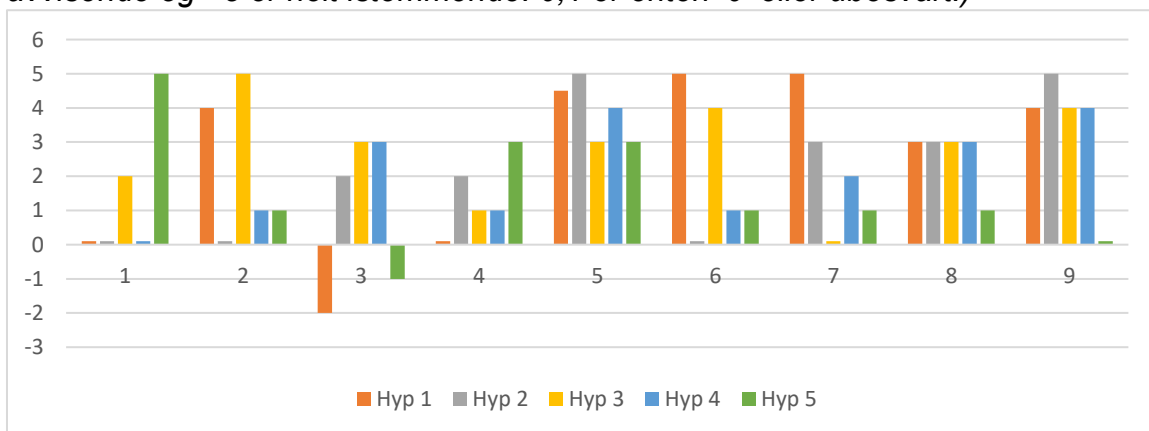
1. Det er mulig å utvikle en felles plattform til bruk på tvers av norske kommuner, fastleger og andre relevante leverandører av helsetjenester (ulike juridiske subjekt) innenfor rammen av norsk lovgivning på:
 - a. Informasjonssikkerhet generelt og GDPR spesielt
 - b. Pasientjournalloven med forskrift
 - 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 5.1:

Overordnet personvern vurdering

Styringsdokument

Felles kommunal journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge

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	5
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 5. Det kan også leses sammen med Bilag 5.2.

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 2.2 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 4, samt Bilag 2.1). Pasientinformasjon er kategorisert som *særlige kategorier av personopplysninger*³. Dette stiller ekstra høye krav til

³ Eksempler på sensitive personopplysninger er behandling av genetiske og biometriske opplysninger, helseopplysninger, opplysninger om en fysisk persons seksuelle forhold, eller seksuelle orientering mm

etterfølgelse av personvern og informasjonssikkerhet. Tiltak for å imøtekomme dette blir beskrevet senere i bilaget, samt i Bilag 5.2.

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 2.2 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 overvåking 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.

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.

⁶ Normen, Faktaark 25 – Lagringstid og sletting, Versjon 3.0 Desember 2021

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 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.

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.

2.7. 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

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

⁸ Personvernprinsippene | Datatilsynet

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

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 2 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.

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 inn.¹²

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 som kan omfatte forskjellen på 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.

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.

«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

¹³ Datatilsynets strategi | Datatilsynet

¹⁴ Datatilsynets strategi | Datatilsynet

- Ved vurdering av oppbevaringstid må virksomheten også vurdere hensynene bak dokumentasjonsplikten, herunder hensynet til at det skal være mulig å føre kontroll med 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 pr 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.

¹⁵ Normen, Faktaark 25 – Lagringstid og sletting, Versjon 3.0 desember 2021

¹⁶ Rett til informasjon | Datatilsynet

¹⁷ Rett til innsyn | Datatilsynet

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 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. Korrigering 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 korrigering 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 innbyggerens 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 (eksempelvis 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

¹⁸ Rett til retting | Datatilsynet

¹⁹ Rett til dataportabilitet | Datatilsynet

eksempel dokumentasjonsplikt for helsepersonell og virksomhetene. Det må derfor avklares nærmere hvordan innbygger skal kunne utøve sin rettighet.

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 personvernverdinger 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 5.2. Overordnet risikovurdering for kartlagte risikoer knyttet til personvern. Dette må arbeides videre med i det videre arbeidet med utarbeiding av en personvernkonsekvensutredning (DPIA).

6. VIDERE ARBEID MED PERSONVERN

I forbindelse med planlegging av første utprøving må prosjektet gjennomføre tiltak for å sørge for akseptabel risiko i forhold til 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

²⁰ Automatiserte avgjørelser | Datatilsynet

registrerte (som omtalt i personvernforordningen artikkel 35(3)). Det er derfor helt nødvendig at det 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 5.2:

Overordnet risikovurdering

Styringsdokument

Felles kommunal journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge

INNHALDSFORTEGNELSE

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 RISIKO 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	11
5.1. Eksempel på tiltak for hendelser med kritisk/høy risiko.....	11
5.2. Eksempel på tiltak for hendelser med moderat risiko	15
6. VIDERE ARBEID MED RISIKO	20
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 5. Det kan også sees i sammenheng med Bilag 5.1.

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 til å ikke omfatte 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 2 – 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 4, samt Bilag 2.1). Prosjektet har arbeidet frem en avgrensning av hva et forventet omfang av informasjon kan være, innledningsvis. Det vises til Bilag 2.2 for utfyllende informasjon for beskrivelse av hva disse kategoriene er.

I målbildet vil informasjon lagres i en felles logisk informasjonskilde. Dette trenger ikke å 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 må 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

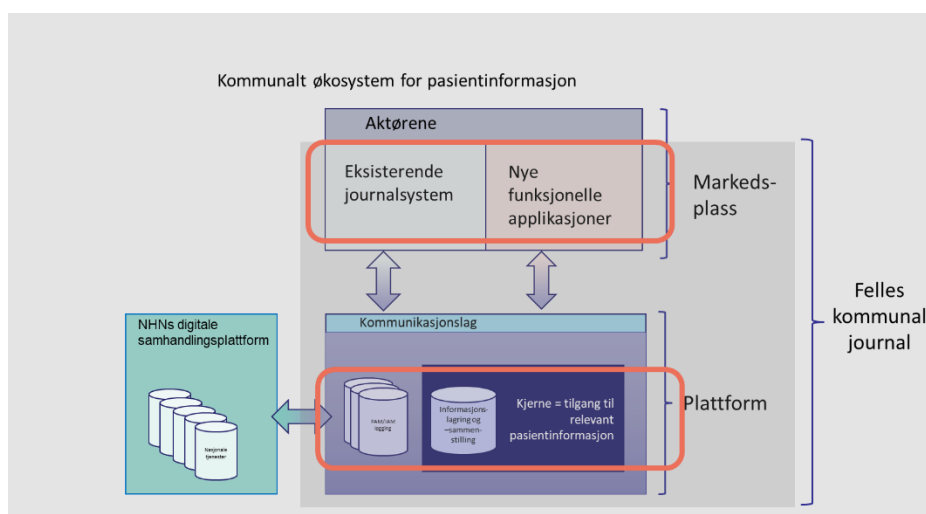
⁷ HL7 FHIR er en fritt tilgjengelig standard som ble utarbeidet for å møte krav til integrasjon mellom virksomheter og mot moderne teknologi som mobil- og skytjenester. Vil bli brukt i nasjonale e-helseløsninger og har god støtte for interoperabilitet mellom virksomheter

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 RISIKO 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 tjenester. Dette inkluderer informasjon i sluttbrukerløsningene (for eksempel EPJ-applikasjoner), informasjonstjenester, lagringstjenester samt andre tjenester som understøtter infrastruktur mm. Et

⁹ Se for eksempel [Grunnprinsipp 2.1](#) i NSMs grunnprinsipper for IKT-sikkerhet.

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:

Lav risiko:	≤	Risikoverdi	≤	4	terskel for tiltak
Moderat risiko:	≤	Risikoverdi	≤	9	
Høy risiko:	≤	Risikoverdi	≤	16	
Kritisk risiko:	≤	Risikoverdi	≤	25	

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 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.

¹⁰ Om risiko og risikovurdering | Digdir

¹¹ Om risiko og risikovurdering | Digdir

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 helsepersonellets 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 ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig fra alle nødvendige kilder (også nasjonale løsninger) på bakgrunn av tilfeldig eller målrettede angrep. At ansatt 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	Høy
Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig pga. fullstendig bortfall av plattformen (informasjon) over lang tid (over en dag) pga. tilfeldige hendelser	Høy
Ansatt opplever at sluttbrukerapplikasjonene er utilgjengelige	Middels
Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig fra alle nødvendige kilder på bakgrunn av tilfeldige hendelser	Middels
Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig pga. fullstendig bortfall av plattformen (informasjon) kort tid (under en dag) på bakgrunn av tilfeldige hendelser	Middels
Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig fra alle nødvendige kilder (også nasjonale løsninger) på bakgrunn av tilfeldig eller målrettede angrep	Middels
Ansatt opplever å ikke ha informasjon tilgjengelig pga. fullstendig bortfall av plattformen (informasjon) over lang tid (over en dag) pga. tilfeldig/målrettede angrep	Middels

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 5.1 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 krav 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 5.1 for ytterligere beskrivelse og vurdering av områdene¹⁴ som hører inn under kap 3. En innbygger har etter pasient- og brukerrettighetsloven krav til 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.

¹³ Personvern | Datatilsynet

¹⁴ Retten til innsyn i egen informasjon, portabilitet, sletting, korrigerings, protesterings, begrensning

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	Yellow
Virksomheten har utfordringer med å ivareta informasjonssikkerhet og personvern i eksisterende løsninger i dag	Yellow
Virksomheten har utfordring med å ivareta den registreres rettigheter (GDPR kap 3)	Yellow
Virksomheten mangler hjemmel for behandling av personopplysninger	Green
Virksomheten mangler oversikt over flyt av personopplysninger i løsningen	Green

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 sikkerhetsovervåkning¹⁸ viktige sikkerhetsfunksjoner som påvirker kapasitet og evne til beste praksis for tilgangsstyring.

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.

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

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.

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

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	

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.

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)

		<ul style="list-style-type: none"> • Dedikerte ressurser som har overvåkning 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 overvåkning 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 • Jevnlige varslede og ikke-varslede øvelser
Konfidensialitet	Informasjonens konfidensialitet er truet på grunn av at brukernavn/passord for administrator/bruker med utvidede rettigheter til	<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)

	plattformen på avveie internt i virksomheten	<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 • 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/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
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	<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

	eller oppdateringsregime	<ul style="list-style-type: none"> • 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

		<ul style="list-style-type: none"> • Konsekvenser ved brudd på retningslinjer • God opplæring av ansatte
Integritet	Informasjonens integritet kan være truet grunnet at det gjennomføres tilfeldige eller målrettet 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 plattformen (informasjon) over lang tid (over en dag) pga.	<ul style="list-style-type: none"> • Systemovervåking • Varsler om at informasjon ikke er tilgjengelig fra aktuell kilde i sluttbruker applikasjoner • Sentrale drifts tjenester og ressurser med riktig kompetanse

	tilfeldig/målrettede angrep	<ul style="list-style-type: none"> • 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)

		<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 • 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 på GDPR) på grunn av kompetansemangel	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuerlig opplæring og bevisstgjøring av medarbeidere i personvern og informasjonssikkerhet • Rutiner
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 tilgangslogg
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

		<p>ansatte stemmer og sørge for å fjerne tilganger til ansatte som har sluttet</p> <ul style="list-style-type: none"> • God opplæring av ansatte
Drift/forvaltning	<p>Måltrettet/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</p>	<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	<p>Systemadministrator eller annet lokalt IT personell i primærhelsetjenesten eller andre aktører utfører uautoriserte endringer i løsninger som påvirker plattformen (verdikjedeproblematikk)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rutiner og retningslinjer angående ansvar og rolle 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
Drift/forvaltning	<p>Manglende tilgangsstyring på grunn</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre god dokumentasjon, god overføring av kompetanse og kunnskap i virksomhetene

	<p>av manglende forståelse av oppgaver, roller og ansvar som fører til at autorisasjon og autentisering ikke blir forvaltet korrekt</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 risikoreduserende 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 risikoreduserende 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	Målrettet/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	Måletta/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 6.1: Sluttrappport samarbeid FKJI og NHN

Styringsdokument

Felles kommunal journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge

Sluttrapport

Felles kommunal journal

Rammer og muligheter for samarbeid og organisering kommunesektor og stat (NHN SF)

Felles kommunal journal interim AS

Norsk Helsenett SF

Ver 0.90

31.05.2022

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 tilskuddsregelverk

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.....	7
2	Dokumentets oppbygning.....	7
3	Bakgrunn og behov FKJ.....	8
4	Forretningsmodell.....	9
4.1	Hvem skal FKJ være til for (kundesegment).....	9
4.2	Verdiforslag.....	9
4.3	Tjenester FKJ skal levere.....	10
5	Løsningsmuligheter.....	10
5.1	Overordnet løsningskisse.....	10
5.2	NHN nasjonale tjenester.....	12
5.3	Gap-analyse.....	13
5.4	Beskrivelse av løsningskomponenter.....	13
5.4.1	<i>Plattform.....</i>	14
5.4.2	<i>Nasjonale samhandlingsløsninger.....</i>	14
5.4.3	<i>Felles programvareinfrastruktur.....</i>	14
5.5	Realiseringsmodeller.....	15
5.5.1	<i>Modell a – Håndtering av lokalt systemlandskap.....</i>	15
5.5.2	<i>Modell b – Håndtering av nasjonale samhandlingsløsninger.....</i>	16
5.5.3	<i>Modell c – Gjenbruk av sentral infrastruktur for å løse lokale problemstillinger.....</i>	17
5.6	Markedsplass.....	17
5.7	Sluttbrukerløsninger.....	18
5.8	Standarder.....	18
6	Mulige samarbeidskonstellasjoner.....	19
7	Organisasjonsmodeller.....	19
7.1	Alternative organisasjonsmodeller.....	19
7.1.1	<i>Rent kommunalt leveranseselskap (modell 1).....</i>	20
7.1.2	<i>Felleseid leveranseselskap NHN/kommunesektor (modell 2).....</i>	20
7.1.3	<i>NHN omgjøres til felleseid selskap med ansvar for alle leveranser (modell 3).....</i>	20
7.1.4	<i>Oppsummering og anbefaling.....</i>	21
8	Videre samhandling.....	21
8.1	Selskapsetablering.....	21
8.2	NHN sin rolle.....	22
8.2.1	<i>Inneværende fase.....</i>	22
8.2.2	<i>Gjennomføringsfasen.....</i>	22
9	Finansieringsmodeller.....	22
10	Juridiske vurderinger.....	23
10.1	Konkurranserett.....	23
10.1.1	<i>Ingen gjensidig bebyrdende kontrakt.....</i>	23
10.1.2	<i>Eneleverandør-unntaket.....</i>	23
10.1.3	<i>Utvidet egenregi.....</i>	23
10.1.4	<i>Offentlig-offentlig samarbeid.....</i>	23
10.2	Statsstøtteregler.....	24
10.3	Personvern og GDPR.....	24
10.4	Sektorlovgivning.....	24

1 Samarbeid FKJI 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 FKJI 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

2 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

3 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

4 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.

4.1 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.

4.2 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".

4.3 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.

5 Løsningsmuligheter

Dette kapittelet 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.

5.1 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

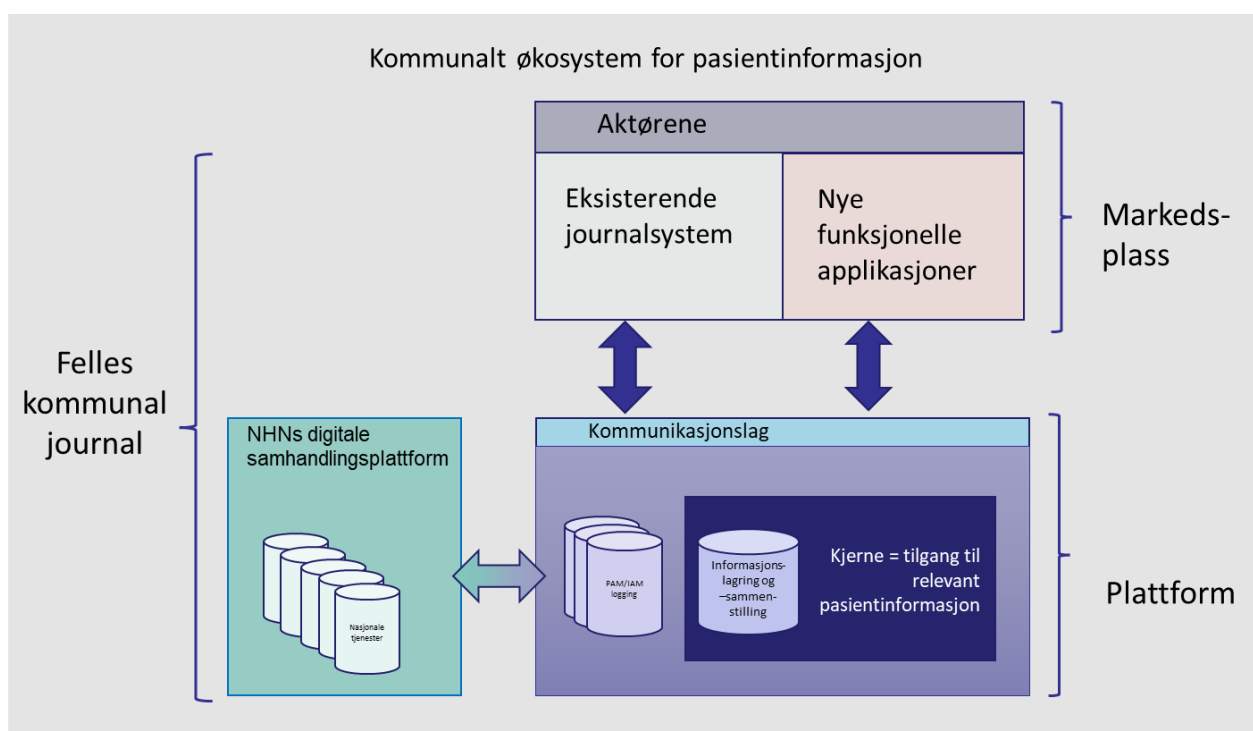
⁴ Sluttbrukerløsninger er journalssystem, applikasjoner og løsninger som benyttes av ulike brukergrupper for å ivareta dokumentasjonsplikten i henhold til Pasientjournalforskriften

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.

5.2 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 helsenetten⁸

Om hensiktsmessig og ønskelig kan NHN sin infrastruktur benyttes i realiseringen.

5.3 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)

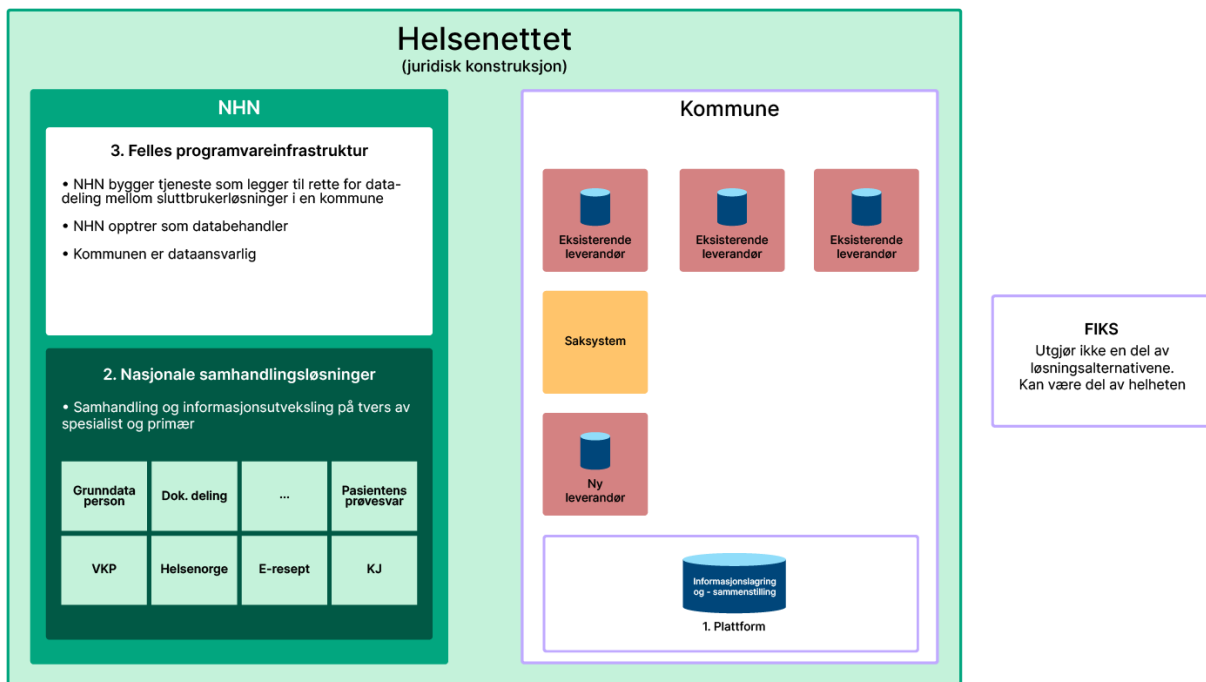
For å lukke disse gapene er det nødvendig å etablere den plattformen som er beskrevet i løsningskissen til prosjektet. Som en del av plattformen må det etableres et eget lager for den informasjonen som ikke dekkes av NHN sine nåværende og fremtidige tjenester, løsninger og produkter. I tillegg må plattformen 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.

5.4 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 Helsenetten 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 Helsenetten, og alle foretak og virksomheter, personer, systemer og ting i Helsenetten 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.

5.4.1 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.

5.4.2 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.

5.4.3 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.

5.5 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.

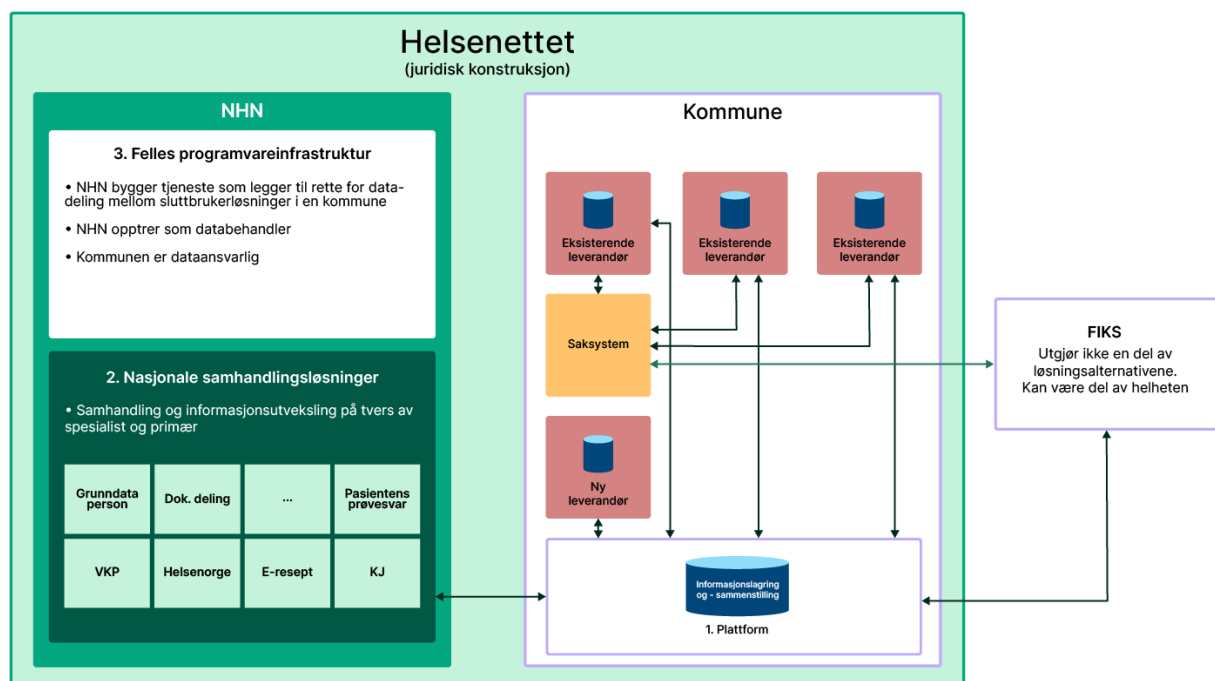
Vi vil beskrive tre ulike og overordnede modeller for realisering. Disse er satt sammen av løsningskomponentene som ble beskrevet i forrige kapittel. Forskjellen mellom de tre modellene (som ikke er innbyrdes ekskluderende) ligger i samspillet mellom komponentene. Det presiseres at dette er foreløpige 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.

5.5.1 Modell a – Håndtering av lokalt systemlandskap



Figur 3: Modell a)

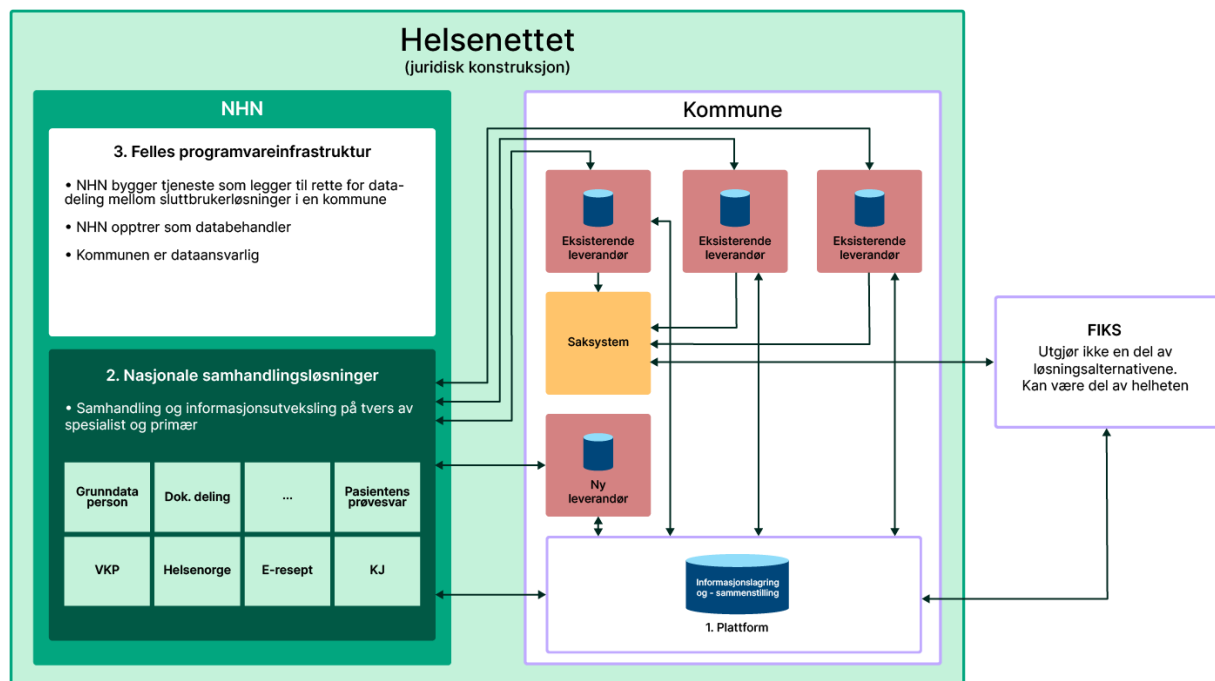
¹¹ Struktur og formater på datamodeller for lagring av opplysninger er ikke avklart, og må baseres på hvilke informasjonselementer som det er behov for at lagres og deles. FKJ ser til openEHR og FHIR, men vil også vurdere andre standarder der det er hensiktsmessig og formålstjenelig.

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 sluttbrukerløsningen.

5.5.2 Modell b – Håndtering av nasjonale samhandlingsløsninger



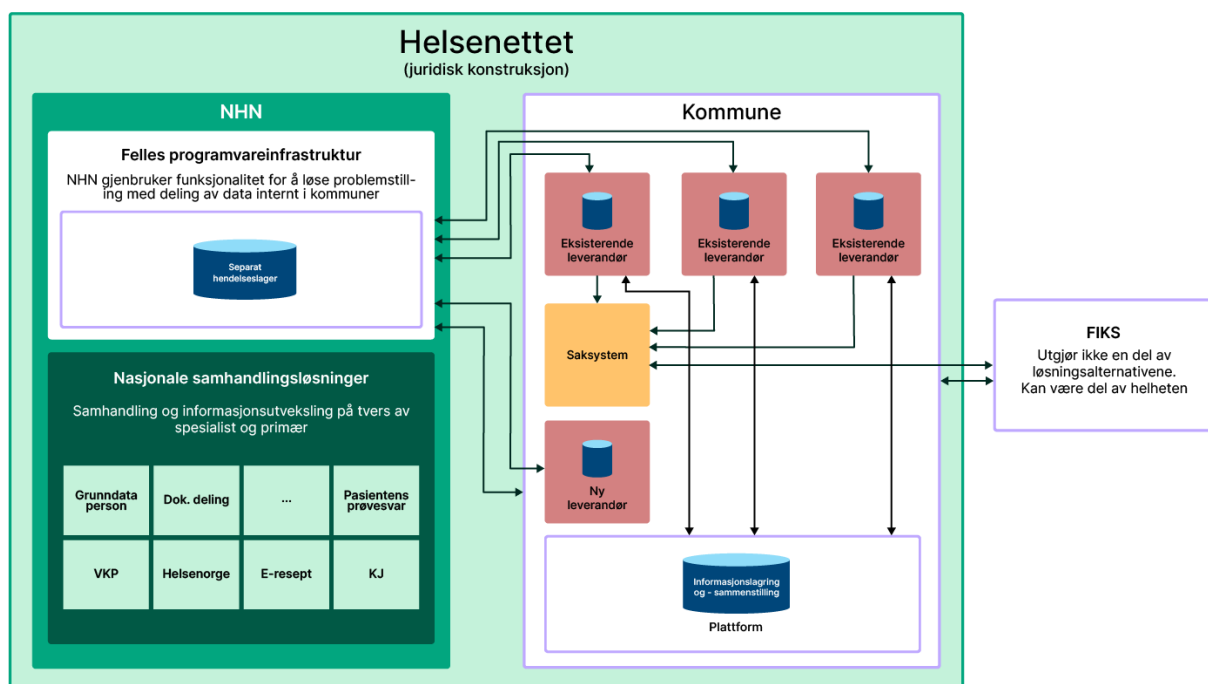
Figur 4: Modell b)

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.

5.5.3 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.

5.6 Markeds plass

Både FKJI og NHN ser nødvendigheten av en digital markeds plass hvor kundenes behov og ønsker kan møte leverandørenes løsninger og skaperkraft. NHN har planer om en markeds plass for aktørene i helsenettet. Prosjektet har tilsvarende beskrevet en markeds plass som en sentral del av sitt løsningsforslag.

I det videre arbeidet må det vurderes om disse markeds plassene kan samordnes, og reelt sett er ulike varianter av samme grunnleggende løsning. Hvis de to markeds plassene 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 markeds plass er fortsatt på et tidlig og konseptuelt stadium i begge organisasjoner. Gitt et slikt framtidig samarbeid om markeds plass 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 markeds plass. 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.

5.7 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

5.8 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.

6 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. Utdfordringen 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.

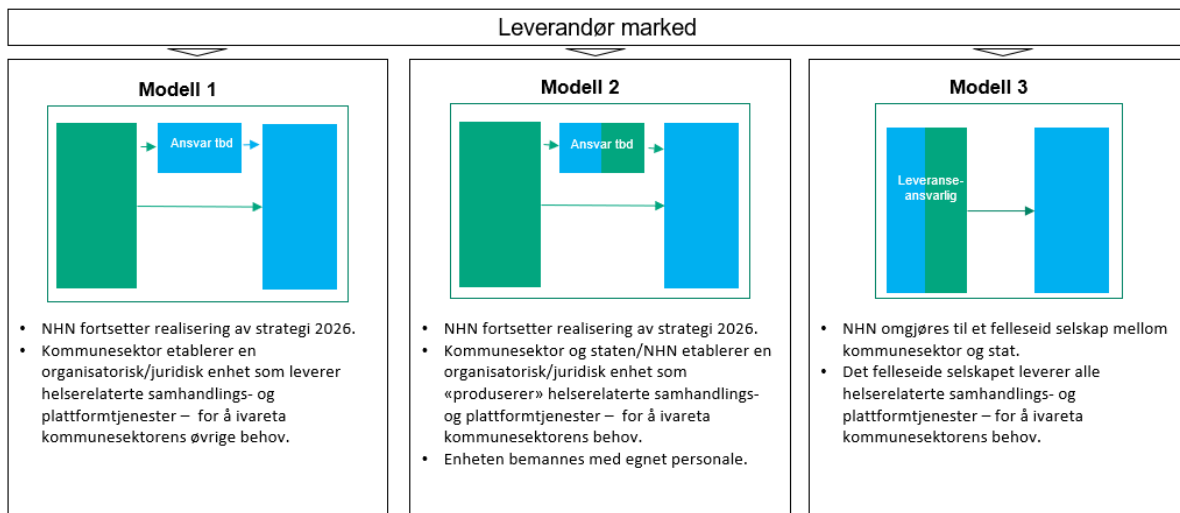
Basert på behovet og de muligheter vi ser er vår anbefaling er at det etableres et organisatorisk samarbeid med NHN og eventuelt – der det er ønskelig og hensiktsmessig – også DIF.

7 Organisasjonsmodeller

Dette kapitlet beskriver tre ulike hovedmodeller for organisatorisk samarbeid mellom NHN og kommunesektoren.

7.1 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

7.1.1 Rent kommunalt leveranseselskap (modell 1)

NHN leverer helse relaterte 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

7.1.2 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 selskaps etablering
- 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

7.1.3 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 helse relaterte 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

7.1.4 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.

8 Videre samhandling

8.1 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*).

8.2 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.

8.2.1 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)

8.2.2 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.

9 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.

10 Juridiske vurderinger

10.1 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:

10.1.1 *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.

10.1.2 *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.

10.1.3 *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.

10.1.4 *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.

10.2 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.

10.3 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.

10.4 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 7.1: Kostnadsmodell

Styringsdokument

Felles kommunal journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge

Bilag 7.1 - Kostnadsmodell

Dette bilaget inneholder kostnadsberegninger for den første utprøvsperioden, juli 2023-2024.

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
Prosjektorganisasjon:			
Konsept	1 755 004	6 257 843	8 012 848
Utprøving	1 755 004	6 257 843	8 012 848
Prosjektledelse	1 629 647	4 693 383	6 323 029
Kommunikasjon	1 253 574	3 128 922	4 382 496
Andre kostnader	1 248 000	2 595 840	3 843 840
Sum kostnader prosjektorganisasjon	7 641 229	22 933 831	30 575 061
Utprøvingkostnader: Kommune, NHN og leverandør			
Utprøving 1	9 271 759	8 897 585	18 169 343
Utprøving 2	4 647 720	9 071 532	13 719 251
Utprøving 3	3 882 967	19 136 982	23 019 948
Utprøving 4	0	20 394 235	20 394 235
Etterfølgende drift og forvaltning av løsninger	0	4 441 926	4 441 926
Sum kostnader utprøvinger	17 802 445	61 942 259	79 744 704
Totale kostnader 2023-2024	25 443 674	84 876 090	110 319 764

KOSTNADER PER UTPRØVING

Aktører	Sum	Andel
Kommune	6 269 365	37 %
NHN	7 500 000	44 %
Leverandør	3 372 105	20 %
Sum	17 141 470	100 %

Totalkostnad utprøvinger

Kostnader til utprøvinger	jul.2023	aug.2023	sep.2023	okt.2023	nov.2023	des.2023	jan.2024	feb.2024	mar.2024	apr.2024	mai.2024	jun.2024	jul.2024	aug.2024	sep.2024	okt.2024	nov.2024	des.2024	Sum	
Utprøving 1	1 493 449	1 493 449	1 493 449	1 478 269	1 478 269	1 478 269	1 478 269	1 478 269	1 478 269	1 478 269	1 478 269	834 973	0	0	0	0	0	0	0	17 141 470
Utprøving 2	0	0	1 120 087	1 120 087	1 120 087	1 108 702	1 108 702	1 108 702	1 108 702	1 108 702	1 108 702	1 108 702	1 108 702	626 230	0	0	0	0	0	12 856 102
Utprøving 3	0	0	0	0	1 866 811	1 866 811	1 866 811	1 847 836	1 847 836	1 847 836	1 847 836	1 847 836	1 847 836	1 847 836	1 847 836	1 847 836	1 043 716	0	0	21 426 837
Utprøving 4	0	0	0	0	0	0	1 642 794	1 642 794	1 642 794	1 626 096	1 626 096	1 626 096	1 626 096	1 626 096	1 626 096	1 626 096	1 626 096	918 470	0	18 855 617
Utprøvingkostnader	1 493 449	1 493 449	2 613 535	2 598 355	4 465 166	4 453 781	6 096 575	6 077 600	6 077 600	6 060 902	6 060 902	5 417 606	4 582 633	4 100 161	3 473 932	2 669 812	1 626 096	918 470	0	70 280 025
Kostnader til drift og forvaltning av utviklede løsninger																				
Utprøving 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	357 114	357 114	357 114	357 114	357 114	357 114	357 114	2 142 684
Utprøving 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	267 835	267 835	267 835	267 835	267 835	1 071 342
Utprøving 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	446 392	446 392	892 785
Utprøving 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kostnader til drift og forvaltning av løsning	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	357 114	357 114	624 949	624 949	1 071 342	1 071 342	0	4 106 810
Totale utprøvingkostnader (før prisvekst)	1 493 449	1 493 449	2 613 535	2 598 355	4 465 166	4 453 781	6 096 575	6 077 600	6 077 600	6 060 902	6 060 902	5 417 606	4 939 747	4 457 275	4 098 881	3 294 761	2 697 438	1 989 812	0	74 386 836

Registrering av dato for utprøvinger	Startdato	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Sluttdato	Varighet	Faktor
Utprøving 1	jul.2023	5	6	1	jun.2024	12	1,00
Utprøving 2	sep.2023	5	6	1	aug.2024	12	0,75
Utprøving 3	nov.2023	5	6	1	okt.2024	12	1,25
Utprøving 4	jan.2024	5	6	1	des.2024	12	1,10

Grunnkalkyle - utprøvinger

Kostnadsestimat	Beskrivelse	Fase 1: Forberedelse og innsikt					Fase 2: Utvikling og utprøving					Fase 3: Evaluering	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Resurskostnader kommune													
Lege	Basert på lønn for allmennpraktiserende lege	11 654	11 654	11 654	11 654	11 654	11 654	11 654	11 654	11 654	11 654	11 654	11 654
Sykepleier	Basert på lønn for kommunal sykepleier	45 540	45 540	45 540	30 360	30 360	30 360	30 360	30 360	30 360	30 360	30 360	7 590
Ambulans	Basert på lønn for kommunalt ambulanspersonell	7 072	7 072	7 072	7 072	7 072	7 072	7 072	7 072	7 072	7 072	7 072	7 072
Fagsystemansvarlig	Basert på lønn for kommunalt ansatt systemarkitekt	74 243	74 243	74 243	74 243	74 243	74 243	74 243	74 243	74 243	74 243	74 243	74 243
Løsningsarkitekt	Basert på lønn for kommunalt ansatt systemarkitekt	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246
Integrasjonsarkitekt/informasjonsarkitekt	Basert på lønn for kommunalt ansatt systemarkitekt	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246
Tjenesteeier	Basert på lønn for kommunal leder av helsetjenester	44 337	44 337	44 337	44 337	44 337	44 337	44 337	44 337	44 337	44 337	44 337	88 674
Lokal utprøvsleder	Basert på lønn for kommunal leder av helsetjenester	88 674	88 674	88 674	88 674	88 674	88 674	88 674	88 674	88 674	88 674	88 674	88 674
Økonomiressurs	Basert på gjennomsnitt for relevante kommunale ansatte	50 244	50 244	50 244	50 244	50 244	50 244	50 244	50 244	50 244	50 244	50 244	41 870
Tjenestedesigner	Basert på lønn for kommunalt ansatt tjenestedesigner	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246	41 246
Rådgiver	Basert på gjennomsnitt for relevante kommunale ansatte	83 741	83 741	83 741	83 741	83 741	83 741	83 741	83 741	83 741	83 741	83 741	125 611
Sum		529 243	529 243	529 243	514 063	514 063	514 063	514 063	514 063	514 063	514 063	514 063	569 127
Resurskostnader NHN	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
Resurskostnader leverandør	Basert på lønn for programvareutvikler i privat sektor.	297 539	297 539	297 539	297 539	297 539	297 539	297 539	297 539	297 539	297 539	297 539	99 180
Sum direkte utprøvs-kostnader		1 493 449	1 493 449	1 493 449	1 478 269	1 478 269	1 478 269	1 478 269	1 478 269	1 478 269	1 478 269	1 478 269	834 973
Etterfølgende drifts- og forvaltningskostnader	Per måned etter endt utprøving	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sum grunnkalkyle		1 493 449	1 493 449	1 493 449	1 478 269	1 478 269	1 478 269	1 478 269	1 478 269	1 478 269	1 478 269	1 478 269	834 973

RESSURSBEHOV	Rolle	Beskrivelse	Fase 1					Fase 2					Fase 3
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Kommune													
Lege	Ressursgruppe		0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Sykepleier	Ressursgruppe		0,6	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,1
Ambulans	Ressursgruppe		0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Fagsystemansvarlig	Utprøvsdeltaker		0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Løsningsarkitekt	Utprøvsdeltaker		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Informasjonsarkitekt	Utprøvsdeltaker		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Tjenesteeier	Utprøvsdeltaker		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1
Lokal utprøvsleder	Ansvar for gjennomføring og koordinering internt og eksternt		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Økonomiressurs	Ansvar for utredning av kostnader knyttet til utprøving og anskaffels		0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5
Tjenestedesigner	Ansvar for utredning av brukeropplevelse i datasystemer		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Rådgiver	Ansvarlig for gevinstutredning		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,5
NHN													
Leveranseteam	Gjennomsnittlig innsats fra NHN inn i hver utprøving		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1
Leverandør													
Utprøvssteam	Gjennomsnittlig innsats fra leverandør inn i hver utprøving		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1

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	4,00 %	Anslag lønnsvekst for 2022. Kilde: SSB: Økonomiske analyser 2/2022

Arbeidskraftkostnader	Lønn (månedlig)	Arbeidskraftkostnad	Arbeidssted	Kilde/kommentar
Sykepleier	49 850	75 900	Kommune	SSB: Tabell 11418 - 2021. 2223 Sykepleier.
Lege	76 540	116 537	Kommune	SSB: Tabell 11418 - 2021. 2211 Allmennpraktiserende lege.
Ambulansepersonell	46 450	70 723	Kommune	SSB: Tabell 11418 - 2021. 3258 Ambulansepersonell.
Fagsystemansvarlig/arkitekt	54 180	82 492	Kommune	SSB: Tabell 11418 - 2021. 2511 Systemanalytikere/arkitekter (kommunal)
Tjenesteeier	58 240	88 674	Kommune	SSB: Tabell 11418 - 2021. 1342 Ledere av helsetjenester.
Lokal utprøvningsleder	58 240	88 674	Kommune	SSB: Tabell 11418 - 2021. 1342 Ledere av helsetjenester.
Tjenestedesigner	54 180	82 492	Kommune	SSB: Tabell 11418 - 2021. 2511 Systemanalytikere/arkitekter (kommunal)
Øvrige interne årsverk kommune	55 000	83 741	Kommune	Gjennomsnittsbetraktning gjort av prosjektet.
Faste ansatte ressurser i prosjekt	79 167	120 536	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	99 180	Leverandør	SSB: Tabell 11418 - 2021. 2512 Programvareutvikler (privat sektor)