



Sveriges
Kommuner
och Landsting

STOCKHOLMS STAD
Kommunstyrelsen
Registraturet

STYRELSENS
BESLUT NR 10

2012-06-15

Vårt dnr
12/0733

Center för eHälsa
Åke Rosander

2012-06-20

Dnr:

325-1019/2012

Till:

21/1

Kommunstyrelserna, landstingsstyrelserna samt regionsstyrelserna i Halland, Gotland, Skåne och Västra Götaland

Handlingsplan för 2013-2018. Landstings, regioners och kommuners samarbete inom eHälsoområdet

Dnr 12/0181

Beslut

Sveriges Kommuner och Landstings styrelse har den 15 juni 2012 beslutat att rekommendera samtliga landsting, regioner och kommuner att anta föreslagen handlingsplan för eHälsoområdet för perioden 2013-2018, att rekommendera samtliga landsting och regioner att anta och finansiera bifogad verksamhetsplan för år 2013 och i den särskilt specificerade beslut, samt att uppdraga till CeHis att i samarbete med intressenterna ta fram förslag till nytt avtal mellan samtliga intressenter för CeHis och Sveriges kommuner och landsting.

Bakgrund

Landsting och regioner har samarbetat och finansierat gemensam eHälsoutveckling sedan 2007. För perioden 2013-2018 har förslag till fortsatt samarbete med möjlighet till inkludering av kommunsektorn, utarbetats.

Handlingsplanen presenterades för sjukvårdsdelegationen och beredningen för eSamhället den 8 mars och remitterades därefter till landsting, regioner samt till regionförbund och kommunförbund för synpunkter. Remisstiden gick ut den 12 maj. Samtliga landsting och regioner har inkommit med politiskt behandlade remissvar. Dessutom har vissa regionförbund och kommunförbund lämnat remissvar.

En genomgång av remissvaren visar att det finns samstämmighet i målbild och behov av fortsatt gemensamt samarbete. Ett antal behov av förtydliganden lyfts fram, liksom förslag på ändringar i delar av innehållet. Generellt betonar regionförbund och kommunförbund att det kommunala perspektivet bör ges tydligare utrymme. Finansieringsprinciperna är betydelsefulla enligt flertalet remissinstanser. Det finns även en tendens att vilja genomföra föreslagna förändringar stegvis. I samma riktning betonar flera att de föreslagna årsvisa målen inte bör beslutas redan nu, eller i vart fall kunna revideras successivt. Det finns även delvis motstridiga synpunkter från remissinstanserna.

Parallellt med arbetet med den långsiktiga handlingsplanen har ett förslag till konkret verksamhetsplan för 2013 utarbetats. Den har inte formellt ingått i remissbehandlingen, men har funnits tillgänglig för finansierarna; landsting och regioner. Huvudfrågan

Sveriges Kommuner och Landsting

Post: 118 82 Stockholm, Besök: Hornsgatan 20

Tfn: växel 08-452 70 00, Fax: 08-452 70 50

info@skl.se Org nr: 222000-0315 www.skl.se

i den är den ekonomiska nivån. En utökning med 75 mkr har gjorts för att säkerställa fortsatt utveckling och för att kompensera för reducerade statsbidrag.

Mot bakgrund av remissvaren har vissa revideringar gjorts i handlingsplanen. Med hänsyn till remissvarens innehåll har i huvudsak förändringar gjorts som är i linje med

- ett mer successivt införande
- möjlighet till korrigerande beslut årsvis
- utrymme för ökat framtida utrymme för eHälsa inom kommunsektorn.

Förslag till handlingsplan i **bilaga 1**.

Förslag till verksamhetsplan för 2013 finns i **bilaga 2**.

Ekonomisammanställning finns i **bilaga 3**.

Sveriges Kommuner och Landsting



Anders Knappe
Ordförande

Handlingsplan 2013-2018

Landstings, regioners och kommuners samarbete inom eHälsoområdet

Innehållsförteckning

Stora utmaningar och möjligheter	3
Ny planeringsperiod	5
Kort översikt av tidigare utveckling och omvärld (Europa)	6
Målbild 2018	8
Årsvisa mål	9
Vad bör göras gemensamt - innehåll och principer	11
Organisation och styrning	13
Politisk styrning	13
Roll och uppdrag för Center för eHälsa	13
Finansiering och ekonomimodell	15
Sammanfattning	17
Beslut	18

Stora utmaningar och möjligheter

Ökade behov, ökad valfrihet, oförändrade resurser

Vård och omsorg står inför stora förändringar. Den demografiska utvecklingen på sikt innebär att andelen personer i arbetsför ålder minskar samtidigt som gruppen äldre ökar kraftigt, inte minst de allra äldsta. Detta beror på en rad olika faktorer. Förbättrad levnadsstandard, och därmed en bättre hälsa, kombinerat med en allt mer effektiv hälso- och sjukvård har lett till att människor i dag blir allt äldre. När man drabbas av de traditionellt stora folksjukdomarna som cancer, stroke, diabetes och hjärt-kärlsjukdomar är chansen att man överlever betydligt större än tidigare. Samtidigt ökar risken för att man i ett senare skede på nytt insjuknar i samma eller andra sjukdomar. Detta leder sannolikt till att behovet av vård och omsorg för gamla och långtidssjuka långsiktigt kommer att öka.

Sjukdomspanoramat har ändrats markant under de senaste decennierna; närmare två tredjedelar av de som i dag är sjukskrivna lider av icke prognostiserbara sjukdomstillstånd och vällivnadssjukdomar som fetma, missbruk med mera. Parallellt med detta har den medicinska och tekniska utvecklingen fortsatt att utvecklas, vilket lett till att allt mer kan göras för allt fler. Sammantaget innebär detta att efterfrågan på vård- och omsorgsinsatser kommer att öka och därmed risken för väsentligt ökade kostnader.

Successivt har invånarna beretts allt större möjligheter till att aktivt kunna välja mellan såväl offentliga som privata vårdgivare genom olika valfrihetssystem. Invånarna har också getts allt fler möjligheter att såväl påverka som medverka i den egna vården. Denna utveckling kommer att fortsätta. Genom valfrihetssystemen och kvalitetsjämförelser har kvalitetskonkurrens blivit en viktig faktor för vårdens och omsorgens utveckling. Kvalitetskraven stärks och jämförelser mellan olika vårdgivare ökar kontinuerligt. Varje enskild invånare utgår från att vården och omsorgen är av god kvalitet i hela landet, oavsett vem som är ansvarig för den. Samspelet mellan olika vårdgivare – landsting/region, kommuner, privata, ideella – förväntas fungera. Trycket ökar också successivt gentemot landsting/regioner och kommuner på att använda informationssamhällets möjligheter på ett helt annat sätt än tidigare och arbeta på samma nivå som de branscher som redan har gjort denna utveckling.

Samtidigt är de övergripande ekonomiska restriktionerna för den gemensamt finansierade vården och omsorgen uppenbara. Det är inte realistiskt att räkna med någon påtagligt ökad andel av BNP till dessa områden under de närmaste åren. Uppdraget för vård och omsorg är alltså att leverera ett bättre resultat med avseende på kvalitet, tillgänglighet och service, inom i stort sett befintliga resurser.

Ökad medverkan från individen, smartare eHälsotjänster, samarbete över organisationsgränser och effektivare administration

Huvudstrategin är att stärka möjligheterna för invånarna att medverka i den egna vården och att stödja varje invånares engagemang för den egna hälsan. Invånaren både vill och kan delta mer i vården. Detta kan bland annat understödjas genom att varje individ har tillgång till sina egna hälsodata och enkelt och säkert kan kommunicera med sin vårdgivare.

Därutöver måste huvudmän och vårdgivare ständigt förbättra kvalitet och effektivitet i det egna professionella verksamhetsstödet. Förbättrad användning av modern informations- och kommunikationsteknik är en nödvändighet.

Vård och omsorg är på väg in i hemmen. Under en lång tid har den genomsnittliga vårdtiden och antalet vårdplatser minskat. eHälsotjänster (det vill säga vård och omsorg med användning av modern informations- och kommunikationsteknik), metoder för fjärrövervakning och egenvård ersätter sjukhusvård och besök på medicinska kliniker. Detta ställer krav på infrastruktur och mobila lösningar.

Utveckling av eHälsotjänster har en potential att förändra verksamheten i grunden. Det gäller relationen mellan individ och vårdgivare, invånarnas egna möjligheter att ta ansvar för sin hälsa, men också samarbetet mellan landsting/regioner, kommuner, privata och ideella vårdgivare. När patienten kan boka tider, jämföra vårdcentralers resultat och bemanning, och aktivt tillföra egna uppgifter ändras samspelet mellan individ och vårdgivare på ett positivt sätt.

Samtidigt kommer också vårdpersonalens arbetssätt att kunna utvecklas och förbättras. När till exempel kvalitetsuppgifter används för att bygga användbara IT-baserade kunskapsstöd för det dagliga arbetet stärks också den professionella kompetensen och patientsäkerheten ökar.

På motsvarande sätt kan administrationen inom vård och omsorg effektiviseras med stöd av modern teknik.

Utvecklingen har alla kännetecken på ett paradigmskifte:

- den är gränsöverskridande, påverkar alla och har ingen enskild ägare
- den utmanar och förändrar etablerade tänkesätt, arbetsformer och maktförhållanden
- den kräver omfattande omställningsinvesteringar

För att utnyttja dess fulla potential kräver det ett stort och långsiktigt engagemang på alla ledningsnivåer.

Det är möjligt att både effektivisera och skapa mer nytta - samtidigt.

Ny planeringsperiod

Landstingens/regionernas gemensamma arbete med eHälsa förbereddes och beslutades under 2006 och startade årsskiftet 2006/2007. Parallellt antogs den nationella IT-strategin för vård och omsorg vars innehåll konkretiserades genom landstingens/regionernas samarbete. Landstingens/regionernas samarbete har fastställts i treåriga handlingsplaner, först för 2007–2009 och sedan för 2010–2012. Den nationella IT-strategin har reviderats under perioden och utvecklats till ”Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg”.

Nuvarande handlingsplan gäller till och med utgången av 2012. Mycket har uppnåtts genom samordning och eHälsotjänsterna står på en helt annan nivå jämfört med i början av utvecklingen. En betydelsefull faktor har varit att samspelet mellan skilda aktörer har förbättrats; kommunsektorn, regeringen, myndigheter, privata och ideella utförare samt IT-branschen och IT-marknaden.

I verksamhetsplanen för 2012 angavs att samarbetet ska fortsätta och ytterligare intensifieras.

Den plan som nu presenteras avser perioden 2013–2018 och innehåller förslag till mål, former och finansiering för att svara upp mot högt ställda förväntningar från invånare, professionella medarbetare inom vård och omsorg och beslutsfattare.

Planeringen tar sin utgångspunkt i vad som bör vara uppnått år 2018. Tidshorisonten är nog lång för att tillåta påtagliga utvecklingssprång, men inte så lång att den är oöverblickbar. Naturligtvis kan det under perioden utvecklas tekniska lösningar som ger möjligheter som nu inte är förutsebara. Detta kommer att bedömas och påverka de årliga verksamhetsplanerna.

Den enskilt viktigaste frågan är att öka varje individs möjlighet att delta mer i sin egen vård. eHälsotjänster för invånaren har starka samband med vårdgivarens professionella verksamhetsstöd och områdena behöver integreras inom en samlad IT-arkitektur för att vara effektiva och värdeskapande. En central fråga är därför att samordna och integrera arbetet inom hela eHälsoområdet.

Kort översikt av tidigare utveckling och omvärld (Europa)

Den kritik som ibland riktas mot eHälsoutvecklingen är att den inte går nog fort. Även om Sverige ligger väl till i jämförelser med övriga länder i Europa, så finns möjligheter och behov att göra mycket mer.

IT har använts inom vård och omsorg sedan slutet av 60-talet och är idag är en förutsättning för att kunna bedriva effektiv verksamhet och en naturlig del i det dagliga arbetet. Under senare delen av 90-talet och under 2000-talet har användningen av IT blivit alltmer heltäckande, bland annat beroende på införandet av digitala journalsystem. I de flesta internationella studier som gjorts anses Sverige, tillsammans med de andra nordiska länderna, ligga i framkant när det gäller införande och användning av eHälsa.

Kostnaderna för IT inom landstingen är idag cirka 3 % som andel av landstingens omslutning. I ett europeiskt perspektiv tillhör Sverige de som lägger mest medel på IT inom vården. I USA är spridningen stor men det finns sjukhus/organisationer som satsar betydligt mer på IT. Jämför man IT-kostnaderna för landstingen med övriga sektorer i Sverige, så har landstingen en förhållandevis låg IT-kostnad. Offentlig sektors IT-kostnad i Sverige är cirka 4,4 % medan till exempel bank och försäkringsbranschen ligger på 10–30 %.

Noterbart är att de relativa IT-kostnaderna för landstingen har varit oförändrade under de senaste åtta åren, trots att användningen av IT har ökat dramatiskt och att antalet IT-arbetsplatser har ökat med mer än 50 %. Under denna period har bland annat journalsystem och PACS (digitala bildarkiv) införts heltäckande.

Landstingens totala IT-kostnader var 2011 knappt 8 miljarder kronor varav cirka 390 miljoner (inklusive 1177 Sjukvårdsrådgivningen via telefon) har använts för gemensam utveckling och förvaltning via Center för eHälsa (CeHis).

När det gäller IT-användning inom olika områden så har Sverige nått långt när det gäller införande av digitala journalsystem. Landstingen har idag infört journalsystem till 100 % på sjukhus, primärvård och psykiatri. Inom Europa ligger motsvarande siffror på 65 % och för enbart sjukhusen på 81 %. Utmärkande för Sverige är också att man i de flesta fall infört journalsystem med sammanhållen journalföring inom landstingen, vilket innebär att journalen inom landstingen är åtkomlig inom landstingens alla verksamheter, reglerat enligt villkoren i patientdatalagen. I Europa och de nordiska länderna kan man nu också se att denna typ av lösning eftersträvas för att få en ökad patientsäkerhet. För att göra informationen tillgänglig över huvudmannagränser används patientöversiktsfunktioner. I flera europeiska länder pågår liknande projekt och det finns länder som kommit betydligt längre än Sverige i detta sammanhang (till exempel Danmark).

Sverige har också kommit långt vad gäller överföring av elektroniska meddelande, framför allt när det gäller e-recept (>80 % i Sverige, jämfört med Europa cirka 30 %) men också med elektronisk överföring av remisser och svar för de flesta

laboratorie-medicinska områdena (till exempel kem lab och röntgen cirka 90 %, i Europa cirka 55 %).

Digital radiologi med PACS-lösningar har införts i alla landsting, jämfört med Europa där cirka 60 % av sjukhusen har infört PACS.

Inom området telemedicin (det vill säga vård och omsorg på distans med hjälp av IT) ligger Sverige efter många andra länder i Europa. Det gäller såväl användning av tekniken inom vården, som i dialog med patienter och anhöriga. I Sverige har telemedicin i första hand kommit till stor användning i landets norra delar med stora geografiska avstånd. Det finns en stor potential att kunna använda telemedicin i en betydligt större omfattning genom att bland annat se över nuvarande finansieringsmodeller.

Genom landstingens långsiktiga och tidiga arbete med infrastruktur (Sjunet, SITHS, HSA, Tjänsteplattform med mera) ligger Sverige förhållandevis bra till även inom detta område, jämfört med många andra länder.

Inom området invånartjänster med e-tjänster riktade till patienter och invånare har Sverige en hel del att lära av andra länder, såväl inom Europa som i USA. I Europa ger idag 4 % av sjukhusen möjligheten för patienten att själva elektroniskt läsa sin egen journal.

I Sverige pågår införande av tjänster för att kunna direktboka tid hos sin vårdgivare, men fortfarande i ganska ringa omfattning. I Europa är det generellt en ganska låg nivå, cirka 11 % av sjukhusen erbjuder patienterna att själva direktboka tid för besök.

En viktig förutsättning för att säkert kunna kommunicera med patienter är att patienten kan identifiera sig med ett e-id. Utvecklingen och införande av e-tjänster har starkt begränsats av att det i Sverige inte funnits en klar policy för en nationell e-id-lösning. I Estland, som infört en nationell e-id lösning med ett e-id-kort och så kallat hårt certifikat, har tjänsteutbudet och användningen av e-tjänster kommit mycket längre.

Genom 1177.se har Sverige en gemensam nationell informationstjänst för att kunna läsa fakta om sjukdomar, jämföra sjukvård med mera. Det är endast ett fåtal andra länder som har något motsvarande.

Målbild 2018

Invånare/patienter, medarbetare inom vården och beslutsfattare har rätt att förvänta sig att eHälsotjänster utvecklas snabbt och effektivt och ger nytta i vardagen.

Målbild för situationen år 2018

Varje **individ** kan nå alla uppgifter om sig själv och aktivt medverka i sin vård och omsorg. Individen når sina uppgifter på ett flertal olika sätt beroende på vad som passar personen bäst själv. Tillgång till uppgifterna via mobila plattformar är en självklarhet. Vårdgivaren tar ansvar för de uppgifter som avser respektive vårdgivares verksamhet, men individen som berörs har full tillgång till dem – var som helst, hur som helst och när som helst. Individen kan sammanföra dem med egna uppgifter om den egna hälsan och avgör med vilka man vill dela sina uppgifter. Säkerhet och integritet är garanterad och en nationell säkerhetslösning är införd.

Som **medarbetare** i vården har man tillgång till samtliga uppgifter som krävs för att kunna ge högkvalitativ vård och omsorg. Detta innefattar aktuell kunskap och vetenskapliga rön samt tillgång till patientens hälsodata (förutsatt att patienten ger sitt samtycke). Alla uppgifter registreras endast en gång (vid källan) och då genomförs nödvändiga kvalitetskontroller av informationen. När patienten lämnar en vårdgivare och vårdansvaret övergår till en annan övergår samtidigt tillgången till nödvändiga uppgifter utan manuell hantering och utan tidsfördröjning. De koder, begrepp och termer som används är giltiga och användbara i vårdprocessen – normalt även internationellt. Medarbetare kan använda sina egna data för att kvalitetskontrollera sitt eget arbete.

Som **beslutsfattare** på olika nivåer har man tillgång till bra underlag för faktabaserade beslut. Det finns en enhetlig infrastruktur som gör att informationsförsörjningen och därmed också vårdprocessen fungerar, oavsett om vårdgivaren är offentlig eller privat. Kodifieringen och struktureringen av uppgifterna är sådan att man kan analysera och dra slutsatser om hälso- och vårdresultat över tid, mellan olika vårdgivare och mellan olika vårdprocesser och behandlingsformer. Den enhetliga infrastrukturen innebär också att det finns en plattform där eHälsotjänster kan utvecklas av flera olika aktörer och fungera tillsammans.

Det som idag kallas eHälsa är nu helt självklara delar av vården och omsorgen och går i takt med den övriga digitala utvecklingen i samhället.

Arsvisa mål

Handlingsplanen för 2013–2018 ska leda till att bestämda mål uppfylls. För att få en rimlig fördelning i tiden bör målen beskrivas och anges per år. I varje kommande årlig verksamhetsplan kommer uppföljning och nödvändiga aktualiseringar av målen att göras.

Förtroendevalda politiker är företrädare för befolkningen. Det betyder att målen nedan främst inriktats på de eHälsotjänster som ska tillhandahållas invånarna. Samtidigt är politikerna även högsta beslutsfattare för den vård som drivs eller finansieras av offentliga resurser. Det betyder att det även är relevant att ange verksamhetsmässiga mål på övergripande nivå.

Generella mål

- Under år 2015 har samtliga landsting/regioner och kommuner förändrat befintliga ekonomiska ersättningsformer till vårdgivare så att de stimulerar användning av eHälsotjänster.

Mål ur invånarperspektiv:

- **50 %** av invånarna känner år 2013 till 1177-konceptet, råd om vård via internet och telefon. (År 2011 cirka 30%)
- **25%** av invånarna är år 2013 anslutna till "Mina eHälsotjänster", vidareutveckling baserad på erfarenheter av Mina VårdKontakter, MVK. (År 2011 cirka 10% för MVK)
- **75%** av invånarna känner år 2014 till hur man ansluter sig till "Mina eHälsotjänster".
- **70%** av invånarna anser år 2014 att 1177 på internet och telefon är ett bra komplement för kontakt med sin vårdcentral.
- **50%** av patienterna har år 2014 möjlighet att ta del av sina resultat och värden från provtagningar och undersökningar via "Mina eHälsotjänster".
- **100 %** av invånarna har år 2014 möjlighet att nå **delar** av sin journalinformation avseende vård enligt hälso- och sjukvårds-lagen via "Mina eHälsotjänster", integrerat med faktainformation från 1177.se.
- **40%** av besöken till vården bokas år 2015 via "Mina eHälsotjänster".
- **80 %** av invånarna har år 2015 möjlighet att nå samtliga intyg som utfärdats inom hälso- och sjukvården via "Mina eHälsotjänster".

- **100%** av invånarna har år 2015 möjlighet att samla och överblicka sina vaccinationer via "Mina eHälsotjänster".
- **100%** av patienterna har år 2016 möjlighet att följa sin remiss via "Mina eHälsotjänster".
- **100%** av invånarna har år 2017 möjlighet att nå sin journalinformation för all vård och omsorg via "Mina eHälsotjänster".
- **60%** av invånarna använder år 2017 "Mina eHälsotjänster" (inklusive sjukvårdsrådgivningen via telefon) som sin första kontakt med vården.
- **80%** av användarna av "Mina eHälsotjänster" anser sig år 2018 vara mer delaktiga i sin egen vård än tidigare.

Anm: Med invånare ovan avses befolkningen över 15 år.

Mål ur verksamhetsperspektiv:

- **100%** av behandlande medarbetare i hälso- och sjukvården har år 2014 tillgång till patientens hälso- och sjukdomshistorik, inklusive läkemedelshistorik samt relevant kunskap om läkemedelsfakta vid behandling och ordination.
- **90%** av medarbetarna kan år 2016 nå sina professionella verksamhetssystem med en samordnad, enkel och säker inloggning (single-sign-on)

Infrastrukturella mål

- Säkerhetstjänsterna för säker inloggning till vården och omsorgen har år 2014 utvecklats till att tillgodose krav för *all* vård och omsorg.
- 100 % av de gemensamma eHälsotjänsterna har år 2016 en drifttillgänglighet och säkerhet som i princip motsvarar 100% tillgång för användarna.

Vad bör göras gemensamt - innehåll och principer

Stora delar av eHälsoutvecklingen bör göras gemensamt. Det handlar om att standarder och metoder för informationsöverföring måste utvecklas och fungera inom hela vård- och omsorgssektorn, men också om att det är klok hushållning med ekonomiska resurser att samarbeta mellan landsting/regioner och kommuner.

Utvecklingen av de gemensamma eHälsotjänsterna ska utgå från en gemensam stomme. Stommen handlar om regelverk, termer och begrepp och om teknisk arkitektur som gör att eHälsotjänster kan kopplas ihop med varandra och fungera oavsett vem som tillverkat dem. På grundval av en gemensam stomme kan respektive huvudman driva nödvändig kompletterande utveckling och samtidigt stimuleras en fristående marknad för eHälsotjänster.

Avsikten är inte att göra allt gemensamt. Men det är också möjligt att samarbeta inom fler IT-områden än eHälsotjänster om särskilda beslut fattas om det.

Det gemensamma arbetet ska kunna inrymma aktiviteter som drivs såväl strikt samordnat, som mer fristående. Det är viktigt att det finns en flexibilitet så att områden kan tillföras eller avföras från den gemensamma agendan.

Det grundläggande är det som innehållsmässigt beslutas, dels i denna långsiktiga handlingsplan, dels i de årliga verksamhetsplanerna.

Huvudinnehållet för det gemensamma arbetet inom eHälsoområdet är:

- Att fastställa, utveckla och underhålla en gemensam arkitektur.
- Att hantera utveckling, införande och förvaltning av konkreta tjänster där huvudmännen har samma behov.

Därutöver föreslås följande principer gälla:

- Redan genomförd utveckling/tjänster ska återanvändas så långt det är möjligt.
- Den/de huvudmän som vill gå före och utveckla tjänster ska kunna göra det. Förutsättningen är att det sker efter öppen information till övriga huvudmän, i enlighet med den överenskomna arkitekturen och ställs till övriga huvudmäns förfogande.
- Andra områden utöver eHälsa ska kunna inrymmas i samarbetsformen, till exempel ekonomisystem, HR-system, gemensam IT-drift, licensförhandlingar med mera.

- Samarbete i mindre konstellationer, till exempel kundgrupper för enskilda journalsystem, ska stödjas och underlättas inom det gemensamma arbetet för att den vägen snabbare även nå en enhetlig struktur på vårdsystemen.
- I genomförandet ska huvudmännen kunna ta ett gemensamt ansvar för olika delar av eHälsotjänster och andra IT-tjänster. Till exempel kan en huvudman ges i uppdrag att svara för vissa invånartjänster åt samtliga huvudmän, en annan huvudman kan åta sig uppdraget att svara för specifika delar inom infrastrukturen och så vidare.
- De utvecklingsaktiviteter som görs gemensamt ska innehålla ett tydligt åtagande från samtliga berörda - från utvecklingsstart till färdigt införande.

Bedömningen av vad som bör göras gemensamt görs ytterst av ledningarna inom varje huvudman.

Organisation och styrning

Politisk styrning

Det gemensamma eHälsoarbetet via Center för eHälsa (CeHis) startade med politiska beslut inom varje landsting/region och av SKL år 2006. Under den första perioden var därefter det konkreta politiska inflytandet inriktat på ställningstagande till de treåriga handlingsplanerna och varje årlig verksamhetsplan. Det löpande arbetet sköttes på verkställande tjänstemannanivå.

Den politiska styrningen av CeHis verksamhet har fungerat i två dimensioner; dels centralt via SKL:s styrelse/delegationer/beredningar som behandlar och rekommenderar huvudmännen att ta ställning till utarbetade planer, dels inom varje huvudman som var och en tar ställning till aktuell plan och åtar sig sin respektive andel av finansieringen.

I början på år 2010 inrättades eHälsoberedningen inom SKL:s politiska ledning och senare under samma år inrättades Beredningen för eSamhället dit även eHälso-frågorna hänköts.

Det är helt nödvändigt med ett ytterligare stärkt politiskt inflytande över eHälso-frågorna, inte minst för att de på ett grundläggande sätt kommer att förändra hälso- och sjukvårdens arbetssätt.

Den politiska styrningen behöver tydliggöras både inom respektive huvudman som centralt.

De politiska besluten pekar ut riktningen för den verkställande ledningen. Det är än viktigare än tidigare att samtliga ledarskapsnivåer inom hälso- och sjukvården deltar i och påverkar genomförandet av eHälsoutvecklingen. Även detta behöver stärkas och tydliggöras inom respektive huvudman och på gemensam nivå inom ramen för CeHis.

Roll och uppdrag för Center för eHälsa

CeHis styrs för närvarande av ett avtal mellan samtliga landsting/regioner och SKL. Dessa har gemensamt avtalat att samarbeta för att utveckla eHälsotjänster och skapat en arbets- och organisationsform (CeHis) för detta ändamål. SKL har åtagit sig att hårbärgera CeHis kansli, bistå med visst stöd och säkerställa en koppling till SKL:s ledning såväl på tjänstemannanivå som på politisk nivå. Därutöver styrs CeHis av verksamhetsplanerna som anger vad som ska uppnås och nivån på ekonomiska resurser. Eftersom CeHis helt finansieras av landsting/regioner ingår inte CeHis i SKL:s kansliorganisation.

Den nuvarande samarbetsformen bygger på att CeHis fungerar som huvudmännens samordnande redskap för beställning och uppföljning av projekt och förvaltnings-objekt. Kontrakt tecknas med aktuell utförare, vanligtvis Inera AB. Genom metodiken har ett konstruktivt partsförhållande (kund–leverantör) skapats.

För perioden 2013-2018 föreslås följande principer:

CeHis uppdrag vidgas så att samtliga huvudmän, det vill säga landsting/regioner och kommuner, inbjuds vara intressenter, det vill säga finansiärer och därmed beslutsfattare av gemensam utveckling via CeHis. CeHis utgör samarbetsform för utveckling av eHälsa och övriga IT-frågor kopplade till vård och omsorg, där intressenterna avser att samarbeta.

- Kommunerna bereds därigenom möjlighet att delta på samma villkor som landsting/regioner.
- Intressenterna avgör hur resurserna ska användas och styr CeHis inriktning.
- Sjukvårdsdelegationen svarar för aktiv politisk styrning av CeHis ur hälso- och sjukvårdsperspektiv. Ett nära samråd bör ske med SKL:s beredning för primärvård och äldreomsorg samt beredningen för socialpolitik och individomsorg.
- Beredningen för eSamhället svarar för rollen som samordnande politiskt styrorgan för CeHis och övriga eSamhällesfrågor.
- CeHis operativa styrelse med representanter för intressenternas tjänstemannaledningar behålls.
- CeHis kansliorganisation integreras, när det gäller övergripande strukturfrågor och erfarenhetsåtervinning mellan olika sektorer, i SKL:s nyligen inrättade Center för eSamhället, CeSam. Härigenom skapas förutsättningar för tydligare politisk styrning och ökat samspel mellan landsting/regioner och kommuner. Dessutom skapas goda förutsättningar för samordning och återanvändning av gjorda investeringar mellan olika delar av landstings/regioners och kommuners uppdrag.

Ovanstående principer och de praktiska konsekvenserna av dem bekräftas i ett nytt avtal mellan intressenterna och SKL. Genom det kan också en större tydlighet ges att CeHis är intressenternas och SKL:s gemensamt överenskomna form för att driva gemensam eHälsoutveckling. Kommunsektorn inbjuds att ingå i samarbetet och avtalet.

På detta sätt säkerställs att de finansierande intressenterna fortsätter att styra de gemensamma resurser som hanteras via CeHis.

Finansiering och ekonomimodell

eHälsoutvecklingen kräver omfattande omställningsinvesteringar under hela perioden fram till 2018. Det är önskvärt att omställningsperioden blir kort. Då kommer nyttan tidigare för invånare och medarbetare, liksom effektiviseringsvinsterna.

De nivåer som den gemensamma utvecklingen legat på de senaste åren, det vill säga cirka 300 mkr per år, motsvarar knappt 3 % av landstingens/regionernas samlade IT-kostnader. Det har ändå gett betydande och goda resultat. De första åren kunde beloppen till stor del användas till utvecklingsprojekt. I takt med att projekt färdigställts har förvaltningskostnader tillkommit för de nya eHälsotjänsterna. För år 2012 uppgår förvaltningsandelen till 80–85 % av de gemensamma resurserna. Inom kort återstår i princip inget utrymme för nyutveckling.

Under de tidigare åren har staten via Socialdepartementet gett stöd till landstingens/regionernas utvecklingsprojekt med i storleksordningen 45 mkr per år. Även kommunernas utveckling har getts stöd, men i mindre omfattning. Det är inte sannolikt att räkna med att detta stöd kan fortsätta i samma form och på samma nivå; inte heller att eventuella ekonomiska tillskott kan inkluderas i planeringen i förväg.

Följande huvudvägar föreslås därför gälla avseende **finansiering** av gemensamma aktiviteter.

- En utökning av den gemensamma utvecklingsbudgeten, främst mot bakgrund av att staten sannolikt inte kan leverera stöd på samma finansiella nivå som tidigare.
- En fortsatt positiv inställning till stöd från regeringen, men med insikten att sådant stöd blir av tydlig stimulanskaraktär för att nå specifika mål.
- För att bland annat skapa ekonomiskt utrymme för ökade satsningar bör huvudmännen samarbeta mer inom andra IT-områden. Typexempel är administrativa system inom till exempel ekonomi, HR, e-post etc. Formerna för detta kan vara gemensam upphandling eller samordnad drift som en övergångslösning före upphandling. Till stor del är dessa applikationer oerhört viktiga, men inte på något sätt unika för det enskilda landstinget/regionen/kommunen.
- Rationalisering och effektivisering som en följd av ändrad organisation och struktur för CeHis och Inera AB.
- Möjlighet för SKL att förskotta utvecklingsmedel inför gemensam upphandling som sedan återbetalas av huvudmännen i samband med avrop av nya etjänster.

Sammantaget bör ovanstående åtgärder utnyttjas för att ge utrymme att täcka utvecklingsbehoven.

Med ökat finansiellt utrymme kan tempot höjas och effektivitetsvinster tas hem snabbare. Aktualiserad bedömning av finansieringen görs i varje årlig verksamhetsplan.

Följande **ekonomimodell** föreslås.

- Införande hos varje intressent betalas av denne, men hålls samman av centrala införandeprojekt med mandat att se till att överenskomna tidsplaner hålls
- Drift och förvaltning av färdigutvecklade eHälsotjänster upphandlas/beställs av CeHis på intressenternas uppdrag. På sikt bör de betalas efter användning. Logiska modeller som passar respektive tjänst behöver utvecklas. Enkelhet ska eftersträvas. Förändringen skulle kunna leda till att någon intressent underutnyttjar gemensamma tjänster eller bygger upp egen hantering. För att motverka detta är det nödvändigt, dels att intressenterna förbinder sig att använda de gemensamma tjänsterna, dels att stärka den löpande uppföljningen av att drift/förvaltning är kostnadseffektiv. I denna funktion ska representanter för intressenterna ges aktiva och avgörande roller.
- Vissa tjänster kan förvaltas av en enskild intressent på samtligas vägnar. Beställningen görs från CeHis som representant för samtliga intressenter. Med denna metod kan även marginalkostnaderna förväntas bli lägre, eftersom uppdraget ges till den/de som har särskilt goda förutsättningar att genomföra det. Samma metod kan också användas för utvecklingsprojekt.
- De tjänster som inte kommer att utföras eller utvecklas av en av intressenterna bör konkurrensutsättas på ett tydligt och professionellt sätt.
- Intressenterna betalar framöver gemensamt via CeHis för:
 - gemensamma utvecklingsprojekt enligt årlig verksamhetsplan
 - verkställande beställarfunktion inklusive informationssamordning och arkitektursamordning
- Prioritering och val av utvecklingsprojekt hanteras på följande sätt:
 1. *Projekt som beslutas och finansieras gemensamt inom den årliga verksamhetsplanen.* De konkreta uppdragen beställs på vanligt sätt av CeHis. En leverantör eller en enskild intressent får beställningen efter förhandling/upphandling.
 2. *Utvecklingsprojekt med nationell potential som initieras av ett mindre antal intressenter.* Projektet behandlas före start av CeHis styrelse och följs löpande av CeHis för att säkerställa att det fungerar i den gemensamma strukturen. Regelverket för hur övriga ska kunna ansluta sig och betala ska beslutas innan projektet startar.
 3. *Utvecklingsprojekt som drivs av en enskild huvudman som har kapacitet att ligga i frontlinjen* och driva projekt som inte (ännu) prioriterats av de övriga huvud-männen. Hanteras på principiellt samma sätt som punkt 2 ovan.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis har följande beskrivits i denna handlingsplan för 2013-2018:

- Den politiska styrningen stärks
- eHälsoutveckling bidrar till att hantera välfärdens finansiering, dels genom att ge möjlighet för varje individ att medverka i sin vård, dels genom att effektivisera arbetet inom vård om omsorg
- Sverige står sig, som ett genomsnitt, väl jämfört med andra länder, men utvecklingspotentialen är betydande
- En sammanhållen IT-arkitektur gör det möjligt för marknadens IT-företag att utveckla och ansluta eHälsapplikationer
- eHälsoutvecklingen fortsätter att drivas gemensamt
- Samspelet mellan landsting/regioner och kommuner stärks
- Center för eHälsa vidgas till att inkludera kommunsektorn på samma villkor som landsting/regioner
- Vid behov och efter särskilt beslut kan även andra IT-områden tillföras det gemensamma arbetet
- Koordinering med andra samhällssektorer sker inom ramen för SKL:s Center för eSamhället
- Tidshorisonten omfattar åren 2013–2018 med en målbild för slutåret
- Konkreta årsvisa mål sätts upp, främst riktade till vad invånarna kan förvänta sig
- Inför varje år görs en verksamhetsplan som beslutas av intressenterna
- Finansieringsformerna utvecklas och differentieras
- Ekonomimodellen anpassas till den ökande volymen eHälsotjänster i drift

Beslut

Mot bakgrund av ovanstående föreslås styrelsen för Sveriges kommuner och landsting besluta

att rekommendera samtliga landsting, regioner och kommuner att anta föreslagen handlingsplan för eHälsoområdet för perioden 2013-2018

att rekommendera samtliga landsting och regioner att anta och finansiera bifogad verksamhetsplan för år 2013 och i den särskilt specificerade beslut

att uppdra till CeHis att i samarbete med intressenterna ta fram förslag till nytt avtal mellan samtliga intressenter för CeHis och Sveriges kommuner och landsting.

Verksamhetsplan 2013

För gemensam utveckling av eHälsa inom
ramen för CeHis

Innehåll

Inledning.....	4
Beslut.....	4
Strategi för nationell eHälsa inom kommunerna.....	5
Delmål och aktiviteter 2013 - 2014	5
Invånartjänster	7
Programövergripande satsningar	7
1177.se.....	8
1177 Sjukvårdsrådgivningen – rådgivning per telefon	9
UMO.se – Ungdomsmottagning på internet	11
Personliga e-tjänster	12
Ramverk och infrastruktur för e-tjänsteutveckling.....	12
Mina vårdkontakter.....	13
Min journal	15
Vårdtjänster.....	17
Nationell patientöversikt (NPÖ).....	17
Nationell ordinationsdatabas (NOD).....	18
Ordinationsverktyget Pascal	19
Svensk informationsdatabas för läkemedel (SIL)	21
Infektionsverktyget (förvaltningsobjektet)	24
Vårdhandboken	25
Rikshandboken i barnhälsovård.....	27
Eira	28
Elektroniska intyg	29
Svenska biobanksregistret (SBR)	31
Nationellt IT-stöd för händelseanalys.....	32
Infrastruktur.....	34
Katalogtjänst HSA.....	34
Nationell Identifieringstjänst – SITHS	36
Sjunet	38
Granskningstjänst EASY	40
Tjänsteplattformen.....	42

Säkerhetstjänster.....	45
Nationell test.....	46
Nationell Kundenservice	48
Video - distansmöte.....	49
Verkställande kansli, samordnad arkitektur, gemensam information, mm.....	52

Inledning

Denna verksamhetsplan för år 2013 utgör det första året i den nya handlingsplaneperioden 2013-2018. I denna verksamhetsplan för år 2013 konkretiseras det gemensamma arbetet i vissa inriktningsbeslut, samt förvaltningsobjekt och utvecklingsprojekt.

Planen innehåller de aktiviteter som finansieras gemensamt av intressenterna för CeHis.

Den totala omfattningen uppgår till 380 mkr. Av detta utgör 305 mkr samma nivå som finansierades 2012. Därtill förslås en ökning med 75 mkr för att säkerställa utrymme för utveckling.

I den förslagna nivån ingår ingen finansiering via statsbidrag. De tidigare dagmar-bidragen av mer generell karaktär har upphört. I stället kommer eventuellt statligt stöd att kunna påskynda utvecklingen inom specifika insatsområden.

Beslut

Följande inriktning och åtgärder beslutas:

- Huvudinriktningen är att stabilisera den befintliga strukturen , dvs högsta prioritet är att öka nyttan av gjorda investeringar.
- Den totala finansieringsnivån uppgår till 380 mkr och ska betalas per invånare.
- Effektiviserings- och rationaliseringspotential ska undersökas inom övriga IT-områden. CeHis ges i uppdrag att bistå med koordinering och återkomma med förslag till åtgärder i samspel med CeHis intressenter
- CeHis ges i uppdrag att, baserat på sin beställarroll, genomföra kostnadssänkning genom konkurrensutsättning av delar av nuvarande drift och förvaltning hos Inera samt rationalisering av administration och gemensamma kostnader inom CeHis och Inera
- Stockholms läns landsting har lämnat erbjudande att driva invånartjänster på CeHis uppdrag som representant för samtliga huvudmän. CeHis ges i uppdrag att inleda förhandlingar

Strategi för nationell eHälsa inom kommunerna

Programmet kommunal IT-samverkan i vård och omsorg syftar till att skapa och förstärka samverkan mellan kommunerna och mellan dessa och landstingen avseende IT-användningen och utvecklingen i vård och omsorg. Målet är att medborgarna får större delaktighet, och kan vara med och bestämma hur tjänsterna ska utformas och vem som ska utföra dem, genom IT-stödda självservice-lösningar.

Med nya IT-stöd kan personalen i vård och omsorg minska sin administration, genom att medborgarna själva sköter en del av administrationen. Kommunerna kan enklare följa upp vårdens och omsorgens kvalitet samt få ett aktuellt beslutsunderlag för verksamhetsstyrning, planering och resursfördelning. Vidare kan information på ett säkert sätt överföras mellan huvudmännen och privatvården, vilket säkerställer koordinerande insatser inom hela Vård och omsorgsområdet. Under 2012 har särskilt fokus varit på att säkerställa tjänsterna för roll och behörighets identifikation, samt delta i arbetet runt en nationell informationsstruktur med gemensamma termer och begrepp för socialtjänsten.

Statligt stimulansbidrag har utgjort finansieringen, tillsammans med egen finansiering från kommunerna.

Delmål och aktiviteter 2013 - 2014

Arbetet med programmet sker inom tre prioriterade utvecklingsområden.

Informationsstruktur

SKL deltar själv och med medlemmar i Socialstyrelsens utvecklingsarbete inom uppdraget gemensam informationsstruktur. Med en gemensam informationsstruktur och ett gemensamt fackspråk ökar mängden data som innehåller samma sak, och kan därför ligga till grund för beskrivning och jämförelser av resultat. Det skapar en källa för evidensbaserad praktik.

- Utveckling av tillämpad informationsstruktur inom äldreomsorgen och inom stöd till personer med funktionsnedsättning.
- KommunikERING av informationsstrukturen med tillhörande termer och begrepp.
- Utbildning av användare av informationsstrukturen regionalt/lokalt.

Teknisk Infrastruktur

För att nå en samlad information mellan vårdaktörerna oberoende av var man befinner sig, krävs en nationell patientöversikt (NPÖ). För att underlätta införandet i landets kommuner, har utvecklingsinsatser påbörjas för att tillgängliggöra NPÖ via webblösning på internet till kommuner och privata utförare. En gemensam utveckling av säkerhetstjänsterna SITHS och HSA startas upp under 2012 för att förbereda ny upphandling i mars 2013.

- Avtalen med CeHis/Ineras leverantörer för säkerhetslösningarna HSA/SITHS går ut i mars 2013. En ny upphandling ska förberedas under 2012 – 2013, där även

kommunerna deltar för att anpassa lösningarna även till den kommunala vården och omsorgen, och skapa möjlighet till gemensam vårdplanering.

- Ett utvecklingsprojekt startas i samarbete med CeHis/Inera för att ta fram en webblösning på Internet för att göra NPÖ tillgängligt för kommuner och privatvård.
- Gemensam informationsåtkomst mellan landsting och kommun genom NPÖ, testning i 4 län, Västra Götaland, Jönköping, Jämtland och Norrbottens län.

Ökat erfarenhetsutbyte

För att 290 kommuner ska utveckla eHälsa, krävs fortsatta kommunikationsinsatser.

- Statligt Stimulansbidrag till kommunerna, även under 2013, som förutsätter egen finansiering till minst hälften, för medverkan i utvecklingsarbetet av eHälsa.
- Samarbetsprojekt i Sjuhärad, 8 kommuner i Västra Götaland, runt utvecklingen av mobila tjänster inom hemtjänst och hemsjukvård. Avser 2 års projekt 2012 – 2013.
- Medverkan vid konferenser, såväl regionala/lokala som nationella. Ta fram material för informationsspridning kring aktiviteterna i programmet, med syfte att få samtliga av landets kommuner att utveckla eHälsa.

Invånartjänster

Invånartjänsterna ska vägleda invånare, patienter och närstående rätt i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Genom kvalitetssäkrad information, ökade möjligheter till delaktighet och stöd genom hela vårdkedjan skapas kontroll och trygghet för individen. Tjänsterna ökar tillgängligheten och flexibiliteten i kontakterna med vården och omsorgen utifrån individens förutsättningar och behov oberoende av tid och plats.

Invånartjänsterna medverkar till att frigöra resurser i andra delar av vården och omsorgen genom att ta tillvara patientens egna resurser och ge möjligheter till självservice samt i vissa fall erbjuda alternativa eller kompletterande vård- och behandlingsformer. Genom invånartjänsterna utformas även vård- och omsorgstjänster som kan effektivisera processerna i vården och omsorgen samt förbättra patientsäkerheten.

Invånartjänster är interaktiva tjänster i flera kanaler (webb, telefon och mobil) där invånaren kan vara identifierad eller inte utifrån behovet av integritetsskydd, men det nationella varumärket utgör även en tillförlitlig avsändare för tryckt informationsmaterial och kampanjer. Sammantaget kompletterar och förstärker tjänsterna och kanalerna varandra i ett koncept med målsättningen att leverera högsta möjliga kvalitet och servicenivå för att tillgodose befolkningens olika målgrupper.

Konceptet för invånartjänster inrymmer både nationella gemensamma delar och regionala och lokala olikheter. Det är viktigt med stor flexibilitet för huvudmännen att kunna anpassa utbud och tjänster till de egna förutsättningarna och behoven. För att uppnå verklig nytta måste utvecklingen ske nära invånare, patienter, vård- och omsorgsverksamhet. Delaktighet i utvecklingsprocessen skapar dessutom goda förutsättningar för implementering och användning. Samtidigt är den centrala samordningen väsentlig för att hålla ihop konceptet och att kunna använda de gemensamma resurserna på mest effektiva sätt.

Programövergripande satsningar

Koncept- och varumärkesutveckling – Invånartjänsterna behöver utvecklas kontinuerligt utifrån invånarnas förändrade beteenden och förväntningar men också i takt med att utformningen av hälso- och sjukvården och omsorgen behöver förändras och utvecklas. Sedan starten har omfattningen på invånartjänsterna successivt ökat och under 2012 förändras förutsättningarna ytterligare bland annat på grund av projektet Mina hälsotjänster, övertagandet av Nationella hjälplinjen och en eventuell kommande telefonrådgivning om cancer. Däremot bedöms inte tillgängliga resurser öka i samma takt. Det finns därför ett behov av att ompröva och definiera konceptet invånartjänster och hur de befintliga varumärkena bör utformas eller förändras för att stärka det samlade nationella konceptet, och vilka värden, innehåll och tjänster de står för. Ett programövergripande utvecklingsarbete för att tydliggöra konceptet och varumärkena ska därför genomföras under 2013.

Mobilanpassning – Att invånartjänster fungerar i mobiltelefoner och surfplattor är en självklarhet. Arbetet med att anpassa 1177.se och Mina vårdkontakter till så kallad responsive design påbörjas under 2012. Fortsatt arbete under 2013 för att säkerställa mobil tillgänglighet.

Språkstrategi - En viktig målsättning för invånartjänster är att förbättra tillgängligheten till vården. Ett led i detta är att underlätta för personer som inte talar svenska att kunna använda invånartjänsterna. En programövergripande pilot ska därför genomföras, med syfte att ta fram en strategi för hur information på nätet, e-tjänster och sjukvårdsrådgivning på telefon kan utformas och samverka för att nå en viss språkgrupp.

Livsstilsförändring - Ett fokusområde under 2013 är förebyggande och hälsofrämjande tjänster och information, där stöd till livsstilsförändringar är särskilt prioriterat. Insatser kommer främst att göras via informationskanalerna 1177.se och UMO, men ett programövergripande projekt ska även undersöka hur säkra e-tjänster och sjukvårdsrådgivning på telefon kan stärka livsstilsförändringar.

1177.se

1177.se är landstingens och regionernas nationella webbplats med information och tjänster inom hälsa, omsorg, sjukvård och tandvård.

Syftet med 1177.se är att stärka invånarens ställning genom ökad kunskap om den egna hälsan, möjlighet att hitta och jämföra vård i landet, jämföra priser och garantier inom tandvården och kunna ställa en anonym fråga till läkare, sjuksköterska eller tandläkare. 1177.se lotsar också invånarna till landstingens personliga e-tjänster. Webbplatsen har 21 regionala versioner med regionala startsidor, nyheter, artiklar och tillägg i de nationella artiklarna. 1177.se innehåller också temaområden som samlar fakta och patientberättelser inom ett specifikt område, exempelvis Cancer eller Barn och föräldrar.

I tjänsten Hitta och jämför vård finns kontaktuppgifter till alla mottagningar i Sverige samt när det gäller hälso- och sjukvård möjlighet att jämföra flera av dem utifrån tillgänglighet, nationell patientenkät, kvalitet, kompetens, tjänster med mera. Invånarna kan också jämföra priser och garantier i tandvården, både den landstingsdrivna tandvården och den privata.

Webbplatsen 1177.se har drygt två miljoner besök per månad (januari 2012).

Målsättning 2013

- **50 %** (26% i Vårdbarometern 2011) av invånarna känner år 2013 till att landstingen och regionerna har en gemensam webbplats som heter 1177.se där de kan få information om bland annat sjukdomar och behandlingar)
- **85 NAI** (78 för 2011)– ”Nöjd Användar Index” är en sammanvägning av fyra frågor som ställs till de som använder tjänsten (nöjdhet, nytta, rekommendation och förtroende).
- **20%** av alla invånare i Sverige uppger 2013-12-31 att de använder 1177.se när de vill göra jämförelser mellan vårdgivare och tandläkare.

- **40%** uppger att de brukar använda 1177.se/ Sjukvårdsrådgivningen/ Sjukvårdsupplysningen/ Vårdguiden som källa när du söker kontaktuppgifter eller information om hälso- och sjukvården Och tandvården (22% i Vårdbarometern 2010)

Förvaltning

- Förvaltning av innehåll, drift, teknisk applikationsförvaltning, licenser, och viss förvaltningsutveckling i form av justeringar och förbättringar samt uppföljning och utvärdering. **30 000 tkr**

Utveckling – prioritering

1. Fortsatt vidareutveckling av *Hitta vård* med fokus på att landsting/regionerna ska kunna föra över allt material från lokala webbplatser till 1177.se **500 tkr**
2. Fortsatt vidareutveckling av *Jämföra vård* med fokus på mer flexibla möjligheter för landsting/regioner att ansluta lokala jämförelser. **1 500 tkr.**
3. Fortsatt integration mellan information, öppna tjänster, inloggade enkla tjänster samt inloggade, säkra tjänster (Mina vårdkontakter). **1 500 tkr**
4. Fortsatt mobil anpassning av 1177.se genom responsiv design och nationell mobilapp för Hitta och jämför vård. **500 tkr**

Budget 2013 (budget 2012)

- **Förvaltning 30 000 tkr (36 600 tkr)**
- **Utveckling 4 000 tkr (4 900 tkr)**

1177 Sjukvårdsrådgivningen – rådgivning per telefon

1177 är det nationella kortnumret för sjukvårdsrådgivning per telefon. Till 1177 kan invånarna ringa dygnet runt, året om, från valfri plats i Sverige och från utlandet. Syftet med tjänsten är att öka tillgängligheten till kvalitetssäkrad rådgivning och att ge allmänheten hänvisning till rätt vårdenhet.

1177 Sjukvårdsrådgivningen är både regional och nationell. Varje landsting/region driver sin egen sjukvårdsrådgivning, men ingår i ett nationellt nätverk och följer nationella krav på kvalitet. Gemensam teknik, gemensamt rådgivningsstöd och gemensamma arbetsformer gör att landets olika sjukvårdsrådgivningar samverkar och hjälper varandra.

På nationell nivå finns behov att samverka vid krissituationer, exempelvis när en sjukvårdsrådgivning akut måste stänga tillfälligt. Tillgänglighet för alla, oavsett språk och eventuellt funktionsnedsättning, förutsätter också en nationell samverkan.

Under 2011 hanterade 1177 cirka 4,6 miljoner samtal.

Målsättning 2013

- **80%** av invånarna i Sverige ska 2013-12-31 ha kännedom om 1177 Sjukvårdsrådgivning via telefon (**65%** 2011. Mäts två gånger per år).

- **85 NAI** (81 för 2011)– "Nöjd Användar Index" är en sammanvägning av fyra frågor som ställs till de som använder tjänsten (nöjdhet, nytta, rekommendation och förtroende).
- **95%** (90% 2011) av de som ringer till Sjukvårdsrådgivningen ska 2013 uppge att de följer de råd de fått

Förvaltning

- Drift och förvaltning av telefonisystem och rådgivningsstöd. **23 400 tkr** (19 000 är fasta leverantörskostnader enligt avtal)
 - Drift och förvaltning av Telefoni
 - Drift o förvaltning av Rådgivningsstödet
 - 1177 Användarhjälp
 - Förvaltning av innehåll - Kontinuerlig revidering och underhåll av befintliga material i rådgivningsstödet. Ambitionen är att materialet inte är äldre än två år. **3500 tkr**. Nya brådskegrader ska vara genomförda och kommunicerade
 - Utbildningsverksamheten ska vara verksamhetsdriven och leverantören har övergått till att ta ett strategisk och pedagogiskt ansvar snarare än operativt
 - Det ska finnas en användarpanel med syfte att säkra användarperspektiv och användarnytta i samband med utveckling
 - Delta i programövergripande arbete för stöd till livsstilsförändring
- Rådgivningsstödet ska använda sig av HSA idKvalitetsmätningar ska genomföras enligt plan (användare, kännedom, patientnöjdhet) **500 tkr**
- 1177 Rådgivningsstödet webb ska vara infört i samtliga landsting och regioner samt hos totalt 15 kommuner och 20 privata vårdgivare **Självkostnad**
- Trepårtstolkning ska vara införd på minst 2 språk samt också funktion med nationellt samarbete avseende flerspråkiga telefonsjuksköterskor. **300 tkr**
- Programövergripande koncept- och varumärkesutveckling (se ovan). **300 tkr**
- Programövergripande språkstrategi och pilot (se ovan) **300 tkr**
- Pilotprov med bildtelefoni för teckenspråkstolkning ska vara genomfört. **500 tkr**

Utveckling – prioritering

1. Fortsatt kravställning mot HSA tillsammans med UMO och 1177.se. Den tekniska kopplingen mellan HSA och 1177 Rådgivningsstöd genomförs under 2012 **500 tkr**
2. Fortsatt utveckling mot Episerver – Anpassning granskningsverktyg. Syndikering av svarsbanksvar till 1177 Rådgivningsstöd Webb i första hand men gärna om möjligt erbjuda samma utökade sök i 1177 systemet. Mobilanpassa så att 1177 Rådgivningsstöd Webb går att använda i läsplatta **500 tkr**

3. Koppling till tjänsteplattformen och tjänstekontrakten för:

- tidbokning **500 tkr**
- listning **500 tkr**

Budget 2013 (budget 2012)

1177 Sjukvårdsrådgivningen finansieras utanför CeHis rambudget.

- **Förvaltning 28 800 tkr** (35 400 - 4500 (GK) = 30 900 tkr)
- **Utveckling 2 000 tkr** (1 000 tkr)

UMO.se – Ungdomsmottagning på internet

UMO.se är en nationell ungdomsmottagning på webb och mobil för unga mellan 13 och 25 år. Webbplatsen och den mobila versionen gör det lätt för målgruppen att hitta relevant, anpassad, aktuell och kvalitetssäkrad information inom områdena sex, hälsa och relationer. Syftet är att stärka och öka unga personers handlingsutrymme, möjligheter att utveckla jämlika relationer samt förbättrad hälsa. UMO.se har cirka 330 000 besök per månad, varav 30% kommer via mobilen. Fråga UMO svarar på ca 9 000 frågor per år.

Under åren har UMO.se byggt upp stor kompetens kring normkritisk och anpassad information till unga i frågor om sex, hälsa och relationer. Denna kunskap bör spridas inom landsting och kommuner.

Målsättning 2013

- Öka kännedomen bland unga i åldern 15-25 från 36% 2011, till 42% 2013
- Öka kännedomen bland killar 15-25 år, från 22% 2011 till 30% 2013
- **85 NAI** (52 för 2011)– "Nöjd Användar Index" är en sammanvägning av fyra frågor som ställs till den som använder tjänsten (nöjdhet, nytta, rekommendation och förtroende).

Förvaltning

- Förvaltning av innehåll - Kontinuerlig revidering och underhåll av befintliga artiklar. Drift av teknisk applikationsförvaltning och licenser, underhåll av driftsmiljö, tekniskt stöd och support mm. **8 000 tkr**
- Programövergripande koncept- och varumärkesutveckling (se ovan). **200 tkr**
Programövergripande språkstrategi och pilot (se ovan) **400 tkr**

Utveckling – prioritering

1. Integration mellan information, öppna tjänster (1177.se och UMO.se) och inloggade, säkra tjänster anpassat för målgruppen unga. **500 tkr**
2. Stöd för livsstilsförändring – Utveckling av appar, exempelvis för att sluta röka, för att få stöd i att må bättre eller för Fråga UMO. **300 tkr**

Budget 2013 (budget 2012)

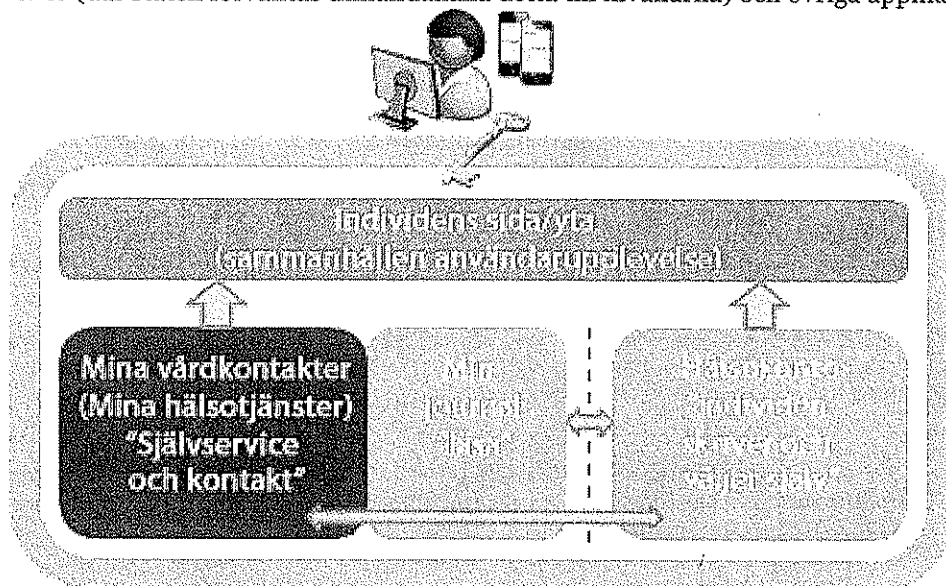
- **Förvaltning 8 000 tkr** (9 500 tkr)
- **Utveckling 800 tkr** (1 000 tkr)

Personliga e-tjänster

Personliga e-tjänster är samlingsnamnet för säkra e-tjänster kring invånarens hälsa, vård, tandvård och omsorg. De personliga e-tjänsterna består av tre delar:

- Mina vårdkontakter (Mina hälsotjänster) – "Självservice och kontakt"
- Min journal – "individen kan läsa"
- Hälsokonto – "individen skriver och väljer själv"

De personliga e-tjänsterna hänger tätt ihop och delar på gemensamma stödtjänster, exempelvis autentisering, invånarkonto, individindex, engagemangsindex. Invånaren har samma inloggning/konto och får en sammanhållen användarupplevelse. I utvecklingen av personliga e-tjänster ska ett nära samspel ske mellan CeHis och staten när det gäller kopplingen mellan Hälsokonto (där staten förväntas tillhandahålla detta till invånarna) och övriga applikationer.

**Ramverk och infrastruktur för e-tjänsteutveckling**

Ramverk för e-tjänsteutveckling bidrar till att samordna och effektivisera e-tjänsteutvecklingen i landsting, regioner, enskilda vårdenheter och andra leverantörer. I förlängningen leder det till att invånarna kan erbjudas användbara, sammanhållna och lättillgängliga e-tjänster i snabbare takt. Det tekniska ramverket består bland annat av:

- Styrande principer som utgör det överordnade regelverket för e-tjänsteutveckling inom programområde invånartjänster.
- Återanvändningsbara stödtjänster som görs tillgängliga för aktörer inom e-tjänsteutveckling.
- Riktlinjer, instruktioner, checklistor och mallar som underlättar och stöttar olika aktörer inom e-tjänsteutveckling.
- Förvaltning av framtagna tjänstekontrakt som har tyngdpunkten mot att stödja invånartjänster.

Målsättning 2013

Förvaltning

- Drift och förvaltning av befintliga och tillkommande tjänstekontrakt **12 000 tkr**

Utveckling - prioritering

1. Utveckling av nya tjänstekontrakt för ombudshantering, **1 000 tkr**
2. Fristående autentiseringstjänst med användarkonto. Beroende på vad som hinner realiseras under 2012 kring fristående autentiseringstjänst, kan det finnas delar kvar att utveckla under 2013. **2 000 tkr**
3. Utveckling av infrastrukturtjänst för nationell tjänst för formulärhantering, för stöd av uppgifter inför och efter vårdhändelser, kvalitetsregister etc. **3 000 tkr**
4. Utveckling av ytterligare stödtjänster **1 000 tkr**

Budget 2013 (budget 2012)

- **Förvaltning 12 000 tkr (7 500 tkr)**
- **Utveckling 7 000 tkr (4 000 tkr)**

Mina vårdkontakter

Mina vårdkontakter ger invånaren möjlighet till personliga e-tjänster och säker kontakt med de mottagningar och tjänster som är anslutna och integrerade med tjänsten. Invånaren kan exempelvis ställa frågor till vårdpersonal, förnya recept, beställa provtagning, boka tid för besök, se sina recept och uthämtade läkemedel, se och göra sitt vårdval.

Fler och nya tjänster utarbetas successivt och görs tillgängliga till invånare. Den tekniska plattformen vidareutvecklas och skalas upp för att klara ökade volymer och för att andra leverantörer ska kunna integrera och leverera tjänster till invånare. Fortsatt prioritering av stöd av införandet av nya tidböcker för direkttidbokning inom flera landsting och regioner.

Användningen av Mina vårdkontakter ökar i rask takt och har över 900 000 invånarkonton (10% av Sveriges invånare), 60 000 vårdaktörskonton, 4 000 mottagningar och 12 000 inloggningar per dag (feb 2012).

Målsättning 2013

- **25%** av invånarna i Sverige ska 2013-12-31 ha kännedom om personliga tjänster via Mina vårdkontakter (**9%** 2011). Mäts två gånger per år).
- **85 NAI** (79 för 2011) – "Nöjd Användar Index" är en sammanvägning av fyra frågor som ställs till den som använder tjänsten (nöjdhet, nytta, rekommendation och förtroende).
- **25%** av landstingets/regionens invånare ska 2013-12-31 ha konto i Mina vårdkontakter.
- Alla landsting och regioner ska under **perioden 2011-12-31 – 2013-12-31 fördubbla antal inloggningar** som sker genom Mina vårdkontakter

Förvaltning

	2012	2013
Underhåll av driftmiljö	3000	4250 **
Teknisk applikationsförvaltning och licenser	5000	8500 **
Utökning av och uppskalning av driftmiljö. Utökad teknisk plattform med krav på större volymer i inloggning och vårdenheter. Ökad flexibilitet kring integrationer och större möjlighet till parallell utveckling.	1000	2550
Mindre utvecklingsaktiviteter inom ramen för förvaltning	2000	1700 **
Befolkningsregistret	100	850
Flyttas till Ramverk och infrastruktur för e-tjänsteutveckling?		
Personella resurser förvaltning/utveckling	2500	4250 **
Vårdgivarsupport	2000	1700
Invånarsupport	1000	1700 **
Utveckling tjänster mot HSA/TP	500	1275 **
Integration mot andra tjänster/system	1000	2125 **
Personella resurser för teknisk stöd till landsting	500	850 **
Förvaltning Mina vårdkontakter fristående tidbok		1700 **
Totalt (nedbantning med 15% på förvaltning)	24 600	31 450

* Förvaltning flyttad till ramverk och infrastruktur för e-tjänsteutveckling

** Kostnadsökningen för 2013 är relaterat till beräknade ökade volymer av användning enligt målen. för 2013 Förvaltningskostnaden för tjänsten finansieras nu genom nationella medel. Tjänsten Fristående tidbok tillgängliggörs för nationell förvaltning för att breddas och kunna användas av fler landsting.

Utveckling - prioritering

1. Ombudsfunktion för vårdpersonal, vårdnadshavare och anhörig.
1. Lösning för att skydda integriteten hos barn och ungdomar som använder e-tjänster. ****
1. Formulärtjänst för vård och patienter för att göra förberedelser och uppföljningar ****
1. Fortsatt utveckling för att tillgängliggöra alla tjänster via mobilen
2. Stöd för att visualisera patientens vårdflöden
2. Vidareutveckling av provtagningstjänst med möjlighet till remiss och svar direkt till lab/journalsystem.
2. Integration och vidareutveckling av intygstjänst, exempelvis sjukintyg
 - Anslutning till Nationell Ordinationsdatas för att ersätta den befintliga läkemedelsförteckningen och e-recepten. .
 - Utveckling för integration av tjänster i det nationella hälsokontot

Budget 2013 (budget 2012)

- **Förvaltning 25 000 tkr (24 600 tkr)**
- **Utveckling 10 000 tkr (4 500 tkr)**

Min journal

Tjänsten Min journal visar en översikt över den vårddokumentation som finns för en person, som exempelvis journalanteckningar, laboratoriesvar, läkemedel och andra ordinationer. Från översikten kan journalutdrag beställas och hämtas, för att sedan sparas i Mitt hälsokonto, eller delas med närstående, vårdgivare eller andra aktörer. Journaltext är via metadata kopplad till förklarande information från 1177.se. I Min journal kan spärrar av information hanteras, och loggar läsas över vilka vårdgivare som öppnat journalen.

I Vårdbarometern 2011 uppger 55% av befolkningen att de ser stort värde att kunna läsa sin egen journal via Internet.

Målsättning 2013*Utveckling*

- Användartester, utvärderingar
- Vidareutveckling av funktionalitet, exempelvis spärrtjänst
- Fortsatt anslutning av flera vårdssystem och anslutningsstöd till leverantörer

 Center för eHälsa
i samverkan

2012-05-16

Dnr 12/0181

Budget 2013 (budget 2012)

- Förvaltning
- Utveckling 4 000 tkr (3 000 tkr)

(

(

(

(

Vårdtjänster

Nationell patientöversikt (NPÖ)

Med Nationell patientöversikt, NPÖ blir ett urval av information från genomförda och planerade vårdtillfällen tillgänglig för andra vårdgivare. Det innebär att en behandlande vårdgivare får säkrare faktaunderlag. Tillgång till informationen förutsätter patientens samtycke och att reglerna i patientdatalagen följs.

Målsättningen med NPÖ är att öka vårdkvalitet och verksamhetsnytta, inte minst i övergångarna mellan den vård som är kommunernas ansvar och den vård där landsting/regioner är huvudmän. Vid inledningen av 2012 är sex landsting anslutna som producenter i NPÖ, och ytterligare åtta har startat anslutningsprojekt som kommit olika långt. Ett tjugotal kommuner är konsumenter av NPÖ, dvs tar del av patientinformation via NPÖ. De vårdssystem som är anslutna idag är. SystemCross, Cosmic, LabRos, Melior och Bild- och Funktionsregistret (BFR).

Under 2012 är målsättningen att alla landsting/regioner ska vara anslutna både som producenter och konsumenter, att minst 70 kommuner ska vara anslutna som konsumenter, att några kommuner på försök ska erbjudas vara anslutna även som producenter, att minst en privat vårdgivare ska vara ansluten som producent och konsument, och att vårdsystemet Obstetrix och 1177-journalen ska vara anslutet.

Målsättning 2013

Under 2013 kommer flera nya typer av användningsfall av NPÖ tas i bruk. Belastningen på tjänsten kommer markant att öka och därmed öka kraven på tjänstens utveckling och på tjänstens förvaltning. Anslutningsarbetet kommer att fortgå vilket kräver fortsatt beredskap på stödjande åtgärder. Beredskap krävs inom samtliga områden, det vill säga inom teknik, innehåll och funktion, juridik och information och kommunikation.

Förvaltning

- En stabil och väl fungerande förvaltning av NPÖ-tjänstens funktionalitet och dess informationsmängder ska fortsätta
- Anpassning av informationsmängder, exempelvis för kommuner som producenter
- Upprätthålla och anpassa befintlig funktionalitet utifrån lagkrav och beroenden till andra nationella tjänster, exempelvis Pascal/NOD, SepSOS, HSA, mm
- Frågetjänsten införs
- Förbättring och effektivisering av nuvarande leveransprocess
- Förberedelser inför leverantörsavtalets upphörande

Utveckling

- NPÖ för mobil användning. Ett förslag som aktualiserats från kommun och akutsjukvården
- Funktionalitet för exempelvis säker bildhantering via länkar
- Utökning av informationsmängder för tandvård, mödravård, barnhälsodata, undersökningsresultat för patologi och cytologi, remissinformation mm.

Införandestöd

- Fortsatt införandestöd kommer att behöva tillhandahållas gentemot anslutande vårdgivare. Företräddelsevis kommuner och privata vårdgivare samt de landsting som eventuellt inte har genomfört/slutfört anslutning under 2012.
- Införandestöd behöver tillhandahållas till befintliga anslutna i fall ny funktionalitet eller förändringar införs i NPÖ
- Förvaltning av införandestöd, material och dokument.

Budget 2013 (budget 2012)

- Förvaltning 35 000 tkr (35 500)
- Utveckling 2 000 tkr (-)

Nationell ordinationsdatabas (NOD)

Det gemensamma målet för de två projekten Pascal och NOD är att skapa tillgång till uppdaterad information om patientens samlade läkemedelsordinationer. Informationen ska finnas tillgänglig genom hela vårdprocessen – ända från ordinationstillfället, via expedition på apotek till t.ex. vård i hemmet, för att underlätta en säker läkemedelsanvändning. En sammanhållen och gemensam läkemedelslista per patient lagras i den Nationella Ordinationsdatabasen (NOD) hos Apotekens Service AB.

Utgångspunkten för arbetet med NOD är att betrakta den samlade informationskällan för öppenvårdspatienter som både journalinformation och receptinformation. Ur vårdens synvinkel är det journalinformation och ska därmed införlivas den i den sammanhållna journalföringen. För apotekens synvinkel är det receptinformation och underlag för expediering. Med detta synsätt försvinner förskrivning då en separat skriftlig utfästelse, förskrivning, inte behövs. Vården och apotekssidan kommer att ha tillgång till samma "fysiska informationskälla", men via två vyer (vy likställs således med "register"). I vårdens vy regleras åtkomst till information av patientdatalagen och lagen om Läkemedelsförteckningen. I apotekens vy regleras åtkomst till information av lagen om receptregister och lagen om Läkemedelsförteckningen. Vid varje given tidpunkt måste det gå att svara på vilken informationsmängd som ingår i respektive vy.

Målsättning för 2012 och en förutsättning för arbetet under 2013 är att NOD version 1.0 är realiserat och driftsatt. I version 1.0 ingår att ordinator kan i NOD, via Pascal ordinationsverktyg, hitta, titta och ändra ordinationer. NOD version 1.0 kommer att både innehålla ordinationer som skapats i Pascal ordinationsverktyg och ordinationer som skickats till NOD som eRecept. Ordinationer som skapats i Pascal lagras i NOD version 1.0 som journalhandling. Se Projekt Pascal för detaljerad information om vilka tjänster som första versionen av NOD innehåller.

Målsättning 2013

Fokus för arbetet under 2013 är att ansluta och integrera läkemedelsmoduler i journalsystemen mot NOD. Majoriteten av vårdsystemsleverantörerna ska genom ett effektivt införandearbete och stöd ha inlett och avslutat integration mot NOD. Anslutningen kommer ske genom samma kommunikationsgränssnitt som används av Pascal Ordinationsverktyg. Under 2013 kommer även läkemedelsinformationen i Nationella Patientöversikten att visas från NOD.

Målsättning under 2013 är att införa NOD version 2.0. I den versionen kommer både nya och "nygamla" tjänster som inte togs med i version 1.0 att införas. Utifrån funktionslista kommer styrgruppen att prioritera och besluta vilka funktionaliteter som ska införas i NOD version 2.0.

Förvaltning

- En stabil, effektiv och väl fungerande förvaltning av NOD:s funktionalitet och dess informationsmängder
- Drift och support ska upprätthållas enligt överenskomna nationella SLA
- Befintlig funktionalitet ska upprätthållas och anpassas utifrån lagkrav och beroenden till andra nationella tjänster, exempelvis Läkemedelsförteckningen, Receptregistret, Pascal ordinationsverktyg och landstingens vårdssystem

Budget 2013 (budget 2012)

- **Förvaltning 5 000 tkr ()**
- **Utveckling 3 000 tkr ()**

Ordinationsverktyget Pascal

Projektet Pascal och NOD arbetar för att ordinatören ska få tillgång till patientens samlade läkemedelshistorik oavsett var och av vem läkemedlen har ordinerats. Målsättning att det ska vara en gemensam lista för patienten över vilka läkemedel som patienten fått förskrivet. En sammanhållen läkemedelslista bidrar till ökad kvalitet vid läkemedelsbehandling. Under 2011 har ett ordinationsverktyg tagits fram med SIL inbyggt som beslutsstöd. Projektet har etablerat en nationell driftsmiljö, samt support införandestöd. För att uppfylla patientdatalagen har vårdens säkerhetslösningar implementerats (HSA, SITHS och Säkerhetstjänster).

Under 2012 implementeras ordinationsverktyget Pascal som ett huvudsakligt verktyg för dosordinationer. Parallellt med igångsättningen av ordinationsverktyget i vården har utveckling

av NOD (Nationell ordinationsdatabas) startats. NOD kommer att utgöra den nationella källan för ordinationer skapade inom (inledningsvis) öppenvården. Informationen i NOD blir en del av journalen, en nationellt gemensam läkemedelslista.

Hårdvara och kommunikation till/från NOD förvaltas och driftas av Apotekens Service AB. Tjänster för integration i vårdssystem och integration i ordinationsverktyget Pascal kommer att utvecklas och tillhandahållas av Inera AB. Support och drift är etablerad inom Landstinget i Jönköping. Applikationsförvaltning hanteras av Inera AB.

För version 1.0 av NOD kommer ordinationsverktyget Pascal att erbjuda nedan beskriven funktionalitet till vårdens aktörer. Likaså kan dessa funktioner erbjudas i vårdssystem:

1) *Patientinformation* (t ex hämta patientinformation med hjälp av personnummer om patienten tillhör det "tillåtna" patienturvalet, Välja patient att arbeta med, etc) – 2) *Samtyckeshantering och spärrar* (t ex registrera patientens samtycke till att bli dospatient, registrera patientens samtycke till åtkomst till historisk e-receptinformation (= NOD:s innehåll från start), registrera patientens samtycke enligt PDL till åtkomst till journalinformation (ordinationer) från andra vårdgivare, Registrera patientens samtycke till åtkomst till Läkemedelsförteckningen, etc) – 3) *Loggning* (t ex loggning av åtkomst till patientens NOD och Läkemedelsförteckningen, Hantera utlämning av loggar till patienten och till vården, etc) – 4) *Befintliga ordinationer i NOD* (Visa historisk e-receptinformation (= NOD:s innehåll från start), Visa patientens befintliga ordinationer etc) – 5) *Skapa nya ordinationer och ändra befintliga ordinationer* (t ex skapa ny ordination inklusive behandlingsändamål för utskrift på patientens läkemedelsförpackning, vilken läkemedel/handelsvara som ska ordineras, "strukturerad" dosering, ordinationens giltighet, etc) – 6) *SIL* (t ex visa SIL-information, interaktioner, rekommendationer etc).

Målsättning 2013

Förvaltning

- En stabil och väl fungerande förvaltning av ordinationsverktyget Pascal och NOD-tjänsternas funktionalitet och dess informationsmängder ska fortsätta
- Drift och support ska upprätthållas enligt överenskomna nationella SLA
- Befintlig funktionalitet ska upprätthållas och anpassas utifrån lagkrav och beroenden till andra nationella tjänster, exempelvis NPÖ och landstingens vårdssystem
- Ett nära samarbete med Apotekens Service AB ska vara etablerat för effektiv förvaltning, support och vidareutveckling

Utveckling

- Pascal ordinationsverktyg ska utvecklas för att även fungera som en mobillösning på smartphones och iPads.

- Doseringslogiken i Pascal ordinationsverktyg ska utvecklas med målsättningen att ordinatören ska ordinera på "samma sätt och i samma ordinationsvy" oavsett hur läkemedlet administreras (dos eller originalförpackning).
- Hantera ordinationer för patienter med samordningsnummer och reservnummer
- Spara och visa kortnotationer
- Ange och visa ordinationsorsak
- Visa eventuella nya informationsmängder från SIL
- Ange utsättningsorsak via en strukturerad lista över orsaker
- Visa *farmaceutens* förändringar av expeditiionsunderlag/recept (annat än via uttagsinformationen i LF)
- Ge patienten egen åtkomst till ordinationslistan (däremot ska patienten fortfarande komma åt "Mina sparade recept" och Läkemedelsförteckningen)
- Ange/visa information om att läkemedelsgenomgång gjorts med patienten
- Ange/kontrollera tidpunkt(er) för utvärdering av behandling samt utvärderande vårdenhet
- Visa information om licensläkemedel (kräver att Apotekens Service tar över hanteringen från Apoteket AB)

Budget 2013 (budget 2012)

- **Förvaltning 12 000 tkr (). Varav drift och support 5 000 tkr.**
- **Utveckling 7 000 tkr ()**

Svensk informationsdatabas för läkemedel (SIL)

SIL innehåller kvalitetssäkrad läkemedelsinformation till sjukvårdssystem, främst för förskrivning och ordination men också andra beslutsstöds- och stödsystem inom sjukvården, och bidrar till evidensbaserad och kostnadseffektiv vård.

SIL innebär att förskrivare via sitt journalsystem får tillgång till samlad information om läkemedel, där innehållsmässiga och tekniska avvikelser mellan källor har minimerats genom en kvalitetskontroll. Syftet är att man som patient ska kunna känna sig trygg med att förskrivaren har tillgång till samma information om läkemedel oavsett var i Sverige man bor och oavsett vilket journalsystem som läkaren/sköterskan använder.

SILs läkemedelsdatabas ger idag (januari 2012) tillgång till grundläggande information från följande källor: 1) Varuregisterinformation för Läkemedel i samverkan med Läkemedelsverket och Apotekens Service AB, 2) Läkemedelsnära artiklar inom förmånen ur apotekens varuregister för

förbrukningsartiklar för t ex stomi och diabetes, prisnedsatta livsmedel för barn under 16 år, generella varunummer för licensläkemedel och extempore, 3) Förmånsbegränsningar från TLV, Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket. Vidare innehåller SIL specialiserad läkemedelsinformation/tjänster för: 1) Landstingens rekommenderade läkemedelslistor., 2) FASS-texter, 3) Interaktioner (SFINX), 4) Graviditet (FASS), 5) Amning (FASS), 6) Doseringskälla, framför allt avsedd för öppenvårdens behov, och 7) Kortnotationer.

Genom RekOrd – ett verktyg för landstingen att skapa och administrera sina rekommenderade läkemedel – möjliggörs för landets läkemedelskommittéer att nå ut med sina rekommendationer och för förskrivarna att lätt nå dessa via journalen. Listorna som skapas baseras på SIL-information och distribueras via SILs läkemedelsdatabas.

Nedanstående målsättning 2013 utgår från att förvaltningsplan 2012 års mål och leveranser är uppfyllda. Bland annat veckovis produktion av SIL, nya källor och tjänster, substansregister, licens- och naturläkemedel, Läkemedel och Amning respektive Fosterskador, tjänster och källor för Läkemedel och Äldre, Biverkningsöversikt, deltagande i utveckling av NPL4, REKORD (ny version), SIL-ONLINE (ny version) samt att införande av SIL i vården har nått målet att 100% av alla journalsystem har integrerat SIL.

SIL används 28 miljoner gånger per år. I december 2011 stod de nio största systemen som integrerat SIL för 78% av samtliga inskickade e-recept i Sverige. Det motsvarar 2,4 miljoner per månad eller 77 000 per dag. I varje inskickat e-recept av dessa har minst en slagning gjorts mot SILs kvalitetssäkrade läkemedelsinformationstjänster.

Målsättning 2013

Förvaltning verksamhet

- En ökad ambition genom produktion av två parallella versioner av SIL minst 2 ggr per vecka (idag 1 ggr/vecka), målet på sikt är 1 ggr per dag. Även möjlighet till inkrementell uppdatering.
- Kvalitetssäkring av SIL information. Utarbetad och överenskommen kvalitetsprocess med gemensamma valideringsregler och krav på innehåll för alla källägare och användare: Inera/SIL, LV, ASAB, TLV, LIF osv.
- Infrastruktur och stöd för förvaltning av nationella vårdspecifika läkemedelskällor, antingen inom Inera eller hos annan part inom vården (t.ex. Landsting eller annan vårdinriktad institution/organisation).

Förvaltning teknik

- Helt automatiserat bygg- och installationssystem för SILs tjänster och stödverktyg. Modulariserade SIL-tjänster i Molnet. Modern skalbar teknik baserad på öppen teknologi. Kortare utvecklingscykler för förändringar av information och nya tjänster.

Support

- Högkvalitativ och kundnära support och felhantering till användare, systemägare och systemleverantörer i vården.

Införande

- SIL används (100%) förutom av landsting även av andra vårdgivare inom kommunal och privatvård.
- Utredning om det finns ytterligare behov och krav på användning hos t.ex. försvar, polis eller annan myndighet.
- (Godkännande-) Test och verifiering av vårdsystem och läkemedelsmoduler, som använder SIL, hur väl de uppfyller kraven och förutsättningarna specificerade i SIL integrationshandledningar inklusive testfall för olika tjänster och källor.
-

Utveckling stödsystem och nya tillämpningsområden

- Utbildning av användare, kravställare inom vården och leverantörer inom området Läkemedel/ Läkemedelsinformation och i användning av SILs olika tjänster. Utbildning sker i Ineras regi i samverkan med olika partners och expertorganisationer. Både inhouse-utbildning och e-learning. Samverkan med övriga tjänster och projekt inom Inera.
- SIL som invånartjänst, integration med 1177
- SIL integrerat med Vårdhandboken och Hälsobiblioteket
- Vidareutveckling av SIL-ONLINE (i samverkan med Pascal) för andra målgrupper: Patienter, kommunal och provat (annan) vård.
- RekOrd utökas med terapibeskrivning och annan information, enligt önskemål från LOK (lokala läkemedelskommittéernas IT-grupp).

Utveckling tjänster och källor

I dag vet vi att bl.a. nedanstående källor och tjänster är starkt efterfrågade för vårdens framtida läkemedelsmoduler. SILs utveckling fokuserar speciellt på fyra prioriterade områden: Beslutsstödstjänster, Läkemedel och Äldre, Läkemedel och Barn, Generisk Förskrivning, utöver grundläggande läkemedelsinformation. Utvecklingen för 2013 baseras på att en problem- och behovsutredning samt prioritering av behoven sker under hösten 2012, varefter utveckling, test och produktionssättning av nya källor och tjänster implementeras i SIL v3.2 med leverans Q1 2014.

Nya Källor	Grundläggande läkemedels tj.	Beslutsstöds- tjänster	Läkemedel och Äldre	Läkemedel och Barn	Generisk Förskrivning
Indikationsregister	X	X	X	X	X
Ordinationsorsak	X	X	X	X	X

Nya Källor	Grundläggande läkemedels tj.	Beslutstöds-tjänster	Läkemedel och Äldre	Läkemedel och Barn	Generisk Förskrivning
Maxdos		X	X	X	
Nationella ordinationsmallar (NOL)	X		X	X	X
Dosering Äldre och läkemedel.		X	X		
Läkemedel och miljöpåverkan	X	X			
läkemedelsförsäkringen	X	X			
Identifiering av Läkemedel/Tabletter		X	X		X
E-spc	X	X			X
Neonataalkälla		X		X	
Läkemedelsmonografier, bipacksedlar	X				
NPL 4 –det nya varuregistret	X				
Informationskällor i EES Utvärdering och integration		X	X	X	
Resistensmönster	X	X			X
Läkemedel och mat	X	X			
Dopingkälla		X			
Nationella och lokala vårdspecifika läkemedelskällor och kunskapsstöd		X	X	X	X
SIL tjänster som stöd för en avstämningsmodul		X	X	X	X

Budget 2013 (budget 2012)

- Förvaltning 5 000 tkr (7 300 tkr).
- Utveckling 7 500 tkr (7 000 tkr). Inte alla utvecklingspunkterna ovan kan levereras inom denna budgetram.
- Avtal med SLL av disposition av interaktionsdatabasen Sfinx mm 10 000 tkr(10 000)

Infektionsverktyget (förvaltningsobjektet)

Ett nationellt IT-baserat verksamhetsstöd för enhetlig dokumentation, lagring och återkoppling av information om infektioner (vårdrelaterade och samhällsförvärvade), antibiotikaordinationer och vissa riskfaktorer.

Fler anslutningar i Uppsala och VGR under 2012. Samtliga landsting arbetar med införandet av Infektionsverktyget. Hur långt de kommit i arbetet skiljer sig åt mellan landstingen, några planerar för pilotdrift under år 2012. Implementeringsprocessen av Infektionsverktyget ingår i SKL:s patientsäkerhetsöverenskommelse med staten och diskussioner förs om att det skall finnas

med som en indikator att landstingen har nått pilotdrift under 2013 och startat breddinförande under 2014.

Målsättning 2013

Förvaltning

- Övergripande målsättning: Att samtliga vårdgivare som vill införa Infektionsverktyget skall få den hjälp/stöd de behöver för att genomföra detta.
- Förvalta den nationella tekniska lösningen (inklusive viss vidareutveckling av plattformen för att tillgodose de behov som uppstått vid breddinförandet och drift)
- Stödja befintliga anslutningar i implementeringsprocessen
- Stödja nya anslutningar
- Sprida information via informationsdagar och konferenser

Utveckling

- Vidareutveckling av rapportverktyget
- Utökad informationshantering för att de behov som uppstått vid breddinförandet.
- Anslutning till Säkerhetstjänster
- Anpassning till RIV TA 2.1
- Anpassning till uppdaterade referensarketyper och templates
- Anpassningar för införande i primärvård

Budget 2013 (budget 2012)

- **Förvaltning 9 000 tkr (6 400 tkr)**
- **Utveckling 0 tkr (1 600 tkr)**

Enligt utvecklingsaktiviteter ovan men förutsätter separat finansiering

Vårdhandboken

Vårdhandboken är idag ett rikstäckande kunskapsstöd för ett flertal yrkesgrupper i dagligt arbete inom vård och omsorg. Vårdhandboken är ett stöd för verksamhetschefer och medicinskt

ansvariga sjuksköterskor i lednings- och kvalitetsarbetet. Vårdhandboken är också ett verktyg vid vårdutbildningar och när vård utförs av närstående.

Vårdhandboken är en webbplats med information kring arbetsmetoder i vården, undersökningar, provtagningar och behandlingar. Den beskriver också hur man hanterar olika hjälpmedel och medicintekniska produkter. Vårdhandboken vänder sig till ett flertal yrkesgrupper som arbetar inom vård och omsorg. Innehållet baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Innehållet granskas och kvalitetssäkras i flera steg före publicering.

Vårdhandbokens metoder och riktlinjer bidrar till att användandet av evidensbaserad praktik inom vård och omsorg stärks på regional och lokal nivå.

Under 2011 har Vårdhandboken haft 827 571 besök och 4 242 533 sidvisningar, och antalet besök ökar ständigt.

Målsättning 2013

Förvaltning

- Vårdhandboken ska vara tillgänglig för alla via webben (även i mobil och surfplatta) dygnet runt året om.
- Vårdhandbokens innehåll, 112 ämnesområden, 15 filmer/animationer/bildspel, 15 testa dina kunskaper, samt cirka 400 illustrationer/foton, revideras årligen.
- Nyproduktion av text och bild.
- Kontinuerlig dialog med användarna, författare, och faktagranskare för utökat och förbättrat innehåll.
- Omvärldsbevakning och marknadsföring genom besök på t ex arbetsplatser, konferenser och mässor.
- Marknadsundersökning, för ökad kännedom och användning av Vårdhandboken, är genomförd och utvärderad.
- Vårdhandboken finns också på webbplatsen hälsobiblioteket.se, en portal riktad till personal inom vård och omsorg.
- Fortsatt samverkan med bl a Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Svensk sjuksköterskeförening (SSF) och med Nationella Kvalitetsregister.
- Samordning med övriga kunskapstjänster (1177, Rikshandboken i barnhälsovård, Eira, och Hälsobiblioteket) för ökad kvalitet och kostnadseffektivitet, t ex avseende teknik och webbförvaltning

Utveckling

- En förstudie "Lokala tillägg i Vårdhandboken" genomfördes 2011. Pilotinförande planeras under 2012. Implementering av lösningen fortsätter under 2013. Många användare hör av sig till Vårdhandboken och önskar denna utveckling. Tanken är att

all information ska samordnas och effektiviseras i och med att Vårdhandbokens texter och de lokala tilläggen kan läsas tillsammans. Kvaliteten ökar och därmed också patientsäkerheten då all information samlas på ett ställe. Dessutom effektivisering då behovet av att utarbeta egna riktlinjer minskar.

- Indexering av texter i Vårdhandboken med hjälp av ämnesord (MeSH och Snomed).
- Översätta valda delar av Vårdhandboken till annat språk för att öka tillgängligheten.

Budget 2013 (budget 2012)

- **Förvaltning 3 000 tkr (3 000)**
- **Utveckling 500 tkr (0)**

Rikshandboken i barnhälsovård

Rikshandboken i barnhälsovård (RHB) är en rikstäckande, välkänd och på många håll välanvänd tjänst med kvalitetssäkrade nationella riktlinjer i tillämpad barnhälsovård. Handboken har ett innehåll anpassat för att möta behov i olika användargrupper. Den är ett modernt, mobilanpassat och flexibelt verktyg.

RHB har ett aktivt redaktionsråd/förvaltningsgrupp med ett tydligt uppdrag. Målet för redaktionsrådet är bland annat att öka användningen av Rikshandboken ute i landet. Lokala handböcker författas och används tyvärr fortfarande i alldeles för hög grad. Detta dubbelarbete är ett resursslöseri och dessutom är dessa handböcker inte alltid aktuella med senaste kunskap och evidens. Rikshandboken i barnhälsovård kommer att bidra till att samma evidensbaserade och uppdaterade kunskap om barnhälsovård används i hela landet – vilket är en förutsättning för vård på lika villkor. De nya riktlinjerna inom barnhälsovård (Evelinaprojektet) från olika myndigheter kommer att publiceras i rikshandboken, till exempel basprogrammet för barnhälsovården.

Målsättning 2013

Förvaltning

- Rikshandboken för barnhälsovård ska vara tillgänglig för alla via webben (mobil och surfplatta) dygnet runt året om.
- Årlig revidering och kvalitetssäkring av artiklar, råd och riktlinjer om små barns hälsa och utveckling.
- Fortsättning på arbetet "Testa dina kunskaper" och "Frågor och svar", som är ett komplement till texterna i Rikshandboken.
- Fortsättning på arbetet att ta fram nya riktlinjer för barnhälsovården i landet (Evelinagruppen), samarbete med redaktionsgruppen för Evelinaarbetet.
- Dialog med användare, författare och granskare. Samt utvärderingar av vilken nytta webbplatsen gör hos målgruppen, vilka behov målgruppen har och hur användarvänlighet ska åstadkommas.

- Öka användning av RHB såväl inom barnhälsovård som inom universitet och högskolor, förskolor och socialtjänsten genom bland annat besök på arbetsplatser, konferenser och mässor.
- Fortsatt samverkan med yrkesföreningar och myndigheter.
- Samordning med övriga kunskapstjänster (1177, Vårdhandboken, Eira, och Hälsobiblioteket) för ökad kvalitet och kostnadseffektivitet, t ex avseende teknik och webbförvaltning

Utveckling

- "Lokala tillägg" i RHB planeras i samprojekt med Vårdhandboken. Det ger möjligheten att lokala anvisningar skrivs in direkt i texten. Regionala ingångar i Rikshandboken skulle innebära en samordning och effektivisering i arbetet och mycket dubbelarbete skulle kunna undvikas. Pilotutförande av regionala tillägg i Rikshandboken i barnhälsovård planeras under 2012, och implementering av lösningen fortsätter under 2013.
- Fortsatt utveckling inom Temaområden

Budget 2013 (budget 2012)

- **Förvaltning 1 800 tkr (1 825)**
Utveckling 500 tkr (175)

Eira

Uppdraget är att via gemensamma licensavtal förse all landstingsfinansierad sjukvård i Sverige med kunskapsunderlag som vilar på vetenskaplig grund, främst i form av e-tidskrifter. Eira är en stark förhandlare som förser hälso- och sjukvården med ett jämlikt utbud av de forskningsresultat som är en av den evidensbaserade vårdens tre grundpelare: *bästa tillgängliga faktaunderlag*.

Eira strävar efter att reducera klyftan mellan landstingen och akademiernas tillgång till vetenskap och forskningsresultat. Detta innebär att klinisk verksam personal ska ha god tillgång till underlag för sina beslut i det vardagliga arbetet samt att den kliniska forskningen och all verksamhetsförlagd utbildning (handledare, lärare, studenter) har tillgång till ett basutbud oavsett geografisk placering. En konsistent och sammanhållen informationsförsörjning är en förutsättning för en patientsäker vård.

De gemensamma licensavtalen för e-resurser leder till att många dubblettprenumerationer ute i landstingen kan avslutas. Här spelar sjukhusbiblioteken en aktiv roll, vilka också har en stor betydelse för marknadsföringen, att hålla utbildningar i informationssökning, bidra med systematiska litteratursökningar och fungera som förmedlare mellan Eira och dess användare.

Implementeringen av socialtjänstbiblioteket i landets kommuner är en del av det nationellt inriktade arbetet med en evidensbaserad socialtjänst. Idag (feb 2012) är ca 10% av kommunerna

anslutna och under 2013 förväntas andelen anslutna kommuner vara 20-25%. Via Eiras socialtjänstbibliotek får socialtjänstens personal tillgång till e-tidskrifter och kunskapsstöd.

Målsättning 2013

Förvaltning

- Utvärdera innehållet utifrån användarstatistik och kvalitativa intervjuer.
- Omförhandla, avsluta eller sluta licensavtal utifrån resultatet av utvärderingen.
- Att tillsammans med biblioteken inom vård-/medicinutbildningar sluta ett eller flera gemensamma licensavtal.
- Att skapa de bästa förutsättningarna för att öka kontaktpersonernas delaktighet och minska behovet av "Eira kundtjänst".
- Att bedriva omvärldsbevakning och engagera landstingens kunskapsförmedlare via en nationell konferens – Eiradagarna.
- Att utbilda kontaktpersoner i de anslutna kommunerna, samt verka för att fler kommuner ansluter.

Budget 2013 (budget 2012)

- **Förvaltning 1 000 tkr (1 000)**

Elektroniska intyg

Förvaltningsobjektet Elektroniska intyg omfattar i nuläget tre separata nationella tjänster som samtliga överför viktig elektronisk information mellan vården och myndigheter.

De tre tjänsterna är *Elektroniskt sjukintyg* som sänder elektroniska sjukintyg och meddelanden mellan vård- och omsorgssektorn och Försäkringskassan; *Elektronisk födelseanmälan* med vilken landets förlossningskliniker skickar födelseanmälan elektroniskt till Skatteverket och direkt får tillbaka barnets personnummer samt *Elektroniska dödsbevis och dödsorsaksintyg* med vilken vården skickar dödsbevis till Skatteverket och dödsorsaksintyg till Socialstyrelsen. Samtliga tjänster ger ökad kvalitet och patientsäkerhet samt en snabbare och mer kostnadseffektiv kommunikation mellan vården och myndigheterna. En gemensam förvaltning av dessa tjänster är kostnadseffektivt och ger även andra fördelar som samordning vid kommunikationen med landstingen och gemensam drift och support.

Under 2012 pågår separat utvecklingsprojekt – *Mina intyg* – som beräknas leverera följande till förvaltning runt årsskiftet 2012/2013. 1) Mina Hälsotjänster, självbetjäning och utökad

Samtyckeshantering. Intygstjänst tas fram för vidareförmedling av läkarintyg/Patientinvolvering. Utredning görs avseende utökad samtyckeshantering. Utredning, och Proof of Concept, görs avseende läkarintyg till fler intressenter. 2) En statistik tjänst som kan användas för att följa upp sjukskrivningsmönster på lokal, regional och nationell nivå. 3) Utredning, och om möjligt "Proof of concept", avseende möjlighet till elektroniskt läkarintyg och därtill tillhörande elektronisk ärendekommunikation för alla intressenter. Avser i första hand en alternativ säkerhetslösning för SITHS och HSA för andra än landstingsläkarna. 4) En nationell meddelandetjänst, och eventuellt ytterligare infrastrukturtjänster. Vidareutveckling av ovan tjänster kommer troligen fortsätta 2013.

I ett annat utvecklingsprojekt – **Framtidens intyg** – som startas 2012 kommer verksamhetsutveckling och processutveckling av vårdens intygprocesser att pågå till våren 2013. Därefter kan utvecklingsprojekt startas för att realisera detta i form av en eller flera tjänster/it-system.

Målsättning 2013

Förvaltning

- Tjänsterna ska under 2012 vara införda i alla landsting. För elektroniska dödsbevis och dödsorsaksintyg kan dock införandet pågå även under 2013. Samtliga tjänster ska fungera på avsett sätt samt ha en hög tillgänglighet och prestanda.
- Tjänsternas funktionalitet, tillgänglighet och prestanda ska utvärderas, bl.a. genom uppföljning av relevanta mätpunkter och användarundersökningar. Mätpunkterna ska finnas på samtliga nivåer: utförare/vårdenhet/vårdgivare/regionalt/nationellt.
- Den tekniska plattformen ska förvaltas och förädlas, vilket kan innebära en översyn av arkitekturen, införande av säkerhetstjänster, flytt av tjänsten till tjänsteplattformen samt samordning med andra tjänster. Samordning ska också ske mot utvecklingsprojekten Mina intyg och Framtidens intyg.
- Kontakterna med landstingen ska vara samordnade inom förvaltningsobjektet och även med andra tjänster inom programområdet Vårdtjänster. Kännedom ska finnas om respektive landstings organisation av tjänsterna inklusive kontaktpersoner för strategiska, verksamhets- och IT-frågor.
- En strategi och plan för att kommunicera nyttan av tjänsterna mot myndigheter, beställare, landsting och allmänhet ska utarbetas.
- Stöd till landstingen vid införande av ny funktionalitet i tjänsterna ska tillhandahållas. Se rubrik Utveckling nedan.

Utveckling

- En utvecklingsplan kommer upprättas 2012 för varje tjänst, i samråd med förvaltningsgrupp och användargrupper. Planen kan innehålla införande av ny funktionalitet eller förbättrad arkitektur/plattform.
- Utveckling och vidareutveckling enligt projekten Mina intyg och Framtidens intyg. Se ovan.

Budget 2013 (budget 2012)

- **Förvaltning 4 400 tkr (4 400).**
- **Utveckling 1 200 tkr (0). Avser endast vidareutveckling av befintliga intygstjänster. Utvecklingsprojekten Mina intyg och Framtidens intyg finansieras externt.**

Svenska biobanksregistret (SBR)

SBR samlar information om biobanksprover i ett och samma register och underlättar den administration som biobankslagen medför och är en hjälp för spårbarhet och för att kunna hantera medborgarnas samtyckesbeslut.

SBR ökar också provernas tillgänglighet för forskning, vård och kvalitetsutveckling då de underlättar sökningar efter värdefulla prov för forskningsändamål och för vård. IT-systemet SBR innehåller funktion för t ex forskare att addera information per prov kallat I-LIS. I-LIS intension är att vara en förenklad version av ett ordinarie Laborations Informationssystem (LIS).

En ny biobankslag beräknas träda i kraft från den 1 januari 2013. Förslaget till ny biobankslag skiljer sig från den nu gällande lagen främst på följande sätt för SBRs del: Förslaget utvidgar lagens tillämpningsområde. Den nuvarande lagen gäller endast för vävnadsprover från hälso- och sjukvården, medan lagförslaget omfattar prover även från andra verksamheter. Utredningen föreslår regler om spårbarhet. Vävnadsprover från hälso- och sjukvården ska registreras i Svenska biobanksregistret. Andra prover ska i vart fall registreras hos biobanken. Det ska vara möjligt för den registrerade att motsätta sig att uppgifterna om ett vävnadsprov registreras i Svenska biobanksregistret. Utredningen föreslår vidare en reglering av biobankernas personuppgiftsbehandling, vilket inte finns i lagen i dag. Regleringen klargör personuppgiftsansvaret, för vilka ändamål personuppgifter får behandlas och vilka personuppgifter som får behandlas. Dessutom föreslås en rätt för provgivarna att motsätta sig personuppgiftsbehandlingen. Slutligen föreslås regler om IT-säkerhet.

Målsättning 2013*Förvaltning*

- Säkerställa förvaltning (tillgänglighet, prestanda, kvalitet, support och användarstöd) av storskalig tjänst med många användare (idag är endast ett fåtal vårdgivare/labbsystem anslutna till SBR)
- Implementera nya funktioner enligt nya Biobankslagen, samt implementera vårdens säkerhetsarkitektur (HSA, SITHS, Säkerhetstjänster etc)

Budget 2013 (budget 2012)

- Förvaltning 3 000 tkr (2 130)

Nationellt IT-stöd för händelseanalys

Då en patient skadats allvarligt bör en händelseanalys utföras. En händelseanalys är en systematisk metod som ska ge svar på frågan vad som hände, varför det hände och hur vården ska arbeta för att händelsen inte ska upprepas. Stöd för att sådana analyser ska utföras finns i Socialstyrelsens föreskrifter "Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet SOSFS 2011:9" samt "Lex Maria SOSFS 2005:28".

Även den kommunala omsorgen använder händelseanalysmetoden vid Lex Sarah-anmälningar

Nyttan kan beskrivas i olika dimensioner:

Patient-närståendeperspektiv:

Ge mervärde i form av en säkrare vård för patienten som innebär minskat lidande och färre vårdskador

Medarbetarperspektiv:

Stärka metodiken för Händelseanalys
Öka säkerhetstänkandet och riskmedvetenhet
Stärka systemsynen
Bättre arbetsmiljö

Processperspektiv:

Effektivare vård- och arbetsprocesser
Fler förbättringsprojekt med säkerhetsfokus

Lärandeperspektiv:

Lättare att analysera sällan förekommande allvarliga negativa händelser
På nationell nivå se mönster för negativa händelser
Stärka metodiken för händelseanalys

Ekonomiperspektiv:

Mindre vårdskador och övriga kvalitetsbrister innebär minskade kostnader
Utvecklingskostnaderna för IT-stödet minskar genom samverkan

Målsättning 2013

Förvaltning

- Alla landsting/regioner anslutna till Nitha
- Fungerande utvecklings & användargrupp

 Center för eHälsa
i samverkan

2012-05-16

Dnr 12/0181

- En nationell analysexpert grupp för granskning av analyser
- Nyhetsbrev till lokala administratörer

Budget 2013 (budget 2012)

- Förvaltning 1 900 tkr (2 000)

Infrastruktur

Området Infrastruktur består av ett tiotal tjänster som kännetecknas av att tyngdpunkten hos tjänsterna består av IT-system, säkerhetsfunktioner samt övergripande funktioner/processer för hela den nationella IT-strategin. Generellt för infrastrukturområdet gäller att det nu sker en kraftig ökning av antalet användare, särskilt från kommuner och privata aktörer. Under de senaste åren har förhållandevis lite satsats på vidareutveckling av infrastrukturen.

Verksamhetsplanen för 2013 ger i nuvarande form ett uttryck för ett ökat behov av utveckling inom de olika tjänsterna.

Katalogtjänst HSA

Förvaltningsobjektet HSA omfattar:

- Policy för användning och tillgång
- Regler och definition av innehåll
- Teknisk infrastruktur som omfattar kataloghotell/toppnod samt nödvändiga programvaror för administration och åtkomst av innehållet
- Support- och förvaltningsorganisation som bland annat ger hjälp och stöd vid koppling mot tjänsten

Målen för HSA är att:

- Samla kvalitetssäkrad individ-, funktions- och enhetsinformation från samtliga vård- och omsorgsaktörer.
- Erbjuder säkra, väldefinierade och anpassade informationstjänster till samtliga vård- och omsorgsaktörer.

Att vara ansluten till HSA är ett villkor för att kunna använda många av de nationella tjänsterna som Hitta och jämför vård, Nationell Patientöversikt, Pascal och elektroniska sjukintyg.

Antalet HSA-anslutna organisationer uppgår per den 2012-02-06 till:

- Samtliga (21) landsting och regioner
- 246 kommuner (samtliga 290 har dock ansökt om HSA-anslutning)
- Ett fåtal privata vårdgivare med direktanslutning till HSA, ett stort antal finns dock under främst landstingens anslutningar
- Tre HSA-ombud (organisationer som hjälper mindre organisationer med HSA-anslutning) samt ett fåtal andra organisationer

Målsättning 2013

HSA förvaltningen har under flera år pekat på behovet av en utökad budget för att HSA ska kunna stödja de krav som finns vad gäller innehåll och tillgänglighet men hittills har detta inte prioriterats. I år har vi, för att åter försöka belysa behovet, tagit fram verksamhetsplanen i tre nivåer ("Nuvarande budgetnivå", "Nödvändigt" och "Rekommenderat") vilka redovisas i bilagan. I framställningen har mellannivån, "Nödvändigt", använts.

(Med * har markerats de mål som kvarstår om "Nuvarande budgetnivå" används.)

Förvaltning

- Ökad tillgänglighet
- En förstärkt supportfunktion
- Ökad kvalitet i befintliga uppgifter genom kontroll av och stöd till deltagande organisationer
- Ta fram och ge lärarledda utbildningar för anslutna organisationer
- Förbättringar av leverans och funktion vad gäller HSAadmin

Utveckling

- Förbättrad funktion för hämtning av HOSP-data
- Fortsatt arbete med den nationella behörighetsmodellen
- *Möjlighet att spegla information mellan organisationer
- Utvecklat sökgränssnitt
- Mer möjligheter för organisationer att testa sitt innehåll
- *Hantera historik för enheter som upphör

Budget 2013 (budget 2012)

- Förvaltning 12 000 tkr (9 540)
- Utveckling 6 000 tkr (2 670)

Extern finansiering

2012 kommer att vara det första året då finansieringen av HSA påverkas mer nämnvärt av att kommuner och privata vårdgivare betalar för sitt nyttjande av HSA. Under 2012 kostar det 25 kr/HSA-objekt och år. För 2012 är den totala intäkten beräknad till 1 301 tkr, baserat på 62 300 avgiftsbelagda objekt i HSA, med avdrag för 12 % i gemensamma kostnader som bland annat

täcker faktureringskostnaden samt framtagande av en faktureringsprocess med tillhörande rutiner.

Inför 2013 kan priset komma att omförhandlas varför det är svårt att säga hur stor intäkten blir. Som modellen är uppbyggd idag leder en större budget (så länge relationen objekt mellan kommuner/privata och landsting är oförändrad) automatisk till en prisökning och därmed en ökad intäkt. Grovt kan intäkten 2013 med nuvarande modell beräknas till 10 % av den totala budgeten.

Nationell Identifieringstjänst – SITHS

SITHS är en nationell säkerhetslösning för säker elektronisk identifiering av personer, organisationer och funktioner (t ex webb servrar). Säker kommunikation och spårbarhet bakom åtkomst till en känslig informationskälla (t ex patientdata eller ett medicinskt utlåtande) är ovillkorliga förutsättningar.

SITHS och dess smarta kort kommer att vara en viktig, men också kritisk, applikation för säker inloggning (och signering). SITHS korten används till datorinloggning, åtkomst till Pascal, Kvalitetsregister, Journalsystem, mm.

Avtalet kring SITHS – "Avropsavtal för SITHS CA och kort 2005" (144930) – bygger på "Stadskontorets ramavtal för EID 2004-6680/04 och EID 2008". Avtalet löper över perioden: 2007-03-01 – 2012-03-01 med rätt till förlängning av avtalstiden med upp till tre (3) år, dvs 2015-03-01. Förlängning av gällande avtal med ett år (2012-03-02 - - 2013-03-01) har genomförts.

Målsättning 2013

Förvaltning

- **"Tjänstens Fortlevnad"**, garantera att Tjänsten fortlever och att e-tjänstelegitimation kan användas för kommunikation med alla myndigheter och organisationer.
 - **Aktivitet:** aktivt medverka kring "EID-upphandlingen" (med juridisk hjälp)
 - **Aktivitet:** aktivt medverka för att SITHS blir en del av Svensk E-legitimation och nationell federation (med Arkitekturledningen och Myndigheter)
 - **Aktivitet:** aktivt medverka och påverka för att SITHS blir en del av internationell federation (epSOS/STORK)
 - **Aktivitet:** kravställning inför upphandling av ny Tjänst 2013-2014
- **"Effektivare Förvaltning"**
Vidmakthålla en effektivare förvaltning i det dagliga arbetet och en gemensam samsyn på ordning och följsamhet till det överenskomna.

- **Aktivitet:** planera och genomföra regelbundna förvaltningsmöten med olika fokusgrupper
 - **Aktivitet:** tillhandahålla nationella rekommendationer och rutiner
- **"Tjänstens Leveranskapacitet"**
Leverera SITHS på ett robust och tillförlitligt sätt.
 - **Aktivitet:** planera och genomföra förvaltningsarbete med Leverantör (anslutning, genomföranden och uppföljning)
- **"Tjänstens kommunikation"**
Vidmakthålla och vidareutveckla kommunikation kring Tjänsten
 - **Aktivitet:** förvalta och upprätthålla kommunikationsplan
 - **Aktivitet:** planera och genomföra Nätverksträffar
 - **Aktivitet:** publicera och förmedla intressant och kritisk information (som regelverk, nyheter och driftstatus)
- **"Tjänstens garanti på identifiering och signering"**
Garanterar att Tjänsten uppfyller krav på säker identifiering och signering
 - **Aktivitet:** driva SITHS som det naturliga valet för en säker inloggnings- och signeringsfunktion
- **"Tjänstens kontinuitet och tillgänglighet"**
Vidmakthålla Tjänstens kontinuitet och Tillgänglighet.
 - **Aktivitet:** genomföra regelbundna riskanalyser
 - **Aktivitet:** förvalta Inera AB:s kontinuitetsplaner samt Tjänstens tillgänglighets- och avbrottsplaner
 - **Aktivitet:** förvalta och följa upp Tjänstens ärendehantering
 - **Aktivitet:** medverka i nationell ändringshantering
- **"Vidmakthållande utveckling: ett ändamålsenligt verktyg"**
Tillhandahålla ändamålsenliga verktyg för verksamhetens administration och uppföljning av kort och certifikathantering.
 - **Aktivitet:** genomföra och förvalta krav, test och införande av utvecklad funktionalitet
- **"Tjänsten som ett säkerhetskoncept"**
Vidmakthålla SITHS som ett säkerhetskoncept.
 - **Aktivitet:** genomföra revisioner av "SITHS CA" för uppföljning och kontroll av regelverkens efterlevnad
 - **Aktivitet:** genomföra externa revisioner av "SITHS RA" för uppföljning och kontroll av regelverkens efterlevnad
 - **Aktivitet:** genomföra revisioner av "SITHS CA" som betrodd "CA"

Utveckling

- **"Tjänstens vidareutveckling"**

Utveckla Tjänsten enligt verksamhetens krav och i fas med ny teknik.

- **Aktivitet:** omvärldsbevaka, förvalta och kravställa kring "förstudie", workshops, certifiering, mm, kring ny teknologi som annan bärare av certifikat; teknik för trådlös kommunikation, mm.

Budget 2013 (budget 2012)

- **Förvaltning 10 000 tkr (12 950)**
- **Utveckling 2 500 tkr (0)**

Sjunet

I objektet ingår datakommunikationsnätet Sjunet, som utgör en kvalitetssäkrad bas för övriga nationella och regionala tjänster och bygger på två fundament:

Tillgänglighet: Garanterat enligt SLA och bevisat genom mätning och uppföljning. 2009-2011 var den 99,999% för centrala delar. Enstaka anslutningar har uppvisat en lägre tillgänglighet på grund av lokala incidenter.

Tillit: Sammantaget genom att alla anslutna organisationer ackrediteras, granskas och ett aktivt hanterande av identifierade risker enligt "Riskmanagement", bibehålls och förstärks hög tillit. IT-stödet EASY är en förutsättning för att kunna genomföra detta.

Antalet anslutna organisationer uppgår under 2012 till ca 350.

Målsättning 2013

Förvaltning

- M1. Tillit & Tillgänglighet: Fortsatta granskningar enligt plan genomförda (inklusive 3:e parts granskningar). "Förenklad anslutning" infört på alla relevanta anslutningar (M4) ger förutsättningar för fortsatt hög Tillit & Tillgänglighet.
- M2. Förutsättningar för internationellt samarbetet etablerat.
- M3. IPv6: Fortsätta implementeringen av IPv6 enligt plan
- M4. Säkerhet: Alla relevanta anslutningar skall vara migrerade till "Förenklad anslutning"

Syftet med att migrera så många som möjligt till "Förenklad anslutning" (f.d. TASS), är att kunna hantera den stora volym med kunder som inte klarar av Sjunets regelverk genom att bygga bort Sjunets platta struktur mot en avtalsstyrd punkt-till-punkt arkitektur. Granskningar och kraven på dessa organisationer kan då minimeras vilket starkt förenklar och förbilligar vidmakthållandet av tilliten till Sjunet. Detta ger också möjligheten att hålla oförändrad budget för 2013 trots ökade insatser på andra områden.

- M5. Upphandling: Upphandlingsprocessen startad med omfattning enligt strategibeslut (när det påbörjas beror av ev. förlängning av befintligt avtal men start är under 2013 är nödvändig)

Utveckling

- Implementering av "Leverantörer I Vårdens System"
- Sjunet integrerat i "Nationell drift"
- Sjunet/Internet brygga

Budget 2013 (budget 2012)

- **Förvaltning 5 000 tkr (5 320)***
- **Utveckling 1 300 tkr (680)**

Intäkt 1 400 tkr (1 400) (från kommuner och privata aktörer är inräknad i totala budgeten 5000)

*Förvaltningskostnaderna kan minskas 2013 då mindre resurser åtgår till granskningsprocessen pga införandet av "Förenklad anslutning".

Strategi

Ett arbete kring strategiska val angående Sjunets struktur och framtida inriktning är initierat och kommer att slutföras under verksamhetsperioden.

Sjunet har 3 huvudkategorier av kravställare att ta hänsyn till i det strategiska arbetet:

- Nationella tjänster beställda av CeHIS
- Datakommunikation mellan landsting och regioner och för tjänster producerade av landstingen. (Sjunets ursprung och ej hanterad av CeHis)
- Samhällets robusthet, koordinerat av MSB

En övrig viktig bakgrund i strategiarbetet är det övergripande mål, som inte alltid är uppenbart, att Sjunets regelverk och granskningarna av följsamhet mot detta regelverk bygger tillit till hela eHälsa genom att verksamheternas styrning och hantering av informationssäkerhet krävs. Detta är inte Sjunets primära roll men genom att Sjunet var den etablerade tjänst där man via

avtal kunde ställa krav på alla organisationernas interna säkerhetsarbete, används detta som en möjliggörare och verktyg för att bygga förutsättning för tillit i den Svenska decentraliserade styrmodellen. Tillit mellan alla aktörer inom eHälsa behövs oavsett vilket kommunikationsnät man väljer att kommunicera över – det är fortfarande samma organisationer som utbyter information med varandra.

Då trenden nu går åt att fler och fler ansluter sig till eHälsa och dess tjänster utan att ansluta sig till Sjunet, undermineras denna möjlighet att bygga tillit vilket på sikt är ett allvarligt hot mot de nyttoeffekter och den nivå av patientsäkerhet som förväntas. Om Svensk eHälsa lyfter denna möjlighet ovanför de nationella tjänsterna som t.ex Norge gjort (www.normen.no) och kräver att alla aktörer inom eHälsa avtalar att följa samma regelverk för informationssäkerhet, att detta granskas och avvikelser hanteras med säkerhetsåtgärder, kan vi på sikt ge förutsättningar att bibehålla och förbättra nyttoeffekter, patientintegritet och patientsäkerhet.

Sjunet som namn på förvaltningsobjektet ger delvis en felaktig bild av innehållet och i viss mån även ger fel signaler så bör man i samband med strategiska arbetet inför 2013 överväga att byta namn. Ett initialt förslag till nytt namn är **Samordnad datakominfrastruktur för E-hälsa**. Objektet inriktning kan då vara att optimera, integrera och koordinera de typer av datakommunikation som skall stödja eHälsa i samklang med övriga kommunikationslösningar för eSamhället.

Granskningstjänst EASY

EASY, Enterprise Auditing System, är en rollbaserad Webb-tjänst för distribuerade och repetitiva granskningar av verksamheters och systems uppfyllande (compliance) av valfria standards, regelverk eller andra överenskomna specifikationer, ex. Sjunet regelverk, SITHS regelverk, Arkitekturregler, Testhandboken, ISO 27001 etc.

Syftet med tjänsten är att effektivisera mätning och uppföljning av regelverk i decentraliserade organisationer.

Resultatet kan användas till olika ändamål som ex. certifieringar och för att följa upp kvantifierade kvalitetsparametrar över tid.

Verktyget är designat för att kunna hantera olika domäner, dvs att ex. olika landsting använder det för sina interna granskningar samtidigt som de nationella tjänsterna nyttjar det för avtalsuppföljningar etc. Alla landsting som har rollen som tredjepartsleverantörer av nationell infrastruktur, måste använda EASY.

Sedan våren 2011 ingår EASY som en elektronisk och helt integrerad del av Sjunet anslutningsprocess utan behov av pdf-blanketter för ackreditering.

2011 användes EASY av Sjunet, SITHS och HSA förvaltning och av fem landsting.

Apotekens servicebolag och Praktikertjänst är på ingång tillsammans med ytterligare några landsting och kommuner som upptäckt nyttan med verktyget.

Effektmål

Förvaltningen och utvecklingen av tjänsten har resulterat i en av användarna upplevd säker, arbetsbesparande, kostnadseffektiv och spårbar granskningsprocess för sina specifika behov

Målsättning 2013

Förvaltning

- Förvaltningsstyrning och drift- och supportavtal
- Kommunera nyttoeffekter till nuvarande och nya intressenter (100 tkr)
 - För att nå ökad användning både inom nationella tjänster och hos landsting och kommuner
- Regelbundet genomföra rollspecifika utbildningar
 - Ex:
 - Hur man strukturerar och följer upp ett regelverk, definierar kontrollfrågor etc.
 - Hur man hanterar en granskningssituation och ev. avvikelser
 - Hur organiserar jag granskningar
 - Viktig aktivitet för att förkorta och förenkla uppstarten för nya användare
- Vidareutveckla och stabilisera demomiljö för att förenkla införande hos nya nyttjare

Utveckling

- Funktionalitet efter prioriterade krav från intressenterna (500 tkr)
 - Tillföra ytterligare funktionalitet som önskas av användarna för att nå funktionell acceptansnivå
- Funktion för förenklad användning (Wizards) (300 tkr)
 - Behövs för att förenkla användningen för sällananvändare (som är den klart största gruppen)
- Funktion för grafisk presentation av workflow (300 tkr)
 - Behövs också för att förenkla användningen för sällananvändare
- Utreda och förbereda stöd för mobila enheter (surfplattor, smartphones) (100 tkr)
 - Behövs för att möjliggöra användning vid granskning i fält där man inte kan sitta och registrera granskningsresultat vid mötesbord etc.
- Utreda möjligheterna till att flytta över tjänsten till MSB (100 tkr)
 - Intresse för tjänsten har framkommit från andra organisationer som planerar att utveckla motsvarande verktyg/tjänst
- Utreda affärsmodell, driftavtal och intäktsmöjligheter (100 tkr)
 - Möjligheter till extern finansieringshjälp finns möjligtvis då tjänsten uppenbarligen är åtråvärd hos många organisationer.

Budget 2013 (budget 2012)

- **Förvaltning 1 000 tkr (1 000)**
- **Utveckling 700 tkr (450)**

Tjänsteplattformen

Tjänsteplattformen är en nationell teknisk plattform som förenklar, säkrar och effektivisera informationsutbytet mellan olika IT-system inom vård och omsorg. Varje tjänst som vill ansluta till Tjänsteplattformen följer så kallade Tjänstekontrakt, som specificerar regelverket för hur informationsöverföringen ska gå till mellan de olika systemen/tjänsterna.

Den nationella tjänsteplattformen har gått i skarp drift sedan den första juli 2010. Följande Tjänstekontrakt är idag (2012-02-23) implementerade i Tjänsteplattformen:

- Listning
- Tillgänglig patient (TGP)
- Elektroniska sjukintyg
- Erbjuden eTjänst
- Infektionsverktyget
- Tidbokning

Enligt förvaltningsplanen planeras följande att finnas på plats vid utgången av 2012:

- Förvaltningsgrupp etablerad
- Ytterligare ett antal tjänstedomäner i produktion, inklusive läkemedelstjänster mot ApSe (PASCAL) och Säkerhetstjänster.
- Tillgängligheten förbättrad för att uppfylla kraven från nyttjarna. Behöver hitta långsiktig driftspartner.
- Prestanda förbättrad för att klara den belastning som råder vid årsskiftet
- Förbättrad anslutningsprocess som kan hantera den volym av anslutningar som råder vid årsskiftet
- Ett antal regionala plattformar är driftsatta baserat på den applikations som utvecklas och tillhandahålls inom ramen för Tjänsteplattformen. Detta har skett med stöd och dokumentation som tillhandahållits av den nationella tjänsten.
- Tjänsteplattformen kan kommunicera med konsumenter och producenter på internet.

Målsättning 2013

Fokus under 2013 ligger på att stödja realiseringen av en stor mängd integrationer. Ett integrationslandskap växer fram som inkluderar regionala, lokala och privata integrationsplattformar. En mycket viktig uppgift blir att koordinera och stödja denna utveckling. Ett nationellt *integrationskompetenscenter* behöver realiseras, där dagens Tjänsteplattform ingår som en komponent.

Förvaltning

- Väl fungerande förvaltningsstyrning. Tjänsten bör bemannas av minst två personer.

- Kompetensstöd till de organisationer (landsting, kommuner, privata vårdgivare) som väljer att drifva och förvalta sin egen tjänste/integrationsplattform
- Drift av plattformen som uppfyller mycket högt ställda krav på tillgänglighet och prestanda (dubblade datahallar).
- Tillhandahålla förvaltning (och drift för mindre aktörer) åt de organisationer som väljer att outsourca funktionen (tjänsteplattformshotell)
- Förvaltning av de gemensamma delarna av den distribuerade integrationslösningen (bestående av nationell och regionala/lokala/privata plattformar). Det innefattar adresseringsinformation, loginformation, incidenthantering osv.
- Anslutningsprocess som kan nyttjas av, och är transparent gentemot, de enskilda plattformarna
- Förvaltning och drift av plattformsnära funktionalitet; ex engagemangsindex, ärendelåda, konverteringsfunktioner osv.
- Delta i uppbyggnaden av ett integrationskompetenscenter för svensk vård, där punkterna ovan är första stegen.

Utveckling

- Vidareutveckling av adresseringsmekanismer för att möjliggöra samarbete mellan plattformar. Nytt databasschema för plattformens tjänstekatalog, samt synkronisering mellan plattformar.
- Utveckling av automatiserad anslutningsprocess oberoende av plattform. Anslutningsinformation "skjuts" ut till berörda plattformar från ett centralt register.
- Övervakning av samtliga plattformar och anslutna producentsystem. Insamlad information används till bl a SLA-uppföljning. Dash board för realtidsvisning av status – bl a för incidenthantering.
- Vidareutveckling basplattformen. Tjänsteplattformen är en relativt ny tjänst, och under snabb utveckling. Erfarenheten från den första perioden är att det kontinuerligt uppstår nya, relevanta, krav på plattformen. Dessa är mycket svåra att förutse. När tjänsteplattformapplikationen implementeras regionalt och integreras uppstår också nya krav. Vi behöver ett agilt förhållningssätt där det finns utrymme och beredskap för att bistå tjänstedomänerna och regionala användare med stöd och funktionalitet i basplattformen. Roadmapen i T-boken är ytterligare en källa till funktionella krav, och all prioritering sker tillsammans med Arkitekturledningen.

Budget 2013 (budget 2012)

- **Förvaltning 8 400 tkr (3 450)**

Aktivitet	Kostnad	Kommentar
Förvaltningsstyrning	2000	Minst två personer för att hantera förväntat volym av förvaltning

		och utveckling.
Kompetensstöd	500	Nyttjarna får ersätta löpande kostnader
Tillförlitlig drift av plattform	3000	För att säkra de belastnings- och tillgänglighetskrav som följer av bl a NOD och hantering av e-recept.
Grundkostnad förvaltning (och drift i vissa fall) av regionala plattformar	500	Nyttjarna får betala för löpande kostnader.
Förvaltning av adresserings och övervakningsinformation	500	
Anslutningsprocess	600	Kraftigt ökade volymer, bl a till följd av NOD.
Förvaltning och drift av plattformsnära funktionalitet	300	Grundavgift för att upprätthålla förmågan. Nyttjarna får ersätta löpande kostnader.
Hantera samverkan av Nationell och Regionala tjänsteplattformar samt uppbyggnad av ICC	1000	Detta äskades tidigare inom ramen för Nationell test, och har nu flyttats till Tjänsteplattformstjänsten.

- **Utveckling 4 000 tkr (1 725)**

Aktivitet	Kostnad	Kommentar
Vidareutveckling av nationell adressering	500	Tillsammans med regionala/lokala/privata användare
Utveckling av nationellt anslutningsstöd	750	Inklusive integration med regionala/lokala/privata plattformar
Övervakning, SLA-mätning, stöd till incidentprocess	750	I samklang med ITSM-införande kring nationella tjänster, och integrerat med regionala incidentprocesser
Vidareutveckling basplattform	2000	Prioritering av förvaltningsgrupp tillsammans med Arkitekturledningen.

Budget 12 400 tkr (5 175 tkr)

- **Förvaltning 8 400 tkr (3 450)**
- **Utveckling 4 000 tkr (1 725)**

Säkerhetstjänster

Säkerhetstjänster är idag etablerade och stabila tjänster och möjliggör andra tillämpningar än Nationell patientöversikt, NPÖ. I april 2012 slutlevererade Logica varmed det gamla BIF-projektet avslutades. I leveransen har man bland annat förbättrat logg- och åtkomstfunktionen till att i framtiden klara nationell och fullskalig drift. En leveransplan finns nu framtagen för att göra säkerhetstjänsterna mer fristående och lätta att ansluta sig till. Ett genomfört exempel är en lokal och nationell spärrtjänst som togs i drift i Uppsala under hösten och nästa leverans är en fristående samtyckestjänst och patientrelationstjänst under våren. Säkerhetstjänster har också implementerats för Pascal ordinationsverktyg som tas i drift under våren 2012 i alla Sveriges landsting och kommuner. Den fristående tjänsten för spärrar, Lokal Spärrtjänst väcker ett stort intresse hos många huvudmän och kräver i sig ett relativt omfattande stödarbete. I januari 2012 övergick Säkerhetstjänsterna till Programområdet Infrastruktur.

Säkerhetstjänsterna levereras i sin centrala del av Logica AB i form av en drifttjänst. Drifttjänsten har under en 13 månaders period från start av 2011 varit stabil och har totalt varit otillgänglig under mindre än en timme. Väl inom överenskommet SLA.

I Nationella eHälsostrategin kan man läsa: "En sammanhållen och organisationsövergripande teknisk infrastruktur möjliggör ett säkert och effektivt utbyte av integritetskänslig information mellan berörda och behöriga aktörer. Detta inkluderar gemensamma, nationella specifikationer och tjänster för behörighetskontroll och loggning för att säkerställa ett fullgott skydd för känslig individdata."

Målsättning 2013

Förvaltning

- En stabil och väl fungerande förvaltning av säkerhetstjänsterna funktionalitet och dess informationsmängder ska fortsätta
- Drift och support ska upprätthållas enligt överenskomna nationella SLA
- Befintlig funktionalitet ska upprätthållas och anpassas utifrån lagkrav och beroenden till andra nationella tjänster, exempelvis NPÖ, landstingens vårdssystem och andra etablerade tjänster
- En effektiv stödfunktion för anslutning till de olika tjänsterna skall vara etablerade för enkel och effektiv anslutning och integration, allt för att effektivt generera verksamhetsnytta.
- Engagemangsindex bedrivs som ett projekt inom NPÖ. Funktionen skall väl utvecklad och stabil överföras till Säkerhetstjänster.
- Avtalen med Logica kring säkerhetstjänster sträcker sig fram till 22 april 2013 med rätt till två års option om förlängning. En värdering av avtalen skall genomföras och jämföras mot en tänkt idealbild. Beslut om förlängning/omförhandling/uppsägning behöver tas tidigt 2013

Utveckling

- Tidigt 2012 togs en utvecklingsplan fram för Säkerhetstjänster. I denna plan prioriterades för 2012 bl.a. Patientrelation, Samtyckeshantering och federerad åtkomstkontroll. Många utvecklingsönskemål för tjänsten sköts på framtiden i avvaktan på verksamhetseffekter i de etablerade och nyutvecklade delarna.
- Definiera utveckling utifrån verksamhetskrav
- Definiera utvecklingsönskemål utifrån tekniska krav
- Revidering av utvecklingsplanen kvartalsvis

Införandestöd

- För att stödja verksamhetsnytta och för att uppnå en standardisering av säkerhetslösningar och koncept bör ett effektivt stöd för integrering mot Säkerhetstjänsterna erbjudas.

Budget 2013

- **Förvaltning , drift och support 21 500 tkr**
- **Utveckling 6 000 tkr**
- **Totalt 27 500 tkr**

Nationell test

Förvaltningsobjektet Nationell Test syftar till att etablera en generellt gällande kvalitetssäkringsfunktion inklusive kringliggande kvalitetsprocesser, testmiljö, organisation etc. som skall kunna gälla för förvaltning av nationella tjänster.

Tjänsten Nationell test innefattar alla nödvändiga tekniska och personella resurser för förvaltning och vidareutveckling av modell, metoder, rutiner (handbok), process och miljö för förvaltning av samtliga prioriterade nationella tjänster och projekt inom ramen för den nationella strategin för e-Hälsa.

Under 2012 har fokus lagts på definition och implementation av kvalitetsprocesser baserat på ITIL, organisation samt överordnat regelverk i form av en testhandbok. Utöver detta så innefattas i förvaltningsplanen kravarbete kring testmiljö inom samordnad driftsplattform, samt kravställning av testfunktion.

I dagsläget så finns en Testhandbok mini framtagen och den håller för närvarande på att förankras.

ITIL-relaterade krav på samordnad driftsplattform har kartlagts och dokumenterats inom ramen för projektet Samordnad driftsplattform/kravetablering.

En ändringsansvarig är rekryterad, den utarbetade ändringshanteringsprocessen är implementerad i ITSM-verktyget Marval och används skarpt av ett antal prioriterade tjänster, och en kundportal finns lanserad för hantering av ändringsärenden på tjänstenivå. Statusrapporter över ändringshantering inom Inera genereras automatiskt till central lagringsyta tillgänglig för samtliga berörda.

Förberedande planering och utbildning för fortsatt ITIL-införande har påbörjats genom utbildningsinventering, leverantörskontakter samt viss utbildning.

Målsättning 2013

Effektmål 2013:

- Testhandboken har löpande förvaltats och används för kvalitetssäkrad testning av nationella tjänster samt för kvalitetssäkrad testning hos de landsting och kommuner som valt att använda denna inom den egna organisationen
- Implementerad ITIL-organisation, -processer och -rutiner har resulterat i en kvalitetssäkrad och kostnadseffektiv testfunktion för nationella tjänster
- Alla kritiska integrationer och beroenden mellan tjänster är kartlagda, säkerhetsklassificerade, beskrivna på ett sådant sätt att effektiv förvaltning säkerställs och risken för felhändelser minimerats.

Förvaltning

- Tjänsten förvaltat enligt plan (200 tkr)
- Landsting och kommuner har erhållit stöd kring test utifrån beslutad modell-process-rutiner (testhandbok) på ett för dem nöjaktigt sätt (300 tkr)
- Innefattar information, utbildning och kompetensstöd i form av nätverksträffar
- ITIL-processer/roller implementerade inom Ineras förvaltningsverksamhet och Samordnad driftsplattform (Incident/Problem/Change/Release/Test/Configuration/Event-Manager) (3000 tkr)
- Innefattar 3.0 tjänster totalt för ITIL-managerrollerna för de angivna processerna inom ramen för Samordnad driftsplattform och Nationell testfunktion.
- Implementerade ITIL-processer är förvaltade och använda (Problem-Change-Test/Release-Configuration-Event), och är implementerade i ITSM-verktyg och övriga IT-stöd (500 tkr)
- Innefattar implementering av processerna i ITSM-verktyg, testverktyg, övervakningsplattform och ICC-verktygsstöd inkl. nödvändig anpassning av dessas funktionalitet.

Utveckling

- Testfunktion är upphandlad och implementerad (2100 tkr)
- Innefattar testspecialistkompetens inom testfunktionen (teststrategiansvarig, testmiljöansvarig, testprojektansvarig) samt testverktyg
- Acceptans- och kvalitetscertifieringskriterier för nationella tjänster inom vård och omsorg är utarbetade och fastställda (200 tkr)

- Innefattar utredning av lämpliga certifieringsstandards och koppling till CE-märkning av Medicinsk- tekniska mjukvarusystem.
- Behov av kompletterande ITIL-processer/roller, ex. inom Service Management är utrett (300 tkr)
 - Innefattar utredning av vilka ytterligare ITIL-roller som behövs för övergripande förvaltning av nationella tjänster inom ramen för ITIL-ramverket

Budget 2013 (budget 2012)

- **Förvaltning 4 000 tkr (1 710)**
- **Utveckling 2 600 tkr (1 790)**

Nationell Kundservice

Nationell Kundservice är en kundfunktion som hanterar alla kundkontakter för de nationella tjänsterna. Nationell Kundservice består av flera komponenter, bland annat två funktioner. Dels Kundservice som hanterar potentiella och befintliga kunders anslutningar, fakturafrågor samt enklare införandestöd och dels IT Service som dygnet runt året runt stödjer kunder/användare vid incidenthantering samt användarstöd på ex. applikationer.

Fördelen att centralisera alla kund- och användarkontakter vid behov av stöd från Nationell Kundservice är primärt enkelhet för kunden/användaren. En väg in till de nationella tjänsterna.

Bakom kulisserna ska centraliseringen på sikt sänka kostnaderna då kunskap byggs upp för effektivare service och felsökning. Kundservice kommer att bli en kravställare på tjänsteutvecklingen utifrån ett supportperspektiv vilket leder till krav/input på tester inför lansering, felsökningsscheman. Funktionen kommer att ge en samlad bild av återkommande fel, möjliga utbildningsinsatser hos användare/kunder, förbättringar av FAQ:er, stabilisering av system etc. All information från en och samma funktion.

Nationell Kundservice ska vara det naturliga valet vid behov av kontakt ang. de nationella tjänsterna och det ska vara enkelt att komma i kontakt med funktionen. Ett telefonnummer, en e-postadress eller en webbsida.

Målsättning 2013

Förvaltning 20 600 tkr

- Styrning och ledning/Governance 1 670 tkr
- Systemförvaltning ITSM och Webb, underhållsutveckling 1 000 tkr
- Verksamhet/Produktion för hantering av alla nationella tjänster 17 930 tkr
 - Arbetsledning och projektledare för införande i funktionerna 1 580 tkr
 - Kundservice, ca 13 personer för hantering av anslutningar, enklare införandestöd, fakturafrågor, fakturaunderlagshantering enligt prismodell mm 8 620 tkr

- IT Service, öppet 24/7/365 för felanmälan och användarstöd – Support för Pascal är ej inräknat då det är en osäkerhet i hur det ska hanteras framgent. 7 730 tkr

Utveckling 1 100 tkr

- Förbättra självbetjäningsportalen genom att lägga in fler tjänster, fler processer som stöd i ärendehantering. Förfinas och förbättras för att göra det enkelt för kunden/användaren.
- Integrera kunskapsdatabasen i Marval med webben för enklare informations-/kunskapssökning till användare/kunder. Ju fler ärenden/frågor som kan lösas via webben desto färre ärenden till Nationell Kundservice vilket på sikt kan sänka kostnaden.

Budget 2013: 6 100 tkr (9 100), resurser finns även budgeterade under resp annan tjänst

- **Förvaltning 5 000 tkr (7 300 tkr, varav 2 450 tkr Transitionsföretag H1, ny supportleverantör)**
- **Utveckling 1 100 tkr (1 300)**

Video - distansmöte

Tjänsten Video- och distansmöte med nationell videoinfrastruktur, kopplar ihop organisationer och möjliggör en nationell enhetlig videoadresstruktur. Med tjänsten möjliggörs och effektiviseras såväl administrativa som kliniska möten där deltagarna finns på geografiskt skilda platser och är därmed ett utmärkt komplement till fysiska möten. Genom att minska resandet för såväl medarbetare som patienter sparas både miljön och ekonomiska resurser samtidigt som arbetstiden kan utnyttjas effektivare. Tjänsten, utvecklad och etablerad på uppdrag av CeHis, består av en tekniskt robust videoinfrastruktur kombinerad med policy och regelverk för användning. Utifrån förvaltningsgruppens sammansättning, kompetens samt uppdrag, möjliggörs och stöds lokala, regionala och nationella initiativ för Vård på distans.

Idag är landsting och regioner samt ett 20-tal andra organisationer anslutna till tjänsten. Användningen ökar stadigt och drygt 1000 videosammankomster genomförs varje månad.

Effektmål

Verksamhetsnyttan är att stödja anslutna organisationers möjlighet att bedriva vård på distans:

- För effektivare hantering av patientfall med hjälp av t ex multidisciplinära distansrörelser, distanskonsultationer, återbesök, rehabilitering, vårdplanering på distans. Samtidigt möjliggörs snabb spridning av bästa möjliga undersökningsprotokoll för att identifiera olika sjukdomstillstånd.
- Alla patienter kan erhålla specialiserad vård oavsett geografiskt hemvist.
- Möjliggör kortare ledtider i vården.

- Effektivare nyttjande av resurser – minskat resande för personal, patienter och anhöriga.
- Skapa förutsättningar till att samordna och genomföra administrativa möten och utbildningar över organisationsgränser.
- Minskad miljöpåverkan och ekonomiska besparingar i form av minskade resor.

Målsättning 2013

Förvaltning

Område	Aktiviteter
Stabilitet och tillgänglighet	• Tillhandahålla tjänsten enligt avtal. • Inkl. leverantörsavtal, förvaltningsstyrning, förvaltning av videokatalog, kundservice • Prel. budget 3000tKr (Varav 2200tKr fasta - leverantörsavtal)
Information och kommunikation	• Sprida kunskap om tjänsten samt information om användningsområden och goda exempel. • Inkl. kommunikatör 10%, nätverksmöten, informationsmaterial • Prel. budget 150tKr
Upphandling	• Göra kravarbetet Q4 2013 och genomföra upphandling 2014 (detta förutsätter att Sjunet förlänger 2014 med TDC). Obs! Om Sjunet inte förlänger sitt avtal måste kravarbete och upphandling ske under 2013 vilket kräver utökad budget. • Prel. budget 250tKr (för kravarbete)
Nationell flerpartstjänst	• Utifrån utvärdering av pilotresultat 2012 fortsätta erbjuda, inom ramen för erhållen budget, organisationer att genomföra video- och distansmöten (live, streaming, konferenser, utbildning, etc) med flera olika parter på ett kostnadseffektivt och enkelt sätt • Ta fram handlingsplan och beslutsunderlag för finansiering av nationell flerpartstjänst 2014 och framåt. • Prel. budget 500tKr
Samarbeta nationellt	• Identifiera, utvärdera behov av och möjligheter att stödja nationell samverkan via video mellan landsting/regioner, kommuner, privata vårdgivare och andra aktörer för initiativ relaterat till Vård på distans. • Exempel på områden: multidisciplinära ronder, nationella kompetenscentra, patientens kontakt med vården • Prel. budget 300 tkr

Utveckling*

Område	Aktiviteter
Internationellt samarbete	• Identifiera och utvärdera möjligheter att stödja internationella samarbeten för Vård på distans.
Synergier med Nationella E-hälsotjänster	• Identifiera och utvärdera synergier med andra nationella tjänster.
Bygga en tjänst för framtida behov	• Omvärldsbevaka och utvärdera förväntningar och behov för att kunna erbjuda en tjänst som ger nytta för användare långsiktigt. • Utifrån ett kostnadsperspektiv analysera för- och nackdelar av att äga infrastruktur och köpa drift (inkl. försäkring) istället för att köpa allt som tjänst.

* Budget avsatt för utveckling prioriteras i förvaltningsplanen utifrån behov och fokusområden inkomna från verksamhet och CeHis.

Budget 4 500 tkr (4 500)

- Förvaltning 4 200 tkr (4 500)
- Utveckling 300 tkr (0)

Verkställande kansli, samordnad arkitektur, gemensam information, mm

Det verkställande kansliet har huvudmännens uppdrag att genomföra den fastställda handlingsplanen och den årliga verksamhetsplanen. I uppdraget ingår att beställa, styra och följa upp samtlig gemensam verksamhet som finansieras av huvudmännen, och att samarbeta med övriga parter i eHälsoutvecklingen. Dessutom samordnas gemensam information och kommunikation.

Avgörande för framgång är ett tätt och nära samspel med huvudmännen, dels i form av de grupperingar som ingår i CeHis, dels i form av löpande samarbete i konkreta projekt och förvaltningsobjekt.

En grundläggande gemensam uppgift är styrningen av den gemensamma arkitekturen. En god arkitekturstyrning är helt nödvändig för att driva verksamheten kostnadseffektivt med korta ledtider för genomförande genom återanvändning, och därmed minskad komplexitet i underhåll och förvaltning.

Arkitekturledningen arbetar med utveckling och införande av gemensam arkitektur. Styrningen av arkitektur och regelverk drivs inom områdena verksamhetsarkitektur, informationsarkitektur, teknisk arkitektur och säkerhetsarkitektur. Arbetet sker i nära samspel med andra organisationer, främst Socialstyrelsen.

I samspelet mellan CeHis som beställare och Inera AB som utförare hanteras för närvarande gemensamma kostnader för företaget i sin helhet och inte per projekt/förvaltningsobjekt. Detta upphör fr o m 2013. Beloppet uppgick 2012 till 32 000 tkr.

För år 2013 planeras följande:

Budget 40 000 tkr (65 000)

- **Verkställande kansli inkl utökad beställarkompetens och förändrad relation gentemot Inera AB, 19 000 tkr**
- **Arkitektursamordning 18 000 tkr**
- **Gemensam information och kommunikation 3 000 tkr**

2012-05-16

Verksamhetsplan 2013, Kostnader per objekt, tkr	Förvaltning inkl		
	införandestöd budget	Utveckling budget	Total budget
Budget 2012			

Invånartjänster			
1177.se	30 000	4 000	34 000
1177 Sjukvårdsrådgivningen – rådgivning per telefon	28 800	2 000	30 800
UMO.se – Ungdomsmottagning på internet	8 000	800	8 800
Ramverk och infrastruktur för e-tjänsteutveckling	12 000	7 000	19 000
Mina vårdkontakter	25 000	10 000	35 000
Min journal		4 000	4 000
Summa invånartjänster	103 800	27 800	131 600

133 250

Vårdtjänster			
NPO	35 000	2 000	37 000
NOD (nationell ordinationsdatabas)	5 000	3 000	8 000
Pascal	12 000	7 000	19 000
Svensk Informationsdatabas för läkemedel, SIL	5 000	7 500	12 500
Sfinx-interaktionsdatabas	9 000	1 000	10 000
Infektionsverket	9 000	0	9 000
Vårdhandboken	3 000	500	3 500
Rikshandbok barn	1 800	500	2 300
EIRA	1 000	0	1 000
Elektroniska intyg	4 400	1 200	5 600
Svenskt biobanksregister SBR	3 000	0	3 000
Nationellt IT-stöd för händelseanalys, NITHA	1 900	0	1 900
Summa vårdtjänster	90 100	22 700	112 800

109 620

Infrastruktur			
Katalogtjänst HSA	12 000	6 000	18 000
Identifieringstjänst SITHS	10 000	2 500	12 500
Sjunet	5 000	1 300	6 300
Granskningstjänst Easy	1 000	700	1 700
Tjänsteplattformen	8 400	4 000	12 400
Säkerhetstjänster	21 500	6 000	27 500
Nationell Test	4 000	2 600	6 600
Nationell kundservice	5 000	1 100	6 100
Video/distansmöte	4 200	300	4 500
Summa infrastruktur	71 100	24 500	95 600

84 750

Ledning och samordning			
Verkställande ledning inkl arkitekturledning och gemensam kommunikation/information	40 000		40 000
Summa ledning och samordning	40 000	0	40 000
Totalt	305 000	75 000	380 000

65 000

392 620

(

(

(

(