



Direktoratet for
e-helse

Nasjonal e-helseportefølje

Januar 2020



Tittel:

Nasjonal e-helseportefølje Januar 2020

Utgitt:

Februar 2020

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

nasjonalt.portefoljekontor@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo

Tlf.: 21 49 50 70

Forord

Det er en politisk målsetning å etablere en sterkere nasjonal samordning av digitaliseringsarbeidet i helse- og omsorgssektoren for å legge til rette for gode og effektive helse- og omsorgstjenester¹. I dag er det en utfordring at manglende samordning og integrasjon av systemene fører til feil og mangelfull informasjon i overgangene mellom ulike deler av tjenesten. For å etablere robuste og sammenhengende IKT-løsninger, må virkemidlene for nasjonal samordning videreutvikles og styrkes.

Porteføljestyling av sektorens e-helsetiltak gjennom nasjonal e-helseportefølje er et av virkemidlene, og er en forutsetning å realisere nasjonal e-helsestrategi 2017-2022. Porteføljestyling handler om å velge de rette tiltakene og gjøre disse riktig.

Direktoratet for e-helse tar ansvar for gi en oversikt og et helhetsperspektiv på digitaliseringsarbeidet i sektoren, og vil gjennom nasjonal styringsmodell prioritere og planlegge tiltakene i porteføljen. Sammen med arkitekturstyring skal porteføljestyling gi innsikt i omfang, risiko, utfordringer og sentrale avhengigheter samt forutsetninger for å realisere gevinster.

Tiltakene i porteføljen består av prosjekter og programmer² i helse- og omsorgstjenesten som krever nasjonal innsats og bidrar til realisering av nasjonal e-helsestrategi.

Denne rapporten utarbeides av Direktoratet for e-helse som saksunderlag til behandling i NUIT (Prioriteringsutvalget) tre ganger årlig, og legges også frem for Nasjonalt e-helsestyre og NUFA (Fagutvalget).

Rapporten baserer seg på innrapportering til nasjonal e-helseportefølje per 17. januar 2020.

Innmeldingene fra prosjektene ligger tilgjengelig [her](#).

¹ Forslag til lov om e-helse (e-hesloven) og endringer i forskrift om IKT-standardisering

² I denne rapporten benyttes "prosjekt" som en samlebetegnelse for både prosjekt og program.

Innhold

1	Oppsummering	5
2	Om nasjonal e-helseportefølje	7
2.1	Budsjett for 2020	9
3	Realisering av nasjonal e-helsestrategi	10
3.1	Digitalisering av arbeidsprosesser	11
3.2	Bedre sammenheng i pasientforløp	14
3.3	Bedre bruk av helsedata	16
3.4	Helsehjelp på nye måter	17
3.5	Felles grunnmur for digitale tjenester	18
3.6	Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne	21
4	Status og risiko	22
4.1	Overordnet status	22
4.2	Risiko	22
5	Totale kostnader og gevinster	24
5.1	Totalkostnad og forvaltningskost	24
5.2	Gevinster	25
6	Avhengigheter og forutsetninger	26
7	Arkitekturvurdering av nasjonal e-helseportefølje	28
7.1	Generelt	28
7.2	Utvalgte hovedområder	28
7.3	"Felles plan 2019"	31
	Vedlegg 1 – Nasjonal e-helseportefølje	33

1 Oppsummering

Nasjonal e-helsestrategi inneholder målene for hva helse- og omsorgssektoren skal oppnå på e-helse. I nasjonal e-helseportefølje ligger 54 prosjekter som er essensielle bidragsyttere for å nå disse målene. I tillegg til prosjektene tar også sektoren et ansvar for å nå målene gjennom ulike linjeaktiviteter. Denne rapporten viser at sektoren er på god vei mot målene og de innrapporterte budsjettene i 2020 oppsummerer seg til 1,65 milliarder kroner. Rapporten viser også at e-helseprosjekter er komplekse og at målene vanskelig kan oppnås av en aktør alene.

Det er utfordrende å nå målene i nasjonal e-helsestrategi

De overordnede utfordringene i porteføljen som helhet er knyttet til koordinering av avhengigheter, aktørenes ulike tilnærminger til felles utfordringer, journalleverandørenes varierende utviklingskapasitet for fastleger og kommunale helse- og omsorgstjenester og ytelsesutfordringer i systemer som svekker tilliten til systemene.

Det pågår en rekke tiltak for å møte disse utfordringene:

- Prosjekter jobber på tvers for å løse opp i avhengigheter og gjør nødvendige avklaringer
- De regionale helseforetakene videreutvikler sitt samarbeid gjennom etableringen av en felles plan
- *EPJ-løftet, Kjernejournal og Felles grunnmur* bidrar til at vi kan få realisert kritisk samhandlingsfunksjonalitet i journalløsningene på kort- og mellomlang sikt.
- Akson legger grunnlaget for etablering av en nasjonal løsning for helhetlig samhandling og en felles kommunal journal utenfor Midt-Norge
- Forslag til ny e-helselov lovfester nødvendige endringer for å sikre mer fart på digitaliseringen i sektoren

Listen viser at viktige grep er tatt, men det er endringer som tar tid å gjennomføre, og et tett samarbeid mot felles mål er avgjørende i den fasen vi står i nå.

Nasjonal e-helseportefølje har et budsjett i 2020 på 1,65 milliarder

Samlet innrapportert budsjett for 2020 er per januar på 1,65 milliarder kroner (1,73 milliarder i oktober 2019). Nedgangen skyldes delvis at flere aktører ikke har meldt inn budsjett for 2020 og en generell reduksjon i budsjett for flere prosjekter. Nedgangen og den manglende innrapporteringen oppveies av økte budsjetter på Helsedataprogrammet, Program kodeverk og terminologi og MF Helse.

De regionale helseforetakene bidrar til finansering av nasjonale e-helseløsninger

De regionale helseforetakene bidrar til finansering til *Felles grunnmur, Digitalisering av legemiddelområdet, HelseID* og *Kjernejournal*. Bidraget sikrer blant annet videre utvikling av data- og dokumentdeling samt API for kritisk info og dokumentdeling for helsepersonell i *Kjernejournal*.

Økt budsjett på helsedata og grunnmur og utflating av budsjett på modernisering av journalløsninger

Program kodeverk og terminologi, MF Helse og *Helsedataprogrammet* fikk øremerkede midler i Statsbudsjettet og dette har gitt en vesentlig økning i budsjettene på satsningsområdene *Bedre*

bruk av Helsedata og Felles grunnmur for digitale tjenester. Det er en utflating og reduksjon av budsjettene på prosjekter som moderniserer journalløsninger.

Antall prosjekter med gul status øker til over 50%

Over halvparten av prosjektene i porteføljen har nå gul status, og 2/3 melder også om gult risikonivå. De viktigste årsakene til utfordringer i prosjektene er manglende ressurser, forsinkelser, manglende finansiering og forsinkelser i andre prosjekter som man har avhengigheter til.

2 Om nasjonal e-helseportefølje

Nasjonal e-helseportefølje består av 54 prosjekter og budsjettet er på 1,65 milliarder kroner (januar 2020). Det er virksomheter i spesialisthelsetjenesten og helseforvaltningen som eier hovedandelen av prosjektene, og kommunene bidrar med ressurser og har et ansvar for å realisere flere av gevinstene.

Nasjonal e-helseportefølje består av 54 prosjekter. Summen er den samme som i oktober 2019, men det er tre prosjekter som er ferdigstilt og gått over i forvaltning og tre nye prosjekter som er meldt inn.

De regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse er ansvarlige for majoriteten av prosjektene i porteføljen. Kommunene bidrar med ressurser i flere prosjekter og har et ansvar for å realisere en stor andel av gevinstene.

Helseplattformen AS, som eies av Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune, er en ny aktør i porteføljen og representerer en ny type virksomhet; nemlig virksomheter som representerer både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Dette er et viktig skritt på veien til å forbedre samhandlingen i sektoren og å øke gjennomføringsevnen.

Følgende virksomheter eier prosjekter i nasjonal e-helseportefølje (antall prosjekter og programmer i parentes):

- KS/kommunene (3 prosjekter)
- Helse Nord RHF (1 program, 2 prosjekter)
- Helse Midt RHF (1 program, 4 prosjekter)
- Helse Vest RHF (2 program, 3 prosjekter)
- Helse Sør-Øst RHF (8 prosjekter)
- Folkehelseinstituttet (4 prosjekter)
- Helsedirektoratet (3 programmer, 13 prosjekter)
- Direktoratet for e-helse (4 programmer, 6 prosjekter)

En omtale av prosjektene i porteføljen finnes på direktoratets hjemmesider³. Vedlegg 1 lister alle prosjektene samt overordnet informasjon om dem.

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

ID	Prosjekt	Ansvarlig virksomhet	Budsjett 2020 (mill)
183	Ny saksbehandlingsløsning for meldeordningen Biovigilans Biovigilans er en fellesløsning for meldinger om alvorlige hendelser knyttet tre ulike meldeordninger:	Helsedirektoratet	1,5

³ <https://ehelse.no/prosjekt>

ID	Prosjekt	Ansvarlig virksomhet	Budsjett 2020 (mill)
	hemovigilans (blod og blodprodukter), organer og celler og vev. Det skal leveres en ny saksbehandlingsløsning for Biovigilans. I tillegg skal det utvikles ny innsendingsløsning via En vei inn.		
188	Neste generasjon nød- og beredskapskommunikasjon DSB og Nkom har fått i oppdrag å gjennomføre en konsept-valgutredning (KVU). KVU-en skal gi en anbefaling om hvordan nød- og beredskapsetaters behov for å kommunisere og dele oppdragskritisk informasjon kan dekkes med grunnlag i kommersielle ekomnett, samt anbefalinger om hvordan en gjennomfører overgang fra dagens Nødnett til kommersielle mobilnett som bærer for nødkommunikasjon. Overordnet prosjekteier er DSB.	Helsedirektoratet	
189	Samfinansiering delportefølje Felles Grunnmur Hensiktene med tiltakene er å etablere dokumentdeling som en standardisert samhandlingsform, som skal sikre raskere og mer effektiv innføring og utbredelse av dokumentdeling. Videre skal tiltakene sikre at det blir etablert et felles rammeverk for datadeling, slik at utvikling og implementering av datadeling skjer koordinert og basert på felles arkitektur og standarder. Dette er ikke et prosjekt, men legges i nasjonal e-helseportefølje for å sikre transparens.	Direktoratet for e-helse	21

Tabell 1: Nye prosjekter i nasjonal e-helseportefølje

Tre prosjekter er avsluttet og går ut av nasjonal e-helseportefølje:

ID	Prosjekt	Ansvarlig virksomhet	Veien videre
3	Digital dialog fastlege	Direktoratet for e-helse	Går over til forvaltning i Norsk Helsenett HF
121	En vei inn	Direktoratet for e-helse	Går over til forvaltning i Norsk Helsenett HF
133	Nasjonal e-helsemonitor	Direktoratet for e-helse	Går over til forvaltning i Direktoratet for e-helse

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

Andre endringer i porteføljen:

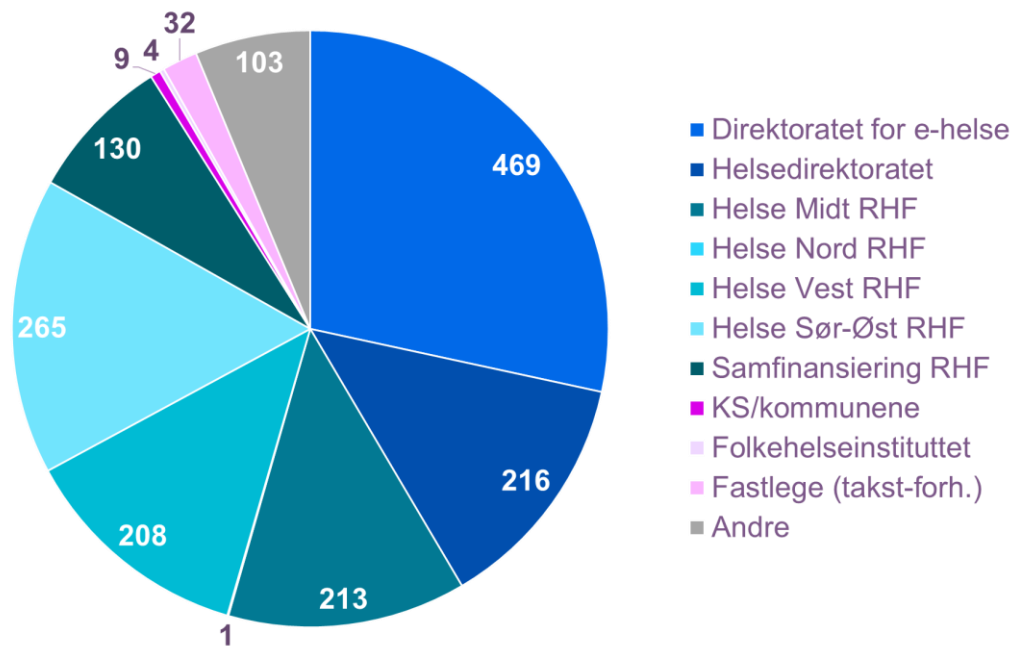
- *Kjernejournal – Kritisk info API* inngår som et prosjekt i programmet *Digitalisering av legemiddelområdet*

2.1 Budsjett for 2020

Samlet innrapportert budsjett for 2020 er per januar på 1,65 milliarder kroner, og det er en nedgang fra 1,73 milliarder i oktober 2019. Nedgangen skyldes delvis at flere aktører ikke har meldt inn budsjett for 2020 og en generell reduksjon i budsjett for flere prosjekter. Nedgangen og den manglende innrapporteringen oppveies av økte budsjetter på Helsedataprogrammet, *Program kodeverk og terminologi* og MF Helse.

Den totale investeringen på e-helse i 2020 er antatt høyere enn det som er rapportert her. Bakgrunn for antagelsen er at ikke alle e-helsetiltak meldes inn i porteføljen, og ikke alle innmeldte prosjekter har oppgitt budsjett for 2020.

Figuren nedenfor viser hvordan kostnadene i porteføljen er fordelt på aktørene:



Figur 1: Kostnadsfordeling i 2020 per aktør i millioner kroner

Det er de regionale helseforetakene og helseforvaltningen⁴ som står for majoriteten av investeringene i nasjonal e-helseportefølje.

Aktører innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene og KS bidrar med prosjektressurser i mange av prosjektene. 30 % av prosjektene i porteføljen rapporterer at det er en forutsetning for prosjektet at kommuner og fastleger gjennomfører organisasjonsutvikling, og denne innsatsen fremkommer ikke i figur 1.

⁴ Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet

3 Realisering av nasjonal e-helsestrategi

Nasjonal e-helseportefølje skal bidra til å realisere Nasjonal e-helsestrategi 2017- 2022. Over halvparten av midlene i porteføljen går til realisering av det strategiske satsningsområde *Digitalisering av arbeidsprosesser*. Det er pågående prosjekter på alle satsningsområdene, og mange prosjekter bidrar til måloppnåelse på flere satsningsområder.

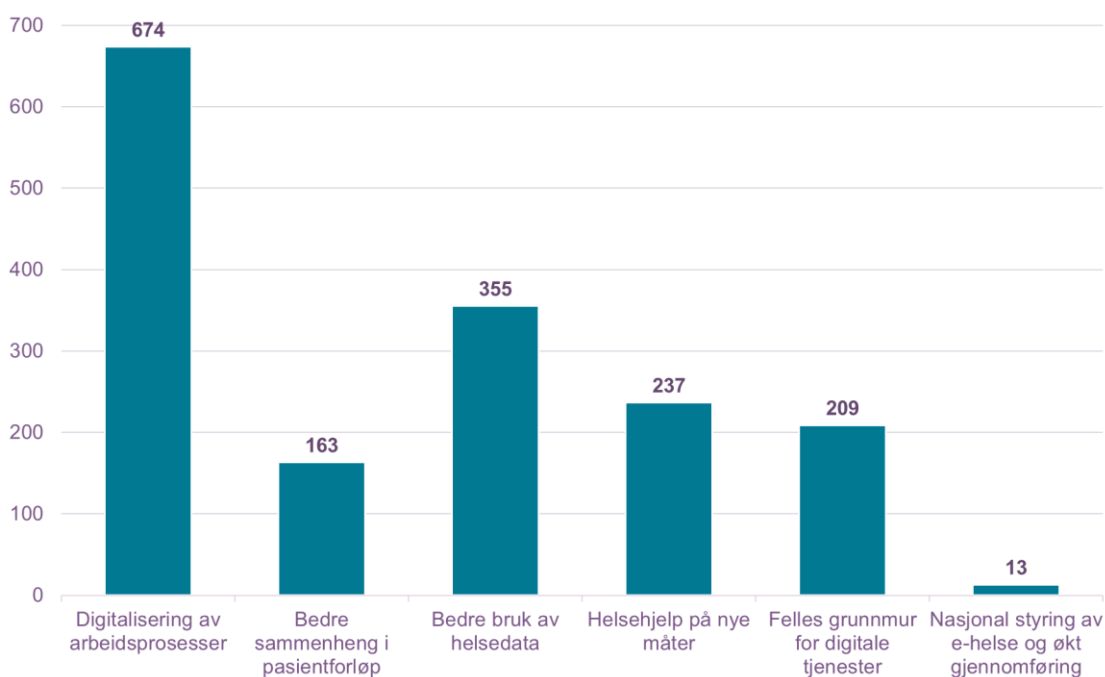
Nasjonal e-helsestrategi er inndelt i seks strategiske områder:

1. Digitalisering av arbeidsprosesser
2. Bedre sammenheng i pasientforløp
3. Bedre bruk av helsedata
4. Helsehjelp på nye måter
5. Felles grunnmur for digitale tjenester
6. Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne

De strategiske satsningsområdene er i *Plan for e-helse 2019 – 2022* inndelt i to eller tre underliggende innsatsområder. Prosjektene i porteføljen rapporterer i hvilken grad de bidrar til å nå målene innenfor disse innsatsområdene, og må i tillegg angi ett enkelt innsatsområde som de primært understøtter. I analysene er det det primære innsatsområdet som blir benyttet.

I 2020 er budsjettet størst på *Digitalisering av arbeidsprosesser* slik det også var i 2019. Deretter følger *Bedre bruk av helsedata* som et satsningsområde med høy aktivitet. Satsningsområdet *Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføring* realiseres i hovedsak ikke som prosjekter, og har derfor et lite budsjett i porteføljen.

Samlet rapportert budsjett for 2020 fordeler seg slik:



Figur 2: Budsjett 2020 per strategisk område (i millioner kroner)

3.1 Digitalisering av arbeidsprosesser



Målet om én gjennomgående og modernisert journalløsning for hele helsetjenesten er den viktigste driveren for dette området, og satsningsområdet favner mange av de store strategiske prosjektene i sektoren. Prosjektene her bidrar betydelig til å nå målene innenfor de andre satsningsområdene.

Store prosjekter på dette området er:

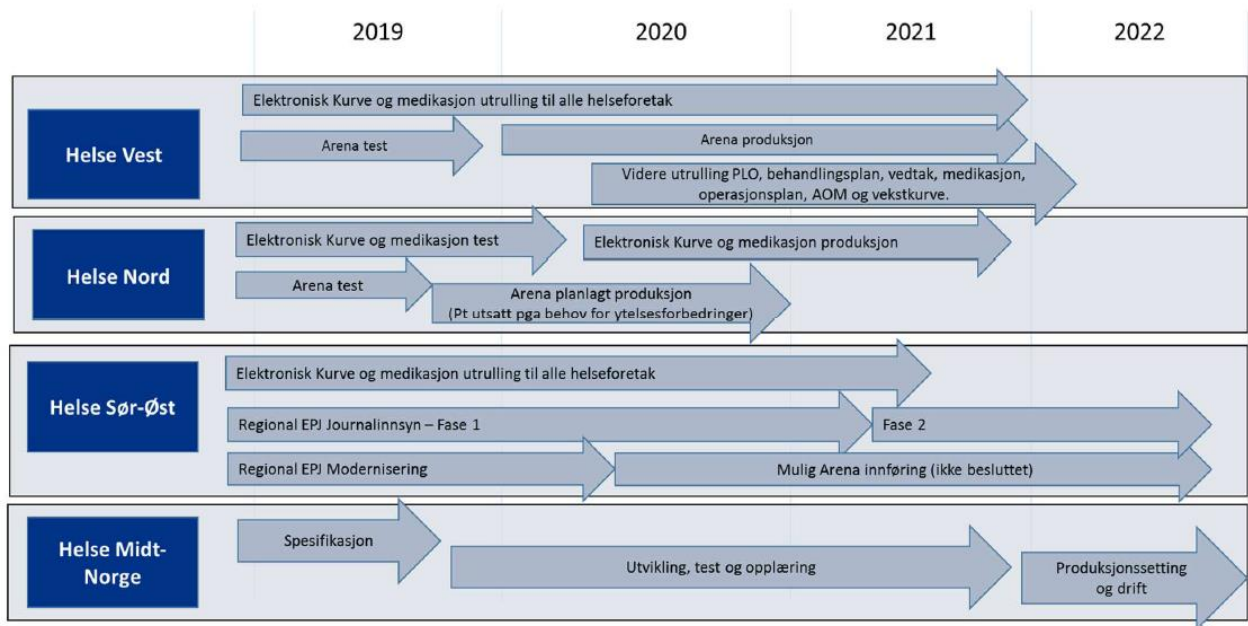
- Regional EPJ Modernisering, Regional kurve og medikasjon, Regionalt laboratoriesystem og Regional Ambulansejournal (Helse Sør-Øst RHF)
- FRESK (Helse Nord RHF)
- HELIKS (Helse Vest)
- Helseplattformen og HMN Lab (Helse Midt-Norge RHF)
- Akson (Direktoratet for e-helse)

I tillegg samarbeider de regionale helseforetakene i prosjektet *Interregional Digital patologi*.

De regionale helseforetakene har utarbeidet *Felles plan 2019 – Grensesnitt med nasjonale løsninger og overgang til strukturert journal*⁵. Dette dokumentet gir en oversikt over planene for

⁵ <https://helse-vest.no/seksjon/styresaker/Documents/2019/12.12.2019/Sak%2013619%20Vedlegg%201%20-%20Felles%20grensesnitt%20og%20overgang%20til%20strukturert%20journal%20version%201.0.pdf>

overgang til nye journalløsninger i de regionale helseforetakene:



Se for øvrig kapittel 7.3 for mer informasjon om *Felles plan - 2019*

Gjennom *Helseplattformen* skal Helse Midt-Norge skal innføre ny felles pasientjournal for sykehus og kommuner i hele Midt-Norge. Det er første gang det etableres en felles journalløsning for kommune- og spesialisthelsetjeneste, fastleger og avtalespesialister i Norge. Helseplattformen er utpekt til å være regional utprøving av det nasjonale målbildet for "Én innbygger - én journal". Planen er å være i drift med Helseplattformen på St. Olavs hospital, Trondheim kommune og to fastlegekontorer i slutten av 2021. Helseplattformens innføringsprosjekt gikk ved årsskiftet over i ny fase, fra spesifisering til utvikling.

Akson skal realisere det konseptet som ble valgt i konseptutredningen av målbildet "Én innbygger - én journal". Konseptet omfatter helhetlig samhandling og en felles kommunal journal. *Akson* innebærer at helsepersonell i kommunene jobber i felles journalløsning. Dette betyr at for eksempel legevakt, fastleger, hjemmetjenesten og helsestasjon bruker samme journalløsning.

Akson omfatter også løsninger for bedre samhandling i hele helsetjenesten. Samhandlingsløsningene skal gi innbyggere og helsepersonell i sykehus, kommunen og fastleger mulighet til å utveksle og dele informasjon digitalt. Samhandlingsløsningene skal også bidra til bedre samhandling med andre statlige og kommunale tjenesteområder, som for eksempel NAV og barnevern.

Alle helseregionene har prosjekter for å innføre elektronisk kurve- og medikasjonsløsninger for å digitalisere dagens papirbaserte kurveløsning. Dette vil føre til bedre standardisering og færre feil relatert til legemiddelforordning og -administrasjon i sykehus. Disse prosjektene er avhengig av leveransene fra programmet *Digitalisering av legemiddelområdet* og *SAFEST* (se avsnitt 3.2).

Hovedandelen av prosjektene i dette satsningsområdet har avhengigheter til nasjonale e-helseløsninger og komponenter i *Felles grunnmur* (se avsnitt 3.5), og det er krevende å koordinere disse aktivitetene. Den uforutsigbare finansieringen av utviklingen av de felles løsningene gjør det også utfordrende å planlegge på lang sikt, noe som er nødvendig når så mange aktørers aktiviteter skal samordnes.

Finansieringen på dette området har gått vesentlig ned siden forrige rapportering. Dette skyldes delvis at flere aktører ikke har meldt inn budsjett for 2020 og delvis at budsjettet er mindre i 2020 på flere av de større prosjektene. De fleste prosjektene her har pågått i flere år, og mye er allerede innført. Det er likevel forventet at det vil være økende aktivitet på dette området i årene fremover, gitt at *Akson* blir vedtatt videreført.

3.2 Bedre sammenheng i pasientforløp



Helsedirektoratet er en viktig bidragsyter til *Bedre sammenheng i pasientforløp* gjennom sine prosjekter for å etablere pakkeforløp. De pågående prosjektene etablerer pakkeforeløp for psykisk helse og rus, kreft (spesielt fokus på psykososial oppfølging og rehabilitering) og hjerneslag. Pakkeforløp skal bidra til pasientens helsetjeneste gjennom økt brukermedvirkning, bedre samhandling, og likeverdig behandling uavhengig av hvor du bor.

Samarbeidet mellom Helse Sør-Øst og Direktoratet for e-helse for å dele journal mellom helsepersonell gjennom Kjernejournal er også viktig for å sikre kontinuitet i ansvarsoverganger. Ved å dele journaldokumenter i Kjernejournal blir opplysninger tilgjengelige på tvers av virksomheter for helsepersonell som trenger dem for å yte forsvarlig helsehjelp. Løsningen er basert på den internasjonale standarden for dokumentdeling IHE-XDS. Målet er at helsepersonell med tjenstlig behov skal få oversikt over og lese pasientens sentrale journaldokumenter via Kjernejournal. Hovedutfordringen i dette arbeidet er å få til felles tilgangsstyring og sikker identifisering mellom virksomheter.

Programmet *Digitalisering av legemiddelområdet* er det største prosjektet på innsatsområde 2.2 *Dele oppdaterte legemiddelopplysninger*. Programmet skal bidra til å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler og legge til rette for at helsepersonell på tvers av helsetjenesten har oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker. Programmet har fire prosjekter:

- Pasientens legemiddelliste
- Sentral forskrivingsmodul
- Legemidler og kjernejournal til sykehjem og hjemmetjeneste
- Multidose i e-resept

Leveransene i dette programmet henger sammen med helseregionenes prosjekter for å innføre elektroniske kurve- og medikasjonsløsninger (se avsnitt 3.1) ved å bidra til bedre håndtering av pasientens legemiddelinformasjon ved ansvarsovergangene og mellom løsningene. Programmet har også avhengigheter til tiltak i Felles grunnmur.

Det å utvikle og innføre løsninger for å dele legemiddelopplysninger er utfordrende. Alle aktører som leverer helsetjenester og håndterer legemidler i sektoren må bidra i takt for å realisere dette målet. Å mobilisere alle aktørene er krevende, og en samtidig oppstart i et geografisk område fordrer et aktivt og forberedende arbeid. I tillegg må de nasjonale løsningene som e-resept, Kjernejournal og HelseID være tatt i bruk av virksomhetene i henhold til de kravene som understøtter at legemiddelopplysninger følger pasienten.

For å redusere risiko skal det gjennomføres en evaluering for å verifisere at pasientens legemiddelliste er et konsept som vil fungere i helsepersonellens hverdag. Det planlegges nå en utprøving av konseptet, og erfaringer fra utprøvingen skal dokumenteres i en evalueringsrapport. Denne vil danne grunnlaget for beslutning om veien videre.

Budsjettet på innsatsområde 2.2 er noe høyere enn ved forrige rapportering i oktober 2019 (65 millioner). Det krever imidlertid betydelig satsning de neste årene for å levere målbildet i strategien på dette området.

3.3 Bedre bruk av helsedata



Helsedata og data fra virksomheter i helsesektoren får en stadig viktigere rolle innen styring og forvaltning. Dette for å kunne sikre riktigere ressursbruk i samfunnet og være en kilde til kunnskap om befolkningens helsetilstand og kvalitet i helse- og omsorgssektoren.

Helsedataprogrammet er den store satsningen innen området (260 mill. i 2020), og skal sikre enklere tilgang, sammenstilling og analyse av helsedata på tvers av nasjonale registre. For å tilrettelegge for etablering av en nasjonal helseanalyseplattform skal det utvikles og innføres nasjonale fellestjenester på tvers av helseregistrene. Programmet har fire prosjekter:

- Harmonisering
- Fellestjenester
- Helseanalyseplattformen
- Organisasjonsutvikling

Program for kodeverk og terminologi (se kapittel 3.5) bidrar til Helsedataprogrammets mål om kvalitet og effektivitet i forskning, gjennom bedre standardisering og følgelig enklere sammenstilling av data.


Helse Sør-Øst sitt prosjekt *Klinisk legemiddelsamhandling* har til formål å vurdere strukturelle endringer i bruk av data fra FEST og SAFEST inn i applikasjoner i Helse Sør-Øst, som skal bidra til mindre dobbeltregistreringer og gi basis for senere automatisering. *Regional EPJ Journalinnsyn* innfører en løsning for regionalt journalinnsyn på tvers av ulike installasjoner av PAS og EPJ. Dette arbeidet bygger på den internasjonale standarden IHE-XDS og videreutvikling av eksisterende søkefunksjonalitet i DIPS.

Helsedirektoratet er en bidragsyter innen området, hvor prosjektet *Oppfølgingsteam* er en pilot for et tverrfaglig oppfølgingsteam og risikokartleggingsverktøy skal sikre at brukere med sammensatte behov skal få bedre oppfølging og redusert behov for sykehusinnleggelses og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Folkehelseinstituttet bidrar med prosjektene *Legemiddelregisteret*, *Nasjonal laboratoriedatabase* og *Nasjonalt infeksjonsregister*. Prosjektene skal holde nasjonal oversikt over resistensforhold i primær- og spesialisthelsetjenesten, bidra til internasjonal statistikk og fremme og gi grunnlag for forskning.

Budsjettet på innsatsområdet er høyere enn ved forrige rapportering grunnet økte midler til *Helsedataprogrammet*. Noen prosjekter har ikke avklart finansiering for 2020.

3.4 Helsehjelp på nye måter

Strategisk område	Innsatsområde	Antall prosjekter	Omfang	Trend
 <p>Helsehjelp på nye måter</p>	4.1 Tilrettelegge for innbyggeren som ressurs	7	131	↓
	4.2 Stimulere til innovasjon	0	0	
	4.3 Helsehjelp på avstand	4	105	↓

I *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 - 2023*⁶ er det et mål at pasientene er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar og at de i større grad møter spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv. Denne strategien gir signaler om at *Helsehjelp på nye måter* er et område hvor vi kommer til å se økende aktivitet i årene fremover, og det er allerede mye aktivitet på dette området. I porteføljen ligger det viktige prosjekter som har fokus på å tilrettelegge for innbyggere som ressurs, blant annet *Digitale innbyggertjenester for spesialisthelsetjenesten* (samarbeidsprosjekt regionale helseforetak), *Digitale innbyggertjenester i Nord* (Helse Nord), *Alle møter* (Helse Vest), *DigiHelse* (KS) og *DigiHelsestasjon* (Oslo kommune).

Disse prosjektene støtter opp om utviklingen av Helsenorge.no som den nasjonale portalen for digitale innbyggertjenester. På Helsenorge.no kan innbyggere blant annet få innsyn i sykehusjournalen sin, bytte fastlege, få oversikt over resepter og sjekke vaksinene sine. Flere prosjekter jobber også med å tilby tjenester for særlige målgrupper, slik som digitale verktøy for behandling av angst og depresjon i kommunal psykisk helsetjeneste og digitale tjenester spesielt tilrettelagt for ungdom.

Hovedinnsatsen på *Helsehjelp på avstand* gjennomføres i Helsedirektoratets *Nasjonalt program for velferdsteknologi*. Programmet skal legge til rette for at brukerne av kommune helse- og omsorgstjenester i større grad blir en ressurs i eget liv og skal gi eldre en mulighet til å bevare livskvalitet, mestring og selvstendighet lenger. Det er gjennomført flere utredninger og pilotprosjekter, og det foregår en utprøving av et nasjonalt knutepunkt for sammenkopling av utstyr i hjemmet med kommunenes journalsystemer. Hovedutfordringen for å få til enda større utbredelse, er behovet for større grad av standardisering knyttet til hvordan data skal utveksles mellom leverandører av utstyr og de aktuelle journalsystemene slik at kostnadene med å etablere nye koblinger kan gå ned.

Spesialisthelsetjenesten ser på mulighetene for helsehjelp på avstand og det er forventet at mange av de samme utfordringene og løsningene som utforskes som en del av velferdsteknologi er overførbare til spesialisthelsetjenestens behov.

Trenden i budsjett for 2020 er noe minkende sammenlignet med 2019, men de politiske signalene og det fokuset aktørene har på dette området tyder på at dette vil snu. For å legge til rette for økt aktivitet er det viktig å gjennomføre tiltak i Felles grunnmur på datadeling.

⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1>

3.5 Felles grunnmur for digitale tjenester



Felles grunnmur skal benyttes på tvers av e-helseløsninger for å skape enkel og sikker elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren. Grunnmuren tilbyr kodeverk og terminologi, felles grunndata, felleskomponenter, felles krav og retningslinjer og felles infrastruktur.

En rekke initiativ har avhengigheter til og forutsetter grunnmursleveranser, hvor Helseplattformen i Helse Midt-Norge, Felles plan for PAS/EPJ i spesialisthelsetjenesten i Sør-Øst, Vest og Nord, Helsedataprogrammet og Digitalisering av legemiddelområdet er noen av disse. Tiltakene i planen vil også understøtte og forberede for Akson.

Program for kodeverk og terminologi – Felles språk, MF Helse og tiltak knyttet til data- og dokumentdeling er viktige initiativ på dette området.

De prosjektene og tiltakene i den nasjonale porteføljen som bidrar til grunnmuren tilhører det strategiske innsatsområde 5.1 *Utvikle felles byggeklosser som tilrettelegger for samhandling*:

- 47 – Program for kodeverk og terminologi – Felles språk
- 100 – MF Helse – Felles samarbeidsprogram for modernisering av Folkeregisteret
- 101 – Robust mobilt helsenett
- 189 – Samfinansiering delportefølje Felles Grunnmur

Program for kodeverk og terminologi – Felles språk utarbeider en felles, nasjonal terminologi med relasjoner mot kodeverk, helseregistre og kvalitetsregistre. Helseplattformen tar i bruk versjon 1 av Felles språk når den går i produksjon i 2021 og Felles språk vil gradvis tas i bruk også i de andre helseregionene samt i de nasjonale e-helseløsningene. Det etableres i 2020 en nasjonal forvaltningsmodell for terminologi på linje med dagens kodeverksforvaltning. Felles språk vil bli en standard all nyutvikling innen sektoren må forholde seg til.

Skatteetaten har etablert et nytt Folkeregister og vil skru av gammelt Folkeregister 31. desember 2021. Dette påvirker de fleste aktører i helsetjenesten. Programmet *MF Helse* koordinerer overgangen for helsetjenesten og etablerer samtidig en ny plattform og forvaltning for Grunndata.

Robust mobilt helsenett skal etablere en robust plattform for mobil datakommunikasjon innen spesialisthelsetjenesten. Plattformen består av en kommunikasjonsenhet (multiruter) som kommuniserer mot Helsenettet via et standardisert grensesnitt uavhengig av mobiloperatør. Prosjektet er i denne fasen avgrenset til den prehospitale delen av spesialisthelsetjenesten, med fokus på innføring i ambulanser.

Samfinansiering delportefølje Felles grunnmur knytter seg til data- og dokumentdeling og skal legge til rette for raskere og mer effektiv utvikling og implementering av begge samhandlingsformene og baserer seg på felles arkitektur og standarder.

Det gjennomføres også grunnmurstiltak som linjeaktiviteter i Norsk Helsenett HF og Direktoratet for e-helse, for eksempel tiltak knyttet til meldingsutveksling, data- og dokumentdeling, Normen og etablering av modell for koordinert utvikling og forvaltning av grunnmuren.

Plan for Felles grunnmur 2020

Plan for Felles grunnmur er revidert i samarbeid med sentrale initiativ og aktører i sektoren for å imøtekomme de behovene sektoren har for 2020. Planen ble behandlet i den nasjonale styringsmodellen for e-helse, og utvalgene i styringsmodellen bad om at tiltak som understøtter *Digitalisering av legemiddelområdet* og *Helseplattformen* særlig skulle prioriteres i 2020⁷.

Den oppdaterte planen for Felles grunnmur for inneværende år omfatter tiltakene som er vist i tabellen under. Oppdatert og gjeldende plan publiseres på ehelse.no.

ID	Tiltak
Resultatmål 1: Koordinert utvikling og forvaltning av byggeklossene i Felles grunnmur er etablert med prosesser, roller og ansvar	
RM1-T2	Etablere modell for koordinert utvikling og forvaltning av Felles grunnmur
RM1-T4	Etablere plan for benyttelse av internasjonale standarder i ulike samhandlingsmodeller og bruksområder
Resultatmål 2: Dagens samhandling er styrket på prioriterte områder	
RM2-T1	Innføre prioriterte e-helsestandarder for å oppnå enhetlig meldingsutveksling
RM2-T2*	Videreutvikle og bredde HelselD
Resultatmål 3: Dokumentdeling er en standardisert samhandlingsform	
RM3-T1	Etablere nasjonale krav og retningslinjer for enhetlig innføring av dokumentdeling
RM3-T2	Etablere nasjonal styringsmodell for identitets- og tilgangsstyring.
RM3-T3	Kjernejournal innsyn: Bistå i innføring av dokumentdeling på prioriterte områder
RM3-T9	Etablere teknisk forvaltning inkl. test- og godkjenningsordning
Resultatmål 4: Et felles rammeverk for standardisering deling av og samarbeid om strukturerte data er etablert	
RM4-T1	Etablere nasjonale krav og retningslinjer for enhetlig innføring av datadeling
RM4-T4	Etablere felles retningslinjer for enhetlig innføring av internasjonale e-helsestandarder
RM4-T5.1*	Anskaffe felles API-management løsning
Resultatmål 5: Det er enkel og sikker tilgang på felles grunndata med høy kvalitet	
RM5-T1	Modernisere grunndataplattform og tjeneste for person samt melding om død
RM5-T3.2*	Etablere felles tjeneste for personell og virksomhet med FHIR-standard og relevante kodeverk
RM5-T8*	Redusere risiko på dagens grunndataplattform

⁷ Merk at tiltak knyttet til kodeverk og terminologi ikke inngikk i denne prioriteringsprosessen da program Kodeverk og Terminologi håndterte dette i en egen prosess

ID	Tiltak
Resultatmål 6: En felles standardisert terminologi for deling av helsefaglige opplysninger er tilgjengelig for bruk i sektoren	
RM6-T1	Utarbeide Versjon 1 av Felles språk
RM6-T2	Etablere forvaltning av Felles språk

Tabell 3 Plan for Felles grunnmur 2020. Tiltak merket med * er prioritert, men det gjenstår avklaring på finansiering.

3.6 Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne



Digitalisering er mer enn digitale løsninger. Lover, organisering, finansierings- og styringsmodeller er ikke tilstrekkelig tilpasset en digital virkelighet, og mulighetene som ligger i digitaliseringen blir ikke godt nok utnyttet. Derfor pågår det nå flere viktige initiativ for å styrke den digitale transformasjonen helse- og omsorgstjenestene må igjennom. Disse tiltakene hører til dette satsningsområde i strategien, men organiseres i liten grad som prosjekter. De vil derfor ikke være synlig i porteføljen.

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet et forslag om en egen e-helselov for å styrke digitaliseringen og bidra til at e-helseløsninger tas raskere i bruk. Høringsforslaget omfatter følgende:

- Aktørene i sektoren skal i sitt arbeid ta hensyn til nasjonal samordning og den nasjonale e-helseutviklingen, for å bidra til bedre kvalitet i tjenestene
- Lovfester den nasjonale styringsmodellen for e-helse og den nasjonal e-helseportefølje og gir meldeplikt for e-helsetiltak med nasjonal betydning
- Regulerer rollen til Direktoratet for e-helse
- Pålegger Norsk Helsenett HF leveringsplikt for de nasjonale e-helseløsningene e-resept, kjernejournal, helsenettet og helsenorge.no
- Gir hjemler for å pålegge virksomheter i sektoren å tilgjengeliggjøre og å betale for løsningene

Et tiltak på finansieringsutfordringene er opprettelsen av *Teknisk beregningsutvalg*. Utvalget skal bidra til transparens og best mulig tallgrunnlag for å beregne betalingen for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene, og bidra til at aktørene i helse- og omsorgssektoren får innflytelse over kostnadsutviklingen og til størst mulig grad av konsensus om nivå på og fordeling av kostnadene

På organiseringssiden er forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene fra 1. januar 2020 overført fra Direktoratet for e-helse til Norsk Helsenett HF. Dette sikrer en bærekraftig nasjonal tjenesteleverandør og styrker direktoratets rolle som nasjonal myndighet og fagorgan. Direktoratet gjennomfører nå flere interne tiltak for å fylle sin nye rolle og videreutvikler blant annet nasjonal portefølje- og arkitekturstyring.

4 Status og risiko

Over halvparten av prosjektene i porteføljen har gul status, og 2/3 melder også om gult risikonivå. De viktigste årsakene til utfordringer i prosjektene er manglende ressurser, forsinkelser, manglende finansiering og forsinkelser i andre prosjekter som man har avhengigheter til.

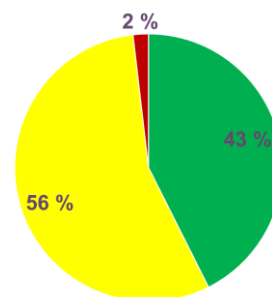
For å nå målene i nasjonal e-helsestrategi er de overordnede utfordringene i porteføljen som helhet knyttet til krevende koordinering av avhengigheter, aktørenes ulike tilnærminger til felles utfordringer, journalleverandørenes varierende utviklingskapasitet for fastleger og kommunale helse- og omsorgstjenester og ytelsesutfordringer som svekker tilliten til nye løsninger som skal innføres.

4.1 Overordnet status

Porteføljen som helhet har en mindre tilfredsstillende overordnet status ved denne rapporteringen sammenlignet med oktober 2019. Ved denne rapporteringen rapporterte 56 % av prosjektene om gul status, mot 44 % ved forrige rapportering. 43 % melder grønn status mot 56 % ved forrige rapportering.

De viktigste årsakene til gul status er forsinkelser i prosjektet, manglende ressurser, manglende finansiering og forsinkelser i andre prosjektet som man har avhengigheter til.

Prosjekt 142 - *Regionalt laboratoriesystem* (Helse Sør-Øst RHF) melder fortsatt rød status. Prosjektet er ett år forsinket på grunn av forsinket etablering av en felles regional plattform. Revidert tidsplan øker kostnadene til gjennomføring og prognosen er over vedtatt kostnadsramme. Ny styrebehandling planlegges.



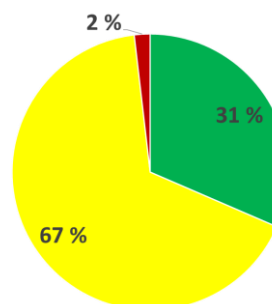
4.2 Risiko

Nivået på risiko i prosjektene i Nasjonal e-helseportefølje er uendret siden forrige rapportering. Status for 2020-porteføljen er at 67 % av prosjektene melder gul risiko.

Robust mobilt helsenett melder rød risiko grunnet et kritisk teknisk avvik som er rapportert til leverandør.

De vanligste årsakene til gul risiko i prosjektene er:

- Mangel på klinisk personell eller andre fagressurser
- Mangelfull finansiering
- Tidkrevende forankringsprosesser
- Risiko for manglende kapasitet, budsjett eller vilje til å realisere gevinster
- Bekymringer for at kvaliteten ikke er tilstrekkelig og ikke møter brukernes behov
- Forsinkelser hos leverandøren
- Avhengigheter til leveranser fra andre prosjekter



Nasjonal e-helseportefølje skal bidra til å realisere nasjonal e-helsestrategi, så i tillegg til å se på summen av enkeltprosjekters risiko gjøres det en vurdering av risikoen for at målene i nasjonal

e-helsestrategi ikke skal bli nådd. Følgende utfordringer utgjør en risiko for redusert måloppnåelse:

- Flere prosjekter rapporterer om ytelses- og stabilitetsutfordringer i de nye systemene som skal innføres, blant annet DIPS Arena. Ytelsesproblemene medfører forsinkelser av leveranser og utsettelse av videre innføring.
- For 40 % av prosjektene i porteføljen er videreutvikling av journalsystemene for kommunene og fastlegen av medium eller høy kritikalitet for å få realisert gevinstene av prosjektene. Utfordringen er at det tar for lang tid før disse leverandørene får innarbeidet ny funksjonalitet. EPJ-løftet melder om varierende utviklingstakt på sine prosjekter og har lavere faktureringsgrad i 2019 enn budsjettet. Akson er den langsiktige løsningen på denne utfordringen, men prosjektet skal først gjennom ekstern kvalitetssikring før en eventuell beslutning om anskaffelse fattes. Dagens journalløsninger skal leve videre i mange år, og det er viktig at eksisterende journalleverandører fortsetter å utvikle sine løsninger og tilrettelegge for god samhandling i sektoren, en effektiv arbeidshverdag for helsepersonell og en forsvarlig pasientsikkerhet.
- Aktørene velger ulike tilnærminger for å løse felles utfordringer, for eksempel tilnærming til strukturert journal (se avsnitt 7.3)
- Det er krevende å koordinere avhengigheter mellom prosjekter og felles løsninger, og å gjøre nødvendige avklaringer i tide. Når aktørene blir usikre på om avhengighetene kan innfris, blir leveranser utsatt eller det velges kompensierende løsninger for å løse prosjektets behov. Kompenserende løsninger kan bidra til en kompleks arkitektur som er krevende og kostbar å vedlikeholde, og kan være et hinder for felles måloppnåelse.

Det er flere pågående tiltak for å bidra til å møte disse utfordringene:

- Prosjekter jobber på tvers for å løse opp i avhengigheter og gjør nødvendige avklaringer
- De regionale helseforetakene videreutvikler sitt samarbeid gjennom etableringen av en felles plan
- *EPJ-løftet, Kjernejournal og Felles grunnmur* bidrar til at vi kan få realisert samhandlingsfunksjonalitet i journalløsningene på kort- og mellomlang sikt.
- Akson legger grunnlaget for etablering av en nasjonal løsning for helhetlig samhandling og en felles kommunal journal utenfor Midt-Norge
- Forslag til ny e-helselov lovfester nødvendige endringer for å sikre mer fart på digitaliseringen i sektoren

Listen viser at viktige grep er tatt, men det er endringer som tar tid å gjennomføre, og et tett samarbeid mot felles mål er avgjørende i den fasen vi står i nå.

5 Totale kostnader og gevinster

De pågående prosjektene i porteføljen har en total kostnad⁸ på 9,2 milliarder kroner. Halvparten av prosjektene oppgir årlige forvaltningskostnader, og disse utgjør til sammen 405 millioner i årlig. Det er et økende fokus på gevinstarbeid og over halvparten av prosjektene har kvantifiserbare gevinster. Disse gevinstene utgjør til sammen over 10 milliarder kroner.

5.1 Totalkostnad og forvaltningskost

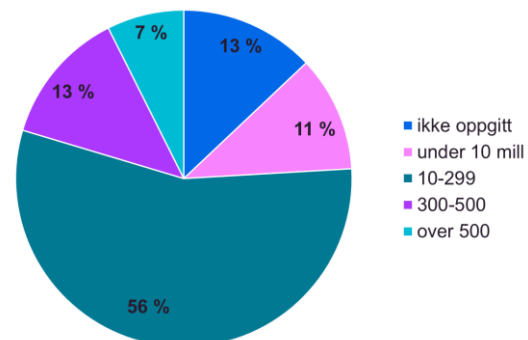
Kunnskap om forventet total kostnad for et prosjekt er avgjørende for å kunne vurdere om prosjektets gevinster står i forhold til kostnaden. Det er også viktig for å forstå hvilke konsekvenser prosjektet har for kommende budsjetter, og for å forstå forvaltningsforpliktelsene som den enkelte aktør, og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

Aktørene rapporterer i tillegg til 2020-budsjett prosjektene helhetlige kostnadsbilde, herunder totale prosjektkostnader og forventede årlige forvaltningskostnader. Datagrunnlaget blir stadig bedre, og en betydelig andel av prosjektene rapporterer nå forventede total kostnader av prosjektet.

- 13 % av prosjektene har ikke rapportert totale prosjektkostnader (17 % i oktober 2019)
- 50 % av prosjektene har ikke rapportert årlige forvaltningskostnader (som sist)

De totale prosjektkostnadene som er innrapportert er 9,2 milliarder kroner⁹, og det ingen endring siden forrige rapportering. Denne størrelsen vil naturlig variere etter hvert som prosjektene får økt kunnskap om økonomiske implikasjoner av sine leveranser og fremtidig aktivitet.

Figur 4 viser at majoriteten av prosjektene har en total kostnad mellom 10 og 299 millioner. 13 % av prosjektene ligger i intervallet 300 til 500 millioner og 7 % av prosjektene har totale prosjektkostnader på over 500 millioner.



Det er fortsatt et behov for å øke kjennskapen til hvilke forvaltningskostnader virksomhetene pådrar seg ved fullført leveranse for å forstå de totale økonomiske implikasjonene av prosjektene i porteføljen. Det er viktig å kunne predikere denne utviklingen og å planlegge for den. For å beregne betalingen for drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene er Teknisk beregningsutvalg opprettet for å bidra til transparens og best mulig tallgrunnlag.

Årlige forvaltningskostnader for den pågående porteføljen summerer seg til 405 mill. kroner, noe som er en økning på 10 mill. kroner siden forrige rapportering. Ettersom flere av prosjektene ikke har rapportert forvaltningskostnader, forventes det at forvaltningskostnadene i realiteten vil være betydelig høyere enn det som oppgis her.

⁸ Totale prosjektkostnader er definert som summen av påløpte kostnader fra prosjektets start og estimerte kostnader frem til planlagt sluttdato.

⁹ 7 prosjekter melder ikke inn totale kostnader

5.2 Gevinster

Gevinstmodenheten¹⁰ er nå på et nivå som vi mener tillater en videreutvikling av rapporteringsmalen på dette området i 2020.

Nasjonalt porteføljekontor følger opp gevinstmodenheter som grunnlag for videreutvikling av nasjonal porteføljestyring. Kvaliteten på innrapporteringen har stadig blitt bedre og nå har 98% av prosjektene i plan- og gjennomføringsfase middels til høy gevinstmodenheter. Dette tyder på at prosjektene arbeider strukturert med gevinster.

44 % av prosjektene rapporterer at de har kvantifiserbare gevinster mot 40 % ved forrige rapportering, og 26 % av prosjektene har kvantifiserbare gevinster på over 100 millioner mot 25 % ved forrige rapportering. De kvantifiserbare gevinstene utgjør nå til sammen over 10 milliarder kroner.

For å få et bedre bilde av de samlede gevinstene i porteføljen, må det innarbeides nye felter i rapporteringsmalen som gir en mer presis beskrivelse av de forventede samfunnsøkonomiske nyttevirksomheter fra prosjektene (både prissatte og ikke-prissatte). Direktoratet for e-helse har laget et første forslag blant annet basert på [DFØ sin veileder for samfunnsøkonomisk analyse](#) og [Digitaliseringsdirektoratets mal for prosjektbegrunnelse](#). Dette prøves nå ut internt i direktoratet. Informasjon fra utprøvingen vil brukes i det videre standardiseringsarbeidet rundt nyttevirksomheter. Det vil deretter gjøres en vurdering av hvordan det er ønskelig at rapporteringen skal være, før vi eventuelt gjør en vurdering av om endringen kan gjøres gjeldende for alle prosjekter i nasjonal e-helseportefølje. Endringen vil innebære standardisering av begrepsbruk og beregningsmetoder som vil gjøre det enklere å sammenlikne nyttevirksomheter (dvs. gevinster) på tvers av prosjekter, og dermed også forenkle prioritering.

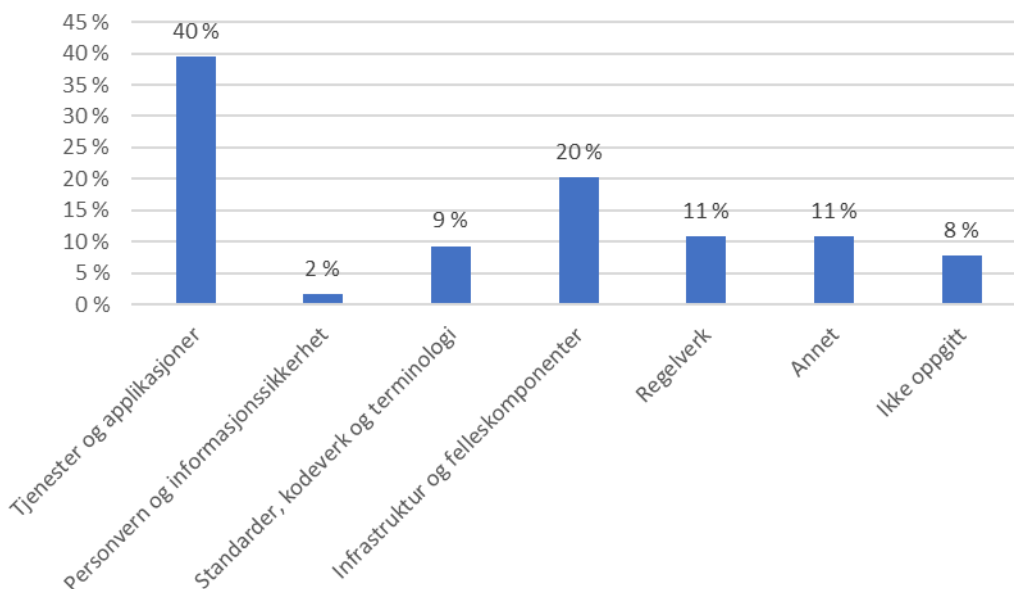
¹⁰ Det er totalt 50 prosjekter som befinner seg i planleggingsfasen eller gjennomføringsfasen og av disse er det 49 som har middels eller høy score på gevinstmodenheter avhengig om de har identifisert gevinstansvarlige, om det finnes en prosjektbegrunnelse, om gevinster er identifisert, om det finnes en gevinstplan og om det pågår gevinstrealiseringsaktiviteter.

6 Avhengigheter og forutsetninger

Porteføljens prosjekter skal bidra til å realisere gevinster gjennom sine leveranser. Prosjektene rapporterer forutsetninger og avhengigheter til andre aktører eller prosjekter for å kunne levere og realisere gevinster.

Avhengigheter påvirker i stor grad prosjektets risiko da det ofte er knyttet usikkerhet til om avhengigheter blir oppfylt til rett tid og til rett kvalitet. Det er rapportert inn 129 avhengigheter i porteføljen. Dette er på tilsvarende nivå som ved forrige rapportering (132 i oktober 2019). I overkant av halvparten av avhengighetene (59%) er rapportert inn er angitt med høy kritikalitet. Dette betyr at prosjektene i utgangspunktet ikke kan levere uten at avhengigheten innfris.

Avhengighetene er fordelt i kategorier som vist i figuren nedenfor.



Figur 3: Fordeling av avhengigheter i kategorier (totalt 129 avhengigheter)

Figuren viser at ca. 40 % av avhengighetene i den pågående porteføljen er relatert til *Tjenester og applikasjoner*. De resterende avhengighetene kategoriseres innen kategoriene *Personvern og informasjonssikkerhet*, *Standarder, kodeverk og terminologi*, *Infrastruktur og felleskomponenter* og *Regelverk*.

Det er rapportert inn 8 avhengigheter med rød status, det vil si at de er uavklarte. Disse avhengighetene er knyttet til:

- Tilpasning av journalløsninger og kliniske fagsystemer (2)
- Felleskomponenter i Felles grunnmur (2)
 - HelseID
 - Enhetlig virksomhetsstruktur / RESH
- Leveranse av DIPS Arena (1)
- Apotekkjeder og deres leverandører på multidose i eResept (1)
- Annet (2)

Leverandørens evne til å gjøre tilpasninger i journaløsningene hos kommuner og fastleger er en viktig suksessfaktor for at planlagte gevinster fra porteføljen realiseres. For 40 % av prosjektene i porteføljen er videreutvikling av disse systemene av medium eller høy kritikalitet for å få realisert gevinstene av prosjektene. EPJ-løftet er hovedtiltaket for å få raskere gjennomføring av dette.

7 Arkitekturvurdering av nasjonal e-helseportefølje

Den nasjonale e-helseporteføljen er stor og kompleks. Nasjonal arkitekturstyring er i en etableringsfase og vi vil i denne rapporten fokusere på enkelte utvalgte områder. I tillegg vil vi gi noen overordnede betraktninger om enkelte prosjekter og programmer som påvirker det totale systemlandskapet. Det er her lagt vekt på å synliggjøre et arkitekturperspektiv.

7.1 Generelt

Akson er et viktig tiltak for å senke kompleksiteten i systemlandskapet, og direktoratet mener at det valgte konseptet er en forutsetning for økt samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Akson vurderer muligheten for realisering av konseptet gjennom plattformtilnærminger basert på åpne standarder. Flere pågående tiltak vil også legge til rette for og forenkle innføring av Akson, blant annet *Digitalisering av legemiddelområdet*, *Program kodeverk og terminologi*, *grunndata*, *dokument- og datadeling* og arbeidet med *tillitsmodell*.

På helsedataområdet pågår Helsedataprogrammet som fokuserer på *data ut* fra helseregistre og forenkling/tilrettelegging av helsedata for forskningsformål. Vi anser arbeidet gjennom dette programmet som svært viktig for å tilrettelegge helsedata på en sikker og effektiv måte for sekundærformål. Det er i porteføljen for 2020 begrenset med tiltak som adresserer datakvalitet og innrapportering til helseregistre. Den manuelle rapporteringsbyrden er en økende utfordring som det bør vurderes tiltak på videre i prosessen.

For tiltakene i Felles grunnmur har det vært gjennomført en positiv prioriteringsprosess sammen med aktørene. De prioriterte tiltakene i Felles grunnmur er beskrevet nærmere i kapittel 3. Arkitekturstyring støtter disse prioriterte tiltakene som vil bidra til å sikre en mer enhetlig og effektiv IKT-utvikling. Vi vil her trekke frem Enhetlig virksomhetsstruktur som er viktig for å harmonisere de hierarkiske strukturene i ulike registre. Spesielt er det viktig å få klarhet i hvilke krav en Felles tillitsmodell stiller til en enhetlig virksomhetsstruktur og anbefaler at dette tydeliggjøres i tiltaket Felles tillitsmodell.

Det er flere nasjonale løsninger og programmer som har felles behov som bør ivaretas av et felles API-management løsning. Det foregår et arbeid i Norsk Helsenett HF for å klargjøre behovsbildet for dette.

Medisinsk avstandsoppfølging har fått redusert økonomisk ramme for 2020 i forhold til behov. Det betyr at omfanget av konseptvalg for datadelingsinfrastruktur for medisinsk avstandsoppfølging må tilpasses de tilgjengelige midlene som foreligger.

7.2 Utvalgte hovedområder

Det er mange kritiske avhengigheter mellom prosjekter og programmer i den nasjonale porteføljen. Det er ulike finansieringsmodeller og ulike ønsker og prioriteringer fra sektor. Vi har her valgt å fokusere på enkelte områder med stor grad av avhengigheter, på et overordnet nivå.

Legemiddelområdet

For legemiddelområdet er det en rekke pågående prosjekter og aktiviteter. Det er et behov for å prioritere og koordinere aktiviteter slik at ressursene brukes optimalt og ønskede resultater og effekter oppnås. Legemiddelprogrammet er etablert for å samle og koordinere aktivitetene på legemiddelområdet i Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett HF.

De viktigste leveransene som er planlagt frem mot 2025 på legemiddelområdet er multidoser i e-resept, innføringen av Kjernejournal i pleie- og omsorgstjenesten, Sentral forskrivningsmodul og Pasientens legemiddelliste.

Fra et arkitekturståsted ser vi at det er utfordringer som må håndteres på flere områder, og disse henger også sammen. Manglende forutsigbarhet om finansiering av området frem mot 2025 kan påvirke planene. Det er utfordringer blant annet knyttet til tilgangsstyring, kostnader og innføring. Det er en rekke avhengigheter mellom prosjektene i legemiddelområdet og andre prosjekter og programmer, som Akson og Helseplattformen. Dette gir kompleksitet og tilsvarende økt behov for koordinering og styring. Pasientens legemiddelliste må utprøves og evalueres før det breddes nasjonalt. Det er viktig at det legges opp til bruk av åpne API-er i en fremtidsrettet arkitekturmodell, for å sikre god endringsevne og leverandøruavhengighet.

Felles tillitsmodell for data- og dokumentdeling

For å etablere en nasjonal samhandlingsevne i helsesektoren innen data- og dokumentdeling er arbeidet med en felles arkitektur for identitets- og tilgangsstyring sentralt. For å dele helseopplysninger med andre virksomheter, må det etableres tillit mellom partene. Den som deler må vite hvem som mottar helseopplysninger, hvilken virksomhet de representerer og om de har hjemmel i lov og tjenstlig behov for å behandle helseopplysninger. I Direktoratet for e-helse sin rapport om "Anbefaling av tillitsmodell for data- og dokumentdeling (HITR 1223:2019)"¹¹ beskrives utfordringene virksomheter vil møte med å etablere tillit til hverandre. Anbefalingen, som sektoren støtter, er at det må etableres en felles tillitsmodell basert på et tillitsanker som aktørene har tillit til.

Dette grunnmurstiltaket må blant annet utarbeide i samarbeid med sektoren, felles omforente krav til eID for personell og virksomheter, virksomhetsstruktur, tjenstlig behov osv. Videre må tiltaket behandling av omforente krav i felles tillitsmodell samt detaljering og operasjonalisering av disse kravene.

HelseID og e-ID

HelseID er en påloggingsløsning for helse- og omsorgssektoren som Norsk Helsenett tilbyr til medlemmer av helsenettet. HelseID utvikles og forvaltes av Norsk Helsenett.

Tjenesten tilbyr i første rekke følgende funksjoner:

- Verifisering (også kalt "autentisering") av helsepersonell, systemer og virksomheter
- Sikring av API-er og tjenester (også kalt autorisering av teknisk tilgang).

Disse funksjonene vil inngå som viktige deler av tilgangsstyringen og tilgangskontrollen for virksomhetene i sektoren ved følgende brukstilfeller:

- Helsepersonell ønsker tilgang til et lokalt fagsystem eller en sentral webapplikasjon

¹¹ <https://ehelse.no/standarder/ikke-standarder/anbefaling-av-tillitsmodell-for-data-og-dokumentdeling>

- Helsepersonell ønsker tilgang til helseopplysninger via et API, gjennom sitt fagsystem

HelseID introduserer ikke en ny e-ID, men legger til rette for gjenbruk av e-ID-er som er i bruk i sektoren. For bredding av nasjonale løsninger som Kjernejournal og Akson, er det viktig at det implementeres gode e-ID løsninger i både spesialist- og primærhelsetjenesten.

For nasjonal arkitekturstyring er det viktig å påpeke at HelseID er en viktig bidragsyter i å etablere tillit mellom aktørene som skal samhandle digitalt.

De fleste prosjekter og programmer som melder avhengighet til HelseID ønsker å benytte HelseID i styring av tilgang til API-er (maskingrensesnitt for deling av data). Dette er et ønske som krever mer av HelseID som en tjeneste og krever videreutvikling. Per i dag er de administrative prosessene for å ta i bruk HelseID manuelle, og det er behov for å automatisere prosessene i størst mulig grad, blant annet gjennom å tilby aktørene verktøy for selvbetjening. Det er god progresjon i utviklingen av nødvendig funksjonalitet, men det vil ikke være mulig å levere det alle prosjektene ønsker på kort sikt. Det foregår derfor et arbeid med produktstrategi for HelseID som vil tydeliggjøre omfang på kort og lang sikt. Omfanget av leveransene er avhengig av finansiering og kan påvirke fremdriften av implementeringen av HelseID i de ulike prosjektene.

Innføring av dokumentdeling i sektor

Første versjon av de grunnleggende nasjonale komponentene for dokumentdeling er nå etablert, basert på den internasjonale standarden XDS¹². Innbyggere i Helse Sør-Øst kan få innsyn i et utvalg av sine journaldokumenter, via den nasjonale dokumentdelingsløsningen. Tilgangen skjer gjennom Helsenorge. Innbyggere i Helse Nord og Helse Vest har også mulighet for journalinnsyn på Helsenorge, men ikke via den nasjonale dokumentdelingsløsningen.

Bred innføring av dokumentdeling i helse- og omsorgssektoren krever overordnet at:

- De regionale helseforetakene gjør et utvalg av sine dokumenter tilgjengelige via Helsenorge/Kjernejournal og nasjonal dokumentdelingsløsning. Det vil gi journalinnsyn til dokumenter i sykehusene for alle som i dag har tilgang til Kjernejournal, blant annet fastleger, legevaktsleger og sykehusleger. Helse Sør-Øst skal starte utprøving tidlig i 2020, mens Helse Nord planlegger utprøving i løpet av 2020. De regionale helseforetakene har i sine oppdragsdokumenter (14.01.2020) fått i oppdrag å utarbeide en samlet tidsplan for dette, samt å gjøre nødvendige forberedelser for å gjøre journaldokumenter tilgjengelige for helsepersonell og innbyggere. Tiltakene bør synliggjøres i den nasjonale porteføljen.
- Dokumentdeling er en ny samhandlingsform og det er mange forretningsregler og prosesser som må avklares, defineres og samordnes. Utprøvingen i 2020 er viktig for å avklare praktisk håndtering nevnte problemstillinger. Et eksempel på dette er innsyn i logger etter en hendelse på tvers av systemer og virksomheter. Det er viktig at erfaringene og løsningene som blir valgt blir løftet til riktig nivå, slik at de kan samordnes for de virksomhetene som deltar i dokumentdeling.
- Kjernejournal tas i bruk i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Alternativt må en annen løsning for visning av dokumenter introduseres.
- Det bør jobbes med et felles veikart som beskriver og koordinerer videreutvikling og innføringsaktivitetene for dokumentdeling.

¹² XDS = Cross-Enterprise Document Sharing: https://wiki.ihe.net/index.php/Cross-Enterprise_Document_Sharing

7.3 "Felles plan 2019"

De regionale helseforetakene leverte 1. desember rapporten "Felles plan 2019 – Grensesnitt med nasjonale løsninger og overgang til strukturert journal"¹³. De regionale helseforetakene beskriver i denne rapporten utfordringer og pågående/planlagt arbeid innenfor disse områdene.

De regionale helseforetakenes plan for etablering av felles grensesnitt mot nasjonale tjenester og tilnærmingen til arbeidet med overgang til strukturert journal er viktig for planleggingen og fremdriften til utviklingen/videreutviklingen av felles nasjonale e-helseløsninger. Den er også viktig for direktoratets normerende arbeid for å sikre samhandlingsevnen på tvers av aktører og forvaltningsnivå.

I en strukturert journal kan man gjenbruke og dele data innenfor de områdene man velger å strukturere. Eksempler på områder er symptomer, diagnoser, legemidler, allergier, vaksiner, prøvesvar, implantater, kirurgiske inngrep og svangerskaphistorikk. For å kunne dele data uten oversettelse må dataene defineres entydig, og dette muliggjøres blant annet ved innføring av felles standardisert språk, som er under utvikling i *Program kodeverk og terminologi*. Med *Felles språk* menes terminologi som skal anvendes til strukturert dokumentasjon knyttet til helsehjelp, samt relasjonene som binder den til andre kodeverk og registervariabler.

Evnen til å dele data skal bidra til effektiv samhandling mellom aktørene, herunder pasienter. En strukturert journal skal også legge til rette for bedre styring, økt kvalitet, forskning og innovasjon. I tillegg vil det sørge for at helsepersonell kun dokumenterer én gang og deretter kan dataene gjenbrukes av de som har tjenstlig behov. Dette vil redusere rapporteringsbyrden for helsepersonell.

Direktoratet mener, basert på Felles plan 2019, at det særlig er to områder som krever oppmerksomhet fremover og foreslår derfor:

1) Struktur

De fire regionale helseforetakene bør utarbeide en felles strategi for strukturert journal. Direktoratet anbefaler at strategien baserer seg på erfaringene fra det pågående arbeidet i Helseplattformen i Helse Midt-Norge med hensyn til graden av struktur og hvordan felles standardisert språk tas i bruk og hvordan behov for helsefaglig standardisering ivaretas. Strategien bør inneholde konkrete planer for å gi forutsigbarhet for måloppnåelse av helheten i "Én innbygger – én journal". En slik strategi vil være et viktig utgangspunkt for arbeidet med tiltak knyttet til helhetlig samhandling og en eventuell beslutning av Akson.

2) Journal

Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst bør legge frem sine oppdaterte fremdriftsplaner for overgangen til DIPS Arena og innføring av kurveløsninger. Planene bør beskrive risiko, forutsetninger og sentrale milepæler. Videre bør planene beskrive hvordan samarbeidet gjennomføres og felles tiltak knyttet til å etablere og videreutvikle en mest mulig enhetlig løsning, inkludert utviklingen av en strukturert journal. En mest mulig enhetlig løsning legger grunnlaget for helhetlig samhandling og utviklingen av nasjonale løsninger.

¹³ <https://helse-vest.no/seksjon/styresaker/Documents/2019/12.12.2019/Sak%2013619%20Vedlegg%201%20-%20Felles%20grensesnitt%20og%20overgang%20til%20strukturert%20journal%20versjon%201.0.pdf>

I arbeidet med samhandling og strukturert journal bør de regionale helseforetakene vurdere å nyttiggjøre seg arbeidet som gjøres på International Patient Summary (IPS) og EHR Exchange Format (EHRxF) internasjonalt. Disse standardene har potensial for å redusere ressursbruk/kostnader i Norge og på sikt kunne forenkle utveksling av helseopplysninger med andre land.

Vedlegg 1 – Nasjonal e-helseportefølje

Innsatsområde	ID	Prosjektnavn	Ansvarlig virksomhet	Prosjekteier	Status	Risiko	Budsjett 2020
1.1 Modernisere journal- og samhandlingsløsninger	11	EPJ-løftet	Direktoratet for e-helse	Siv Ingebrigtsen	Grønn	Grønn	31,5
1.1 Modernisere journal- og samhandlingsløsninger	81	Akson	Direktoratet for e-helse	Christine Bergland	Gul	Gul	40
1.1 Modernisere journal- og samhandlingsløsninger	111	Helseplattformen	Helseplattformen AS	Helseplattformen AS	Grønn	Gul	123
1.1 Modernisere journal- og samhandlingsløsninger	114	Interregional Digital Patologi	Helse Vest RHF	Lisbet Sviland	Gul	Gul	18,3
1.1 Modernisere journal- og samhandlingsløsninger	117	Enklere digitale tjenester	Helsedirektoratet	Sissel Husøy	Grønn	Gul	50
1.1 Modernisere journal- og samhandlingsløsninger	118	Innføring av digital patologi	Helse Midt-Norge RHF	Mari Jebens	Gul	Gul	1,3
1.1 Modernisere journal- og samhandlingsløsninger	119	HMN Lab	Helse Midt-Norge RHF	Gilda S. Opland	Gul	Gul	89
1.1 Modernisere journal- og samhandlingsløsninger	132	PKI infrastrukturløsning	Helse Midt-Norge RHF	Frode Opsahl	Grønn	Gul	0
1.1 Modernisere journal- og samhandlingsløsninger	142	Regionalt laboratoriesystem	Helse Sør-Øst RHF	Eli Stokke Rondeel	Rød	Gul	81
1.1 Modernisere journal- og samhandlingsløsninger	161	HELIKS	Helse Vest RHF	Herlof Nilssen	Gul	Gul	106
1.1 Modernisere journal- og samhandlingsløsninger	164	Regional EPJ Modernisering	Helse Sør-Øst RHF	Eli Stokke Rondeel	Gul	Gul	0
1.1 Modernisere journal- og samhandlingsløsninger	167	FRESK	Helse Nord RHF	Hilde Rolandsen	Grønn	Grønn	0
1.1 Modernisere journal- og samhandlingsløsninger	173	Regional ambulansjournal	Helse Sør-Øst RHF	Eli Stokke Rondeel	Grønn	Grønn	22
1.1 Modernisere journal- og samhandlingsløsninger	181	Kjernejournal dokumentdeling	Helse Sør-Øst RHF	Eli Stokke Rondeel	Gul	Gul	9
1.1 Modernisere journal- og samhandlingsløsninger	187	Digital patologi Helse vest	Helse Vest RHF	Baard-Christian Schem	Gul	Gul	18,4
1.2 Digitalisere legemiddel-kjeden innenfor hver virksomhet	143	Medikamentell kreftbehandling	Helse Sør-Øst RHF	Eli Stokke Rondeel	Grønn	Grønn	0
1.2 Digitalisere legemiddel-kjeden innenfor hver virksomhet	144	Regional kurve og medikasjon	Helse Sør-Øst RHF	Eli Stokke Rondeel	Gul	Gul	84
2.1 Sikre planlegging og kontinuitet i ansvars- overganger	124	Pakkeforløp psykisk helse og rus	Helsedirektoratet	Johan G. R. Torgersen	Grønn	Grønn	0
2.1 Sikre planlegging og kontinuitet i ansvars- overganger	128	Kjernejournal - Innsyn for helsepersonell på tvers	Direktoratet for e-helse	Siv Ingebrigtsen	Gul	Grønn	8
2.1 Sikre planlegging og kontinuitet i ansvars- overganger	139	Primærhelseteam	Helsedirektoratet	Kristin Mehre	Grønn	Grønn	56
2.1 Sikre planlegging og kontinuitet i ansvars- overganger	174	Pakkeforløp hjem - kreft	Helsedirektoratet	Torunn Janbu	Grønn	Gul	2,2
2.1 Sikre planlegging og kontinuitet i ansvars- overganger	175	Pakkeforløp Hjerneslag	Helsedirektoratet	Morten Græsli	Grønn	Gul	2,9

Nasjonal e-helseportefølje Januar 2020

2.1 Sikre planlegging og kontinuitet i ansvars- overganger	184	Digital behandlings- og egenbehandlingsplan	Helsedirektoratet	Kristin Mehre	Grønn	Grønn	6,5
2.2 Dele oppdaterte legemiddelopplysninger	102	SAFEST realisering	Helse Midt-Norge RHF	Helga Festøy (Gjennomføring) SLV Bjørn-Einar Kolstad (Realisering), HMN RHF	Grønn	Gul	25,4
2.2 Dele oppdaterte legemiddelopplysninger	160	Digitalisering av legemiddelområdet	Direktoratet for e-helse	Robert Nystuen	Gul	Gul	62,2
3.1 Bedre behandling med bedre utnyttelse av helsedata	138	Oppfølgingsteam	Helsedirektoratet	Kristin Mehre	Grønn	Grønn	12,5
3.1 Bedre behandling med bedre utnyttelse av helsedata	163	Regional EPJ Journalinnsyn	Helse Sør-Øst RHF	Eli Stokke Rondeel	Gul	Gul	54
3.1 Bedre behandling med bedre utnyttelse av helsedata	182	Klinisk legemiddelsamhandling	Helse Sør-Øst RHF	Eli Stokke Rondeel	Grønn	Grønn	15
3.2 Bedre bruk av helsedata til sekundærformål	60	Nasjonalt infeksjonsregister	Folkehelseinstituttet	Geir Bukholm	Gul	Gul	0
3.2 Bedre bruk av helsedata til sekundærformål	107	Helsedataprogrammet	Direktoratet for e-helse	Jon Helge Andersen	Gul	Gul	260
3.2 Bedre bruk av helsedata til sekundærformål	112	Nasjonalt Laboratoriedatabase	Folkehelseinstituttet	Geir Bukholm	Gul	Gul	0
3.2 Bedre bruk av helsedata til sekundærformål	125	Generisk funksjonsvurderingsverktøy for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten	Helsedirektoratet	Kristin Mehre	Grønn	Gul	0
3.2 Bedre bruk av helsedata til sekundærformål	137	Legemiddelregisteret	Folkehelseinstituttet	Maj-Lis Baldersheim	Grønn	Grønn	4
3.2 Bedre bruk av helsedata til sekundærformål	170	Innsyn og tilgjengeliggjøring – NPR og KPR	Helsedirektoratet	Olav Isak Sjøflot	Gul	Gul	6,15
3.2 Bedre bruk av helsedata til sekundærformål	180	Nøkkelregister for DSA	Helsedirektoratet	Olav Isak Sjøflot	Gul	Gul	2,2
3.2 Bedre bruk av helsedata til sekundærformål	183	Ny saksbehandlingsløsning for meldeordningen Biovigilans	Helsedirektoratet	Hilde Skredtveit Moen	Grønn	Grønn	1,5
3.2 Bedre bruk av helsedata til sekundærformål	188	Neste generasjon nød- og beredskapskommunikasjon	Helsedirektoratet	Steinar Olsen	Grønn	Grønn	0
4.1 Mobilisere innbyggeren som ressurs	51	Alle møter	Helse Vest RHF	Hilde Christiansen	Gul	Grønn	84
4.1 Mobilisere innbyggeren som ressurs	83	DIS – Digitale innbyggertjenester for spesialisthelsetjenesten	Helse Vest RHF		Gul	Gul	15,5
4.1 Mobilisere innbyggeren som ressurs	145	DigiHelsestasjon	Oslo Kommune	Endre Sandvik	Grønn	Gul	16,3
4.1 Mobilisere innbyggeren som ressurs	149	Digital Førerrettsforvaltning	Direktoratet for e-helse	Norunn Saure	Gul	Gul	9,4
4.1 Mobilisere innbyggeren som ressurs	165	Nasjonalt prosjekt DigiHelse	KS	Runar Nygård	Gul	Gul	2,075
4.1 Mobilisere innbyggeren som ressurs	168	Digitale pasienttjenester i nord	Helse Nord RHF	Bjørn Nilsen	Gul	Gul	0

Nasjonal e-helseportefølje Januar 2020

4.1 Mobilisere innbyggeren som ressurs	172	Digihelse fase 2	Oslo Kommune	Svein Lyngroth	Gul	Grønn	3,9
4.3 Helsehjelp og omsorg på avstand	5	Nasjonalt program for velferdsteknologi	Helsedirektoratet	Kristin Mehre	Grønn	Gul	73,8
4.3 Helsehjelp og omsorg på avstand	123	DIGI-UNG	Helsedirektoratet	Mari Trommald	Gul	Gul	12,6
4.3 Helsehjelp og omsorg på avstand	141	Internettassistert behandling for angst og depresjon i kommunen	Helsedirektoratet	Helga Katharina Haug	Grønn	Grønn	3
4.3 Helsehjelp og omsorg på avstand	179	Arkitektur og infrastruktur for velferdsteknologi	Direktoratet for e-helse	Karl S. Vestli	Gul	Gul	16
5.1 Utvikle felles byggeklosser som legger til rette for enhetlig samhandling på tvers	47	Program for kodeverk og terminologi	Direktoratet for e-helse	Inga Nordberg	Gul	Gul	101
5.1 Utvikle felles byggeklosser som legger til rette for enhetlig samhandling på tvers	100	MF Helse	Direktoratet for e-helse	Norunn Saure	Gul	Gul	85,9
5.1 Utvikle felles byggeklosser som legger til rette for enhetlig samhandling på tvers	101	Robust Mobilt Helsenett	Helse Nord RHF	Jon Mathisen	Gul	Rød	0,98
5.1 Utvikle felles byggeklosser som legger til rette for enhetlig samhandling på tvers	189	Samfinansiering delportefølje Felles Grunnmur	Direktoratet for e-helse	Hans Løwe Larsen	Grønn	Grønn	21
6.1 Skape en nasjonal leveranse kraft	169	KPR trinn to	Helsedirektoratet	Olav Isak Sjøflot	Gul	Gul	13
6.3 Styrke arbeidet med beredskap, informasjons-sikkerhet og personvern	171	MSIS-databasen	Folkehelseinstituttet	Geir Bukholm	Gul	Gul	0

