

ANSKAFFELSE NR 17/04835

Verktøy for risikokartlegging og praksisprofil hos fastleger

Bilag 1 – Konesjonsgivers kravspesifikasjon

Innhold

1	Innledning	3
2	Pilot strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam.....	4
2.1	Generelt om risikokartlegging	4
2.2	Identifisering som en del av et forløp	5
2.3	Nærmere om arbeidsprosessen med identifisering.....	5
3	Kvalitetsarbeid i fastlegepraksis (Praksisprofil og rapportering)	6
3.1	Formål.....	6
3.2	Kvalitetsarbeid.....	6
3.3	Tilgang til data.....	7
4	Konsesjonsgivers formål	7
4.1	Sted for bruk av Verktøy	8
4.2	Bruker som skal identifiseres i pilotprosjektet, risikokartlegging.....	9
4.3	Brukerhistorier for kvalitetsarbeid i fastlegepraksiser.....	11
5	Konseptuell skisse.....	13
6	Kravtabeller.....	16
6.1	Funksjonelle krav til løsning	17
7	Tekniske krav til løsningen	19
7.1	Indikatorgenerator	20
7.2	Kravtabell Indikatorgenerator.....	21
7.3	Benchmarkdatabase	22
7.4	Kravtabell Benchmarkdatabase	23
7.5	Rapportdatabase.....	25
7.6	Kravtabell Rapportdatabase.....	26
7.7	Struktur, standarder lover og regler	27
8	Prosjektrelaterte krav.....	29
9	Vedlikehold og forvaltning	30
10	Andre krav.....	30
10.1	Bilag som skal besvares.....	30

1 INNLEDNING

Dette bilaget inneholder Konesjonsgivers funksjonelle, tekniske og øvrige krav til løsning og tjenester for et elektronisk verktøy for risikokartlegging, praksisprofil og anonym rapportering (omtalt som Verktøyet). Dette Verktøyet skal benyttes for to ulike, men funksjonelt beslektede prosjekt.

1. Helsedirektoratet sitt arbeid med pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam (pilotprosjektet) hvor Verktøyet skal brukes hos fastleger og ved sykehus til identifisering av brukere med store og sammensatte behov (risikokartlegging)
2. Direktoratet for e-helse sitt bidrag i arbeidet med å måle og heve kvaliteten på den samlede fastlegetjenesten. Verktøyet skal brukes til å gi fastleger en bedre oversikt over egen praksis (praksisprofil) og til rapportering hvor anonyme data fra Verktøyet kan brukes til sammenligning mellom fastlegepraksiser (benchmarking) og til styringsinformasjon (for kommuner og statlige helsemyndigheter).

Fordi det er to ulike prosjekter, må Konesjonshaver være klar over at prosjektenes spesifikke behov delvis er beskrevet i ulike deler i kravspesifikasjonen. Disse behovene skal likevel dekkes av samme Verktøy / løsning, så funksjonaliteten som omtales for hvert prosjekt må kunne løses innenfor funksjonaliteten til ett Verktøy.

I dette bilags kapittel 2-7 beskrives begge prosjektenes bruksområde og funksjonalitet.

2 PILOT STRUKTURERT TVERRFAGLIG OPPFØLGINGSTEAM

Helsedirektoratet skal gjennomføre en pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov. Denne anskaffelsen inngår som en del av denne piloten. Pilotprosjektet går over tre år (2018-2021) og planen er oppstart tidlig høst 2018. Hvilket verktøy som skal benyttes må være avklart før utlysning av pilot i mars 2018.

«Veileder for oppfølging av brukere med store og sammensatte behov» ble publisert i november 2017 ¹. Den beskriver ulike forhold knyttet til strukturert tverrfaglig oppfølging og hva som må til for å sikre et mer strukturert, helhetlig og koordinert tilbud til brukergruppene. Strukturkravene samsvarer med kravene til individuell plan (IP) og koordinator ², og piloteringen vil derfor være et strategisk tiltak for å styrke dette arbeidet.

Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam skal i utgangspunktet ikke etableres med faste ansatte, men være en arbeidsform og en integrert del av tjenestene og settes sammen av de tjenestene som brukeren til enhver tid trenger og ønsker oppfølging av. Oppfølgingsteam er altså en tverrfaglig arbeidsform på tvers av avdelinger og nivå og det er pasient og brukers behov som skal være bestemmende for sammensetningen av det tverrfaglige teamet.

Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam skal bidra til å implementere og teste ut den nye veilederen i praksis, og veilederen legges dermed til grunn for arbeidet.

Formålet med piloten er:

- bedre resultat for pasienten, gitt pasientens egne mål
- bedre funksjon for pasienten (målt ved funksjonsmål) og bedre egenmestring
- bedre pasientopplevd kvalitet
- redusere antallet sykehusinnleggelse
- redusere behovet for kommunale helse – og omsorgstjenester.

Et viktig element i piloten er i tillegg å prøve ut verktøy for risikokartlegging. Dette skal brukes til tidlig identifisering av brukere med store og sammensatte behov som inkluderer brukere med risiko for framtidig sykehusinnleggelse og/eller risiko for økt behov for kommunale helse – og omsorgstjenester.

Når prosjektet er ferdig, er målet at

- Kommunene i pilot identifiserer brukere med store og sammensatte behov tidlig
- Kommunene har tilrettelagt en struktur og implementert teambasert strukturert tverrfaglig oppfølging tilpasset brukers behov og på tvers av organisatoriske enheter
- Brukerne er aktivt deltagende i utforming av sine tjenester

Piloten, og dermed Verktøyet, skal følgeevalueres for å få kunnskap om det som skjer underveis og måloppnåelse (resultat av prosjektet).

2.1 Generelt om risikokartlegging

Risikokartlegging (risk stratification på engelsk), er i økende grad blitt tatt i bruk internasjonalt. Klinikere er godt kjent med bruk av prediksjonsmodeller til å vurdere framtidig risiko for enkelte utvalgte lidelser, som f.eks. risiko for hjerte-/karsykdom (se eksempel på <http://hjerterisiko.helsedirektoratet.no/>), brudd, noen kreftformer, o.a. Forebyggende risikokartlegging ligner ved at hensikten er å intervensere tidlig, men til forskjell fra andre

¹ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

² <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

prediksjonsmodeller handler den i stor grad om behov for framtidig helse og omsorgstjenester. En annen forskjell er at forebyggende risikokartlegging handler om risiko på kort sikt mer enn på lengre sikt.

Forebyggende risikokartlegging innebærer i dette prosjektet en systematisk analyse av data fra deler av befolkningen for å dele dem inn i hvor stor risiko de har for framtidig uhelse og / eller økt behov for helsehjelp. Forebyggende risikokartlegging kan gjøres på flere måter; manuelt som ved case-finding eller hjemmebesøk, med elektroniske løsninger som analyserer data fra registre / journaler eller med kombinasjoner av disse. Denne anskaffelsen handler om elektroniske løsninger.

Forebyggende risikokartlegging har i hovedsak to hovedformål, tidlig identifisering av enkeltindivider med tanke på forebygging og proaktiv innsats (hovedfokus i piloten), og planlegging av ressursallokering etter forbruk og behov for helsetjenester i befolkningen.

Når det i dokumentet omtales at Verktøyet skal identifisere brukere, menes det både

1. identifisering av de som i dag har behov for strukturert tverrfaglig oppfølging og
2. de som det predikeres at har en framtidig forhøyet risiko (tidlig identifisering) hvor hendelser kan forebygges gjennom strukturert tverrfaglig oppfølging.

2.2 Identifisering som en del av et forløp

2.3 Nærmere om arbeidsprosessen med identifisering

Bruken av Verktøyet skal i piloten brukes til å identifisere brukere som er aktuelle for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam. Deretter vil det skje en videre oppfølging, beskrevet i «Veileder for oppfølging av brukere med store og sammensatte behov»³, som ikke er del av denne anskaffelsen.

Arbeidsprosessen med identifisering knyttet til bruken Verktøyet vil skjematisk bestå av følgende deler (her med fastlegen som eksempel):

1. Basert på data fra de aktuelle elektroniske pasientjournalene (EPJ) identifiserer Verktøyet personer som er aktuelle for strukturert tverrfaglig oppfølging
2. Fastlegen vurderer om de personene som er identifisert skal kontaktes for utredning av behov for strukturert tverrfaglig oppfølging. Fastlegen må vurdere behovet for konsultasjon og sikre at det gjøres en medisinskfaglig vurdering som grunnlag for videre oppfølging i kommunen. I tillegg kan fastlegen identifisere andre pasienter basert på erfaring, andre kriterier og lignende. Det er derfor behov for støtte for å holde orden på dette.
3. Utvalgte pasienter kontaktes, konsultasjon avholdes og det innhentes samtykke med tanke på å kunne gi informasjon til kommunens helse – og omsorgstjeneste for videre oppfølging. Alt dette må dokumenteres i pasientens journal, noe som betyr at Verktøyet må fungere slik at det understøtter behovet for dokumentasjon.
4. Henvendelse/henvisning sendes til avtalt meldeinstans i kommunen. Denne må inneholde noe informasjon om begrunnelse for behovet, og slik informasjon kan også tenkes komme fra Verktøyet.

³ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

3 KVALITSARBEID I FASTLEGEPRAKSIS (PRAKSISPROFIL OG RAPPORTERING)

Direktoratet for e-helse har prosjektansvaret for EPJ-løftet⁴. Prosjektet er en del av den Nasjonale e-helseporteføljen⁵. EPJ-løftet skal bidra til utvikling av IKT-verktøy for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen, understøtte samhandling og informasjonsformidling mellom aktører i sektoren og mer effektiv ressursbruk. EPJ-løftet for fastleger og avtalespesialister⁶ skal heve kvaliteten på fastlegers og privatpraktiserende spesialisters EPJ-system og dermed gjøre hverdagen enklere for både pasienter og helsepersonell.

Som et ledd i dette arbeidet er det behov for å kunne bruke data fra fastlegenes EPJ i kvalitetsarbeidet.

For å realisere flere av prosjektene som skal bygge opp under dette, er det behov for funksjonalitet for å trekke ut, bearbeide og rapportere data.

3.1 Formål

Formålet med profilering av fastlegepraksiser og rapporteringen er å måle og heve kvaliteten på den samlede tjenesten ved å

- Gi legekantorene oversikt over egen praksis til bruk i kvalitetskontroll og forbedringsarbeid.
- Gi både myndigheter, allmennheten og legekantorene oversikt over befolkningen aggregert på nasjonalt, fylkes- og kommunalt nivå.
- Sikre at ikke enkeltpasienters, enkeltlegers eller enkeltkantorers data eksponeres.
- Unngå at helsedata lagres utenfor legekantoret.

3.2 Kvalitetsarbeid

Alle helsevirksomheter er ansvarlig for å jobbe systematisk med kvalitetsarbeid av hensyn til pasientsikkerheten. Dette er tydeliggjort i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten»⁷.

For fastlegene innebærer dette i første rekke et behov for å få bedre oversikt over egen praksis slik at tiltak kan iverksettes umiddelbart for å bedre tjenesten som leveres. Dette forutsetter løsninger som gir både økt kvalitet på dataene og medfører bedre kvalitet på tjenestene for å oppfylle to sentrale krav;

- kravet til kvalitetskontroll («hvor står vi?»)
- Kravet til kvalitetsarbeid («hva bør vi forbedre?»).

Videre er det et behov for bedre utnyttelse av fastlegers samlede kompetanse, gjennom å kunne sammenligne og diskutere egen praksis med kolleger i arbeidsfelleskap eller smågrupper. Egne data kan sees på i forhold til angitte retningslinjer, men enda mer nyttig kan det være med praksisprofiler som sammenligner egne data med nasjonale data.

⁴ <https://ehelse.no/epj-loftet>

⁵ <https://ehelse.no/nasjonale-prosjekter>

⁶ <https://ehelse.no/epj-loftet/epj-loftet-for-fastleger-og-avtalespesialister>

⁷ <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Sistnevnte vil være mulig når man har tilstrekkelig innsamlede data til å lage et normalmateriale.

I henhold til Forskrift om fastlegeordning i kommunen (§29)⁸ skal fastlegen avgi nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål. Denne rapporteringen skal ivareta myndighetenes ansvar for et forsvarlig helsetilbud og faglig utvikling av fastlegetjenesten. Departementet bestemmer når bestemmelsen i §29 skal tre i kraft. En forutsetning for det er at funksjonaliteten for å hente ut data fra EPJ-systemene må være på plass.

3.3 Tilgang til data

For å sikre en økt kvalitet i fastlegetjenesten er det viktig at både fastlegen, myndigheter, SKIL (Senter for kvalitet i legekontor) og forskere har tilgang til data som kan belyse dagens situasjon, identifisere forbedringsområder og bidra til å måle effekt av iverksatte tiltak.

SKIL jobber med systematisk kvalitetsarbeid på legekantorene, og har som ledd i dette behov for å utarbeide praksisprofiler og trekke ut kvalitetsindikatorer for å kunne måle effekt av ulike tiltak, samt å bidra til økt innsats på de riktige områdene. Kvalitetsindikatorene vil gi et bedre helhetsbilde av den faktiske kvaliteten ved tjenesten.

Myndighetene har et lignende behov for en oversikt over kvaliteten på den samlede tjenesten, for å kunne innrette den totale virkemiddelpakken på en slik måte at den forsterker arbeidet med kvalitetsheving både lokalt og nasjonalt.

For forskningen vil økt rapportering fra fastlege EPJ-systemer kunne legge grunnlaget for klinisk forskning i primærhelsetjenesten som per i dag er meget utfordrende. Bedre kunnskap om effekten av ulike typer klinisk praksis vil legge grunnlag for videre kvalitetsarbeid og forbedring i tjenesten.

4 KONSESJONSGIVERS FORMÅL

Formålet med anskaffelsen av et verktøy for risikokartlegging og praksisprofilering er å

1. identifisere personer med store og sammensatte behov slik at disse kan vurderes for strukturert tverrfaglig oppfølging (risikokartlegging)
2. gi fastleger en bedre oversikt over egen praksis som ledd i deres eget generelle kvalitetsarbeid (praksisprofil), og
3. gi fastleger og myndigheter mulighet til å bruke anonyme data til sammenligninger, ivaretagelse av et forsvarlig helsetilbud og faglig utvikling av fastlegetjenesten (rapportering).

Disse målene er satt opp i prioritert rekkefølge. Arbeidet knyttet til pilotprosjektet for strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam (punkt 1) har deadline først og verktøyet må på plass innen denne deadlinen for at pilotprosjektet skal kunne gjennomføres.

Verktøyet skal installeres hos fastlegene og sykehusene knyttet til de kommuner som deltar i pilotprosjektet og utgiftene for disse dekkes i hele pilotperioden (ut 2021). Det avklares ikke hvor mange og hvilke kommuner og fastleger som skal være med i piloten før etter at kontrakt om med Konesjonshaver av Verktøyet er inngått. Derfor skal det i innlevert tilbud tas utgangspunkt i installasjon hos 80 fastleger i 40 ulike praksiser i 6 kommuner. I tillegg skal Verktøyet installeres i helseforetak (sykehus) som kommunene sokner til, og det skal i tilbudet tas utgangspunkt i installasjon i 6 ulike helseforetak. Det er en forutsetning at Konesjonshaveren kan stå for alt arbeid med en testfase, installasjon, opplæring,

⁸ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>

brukerstøtte, teknisk vedlikehold og nødvendig tilpassing basert på erfaringene som avdekkes i pilotprosjektet.

Verktøyet kan tilbys for salg til alle landets fastleger som en årlig fast avgift. Dette innebærer at valgt Konesjonshaver får tilført avtalt tilskudd, men bærer selv all risiko for salg, drift og vedlikehold. Det var i 2016 4668 fastleger i Norge ⁹.

Når det gjelder de juridiske og tekniske forhold rundt løsningen (personvern, informasjonssikkerhet m.m.), skal de følge de standardene som beskrives i Norm for informasjonssikkerhet i helse og omsorgstjenesten (Normen) ¹⁰. Normen er et omforent sett av krav til informasjonssikkerhet basert på lovverket. I tillegg skal annen relevant lovgivning følges. Videre skal øvrige relevante juridiske forhold ivaretas (se neste punkt).

4.1 Sted for bruk av Verktøy

Det har vært gjort et arbeid med å avklare det juridiske grunnlaget for bruken av et verktøy for risikokartlegging og profilering. Kort oppsummert kan det brukes som

- et ledd i kvalitetssikringsarbeidet internt i en enkelt virksomhet og
- innenfor pasientjournalssystemet til den enkelte databehandlingsansvarlige.

Den juridiske vurderingen viser til pasientjournalloven § 6 annet ledd som slår fast at helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre bare kan behandles når det er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for administrasjon, internkontroll eller kvalitetssikring av helsehjelpen. En virksomhets interne kvalitetssikring som følger av helsepersonelloven § 26 har også behandlingsgrunnlag i pasientjournalloven § 6. Virksomhetsinterne kvalitetsregistre innebærer at nærmere definerte pasientopplysninger fra flere pasienters journaler kan behandles (sammenstilles og analyseres) for kvalitetssikring av en bestemt type tjeneste eller prosess, innen virksomheten.

Det er vurdert at kartleggingen av samtlige pasienter på fastlegens liste omfattes av den interne kvalitetssikringen som fastlegen kan gjøre. Det å søke etter variabler, for å finne pasienter som kan være i behov av helsehjelp, vil være kvalitetssikring av behandlingsforløpet til den enkelte pasient.

Steder for bruk av Verktøyet

Verktøyet skal brukes hos fastlegene og sykehusene knyttet til kommunene som deltar i pilotprosjektet.

Verktøyet skal tilbys for salg til alle landets fastleger.

I det følgende beskrives stedene for bruk av Verktøyet. Det er lagt vekt på en generell beskrivelse, med mest vekt på bruken i pilotprosjektet. Det forutsettes at Konesjonshaver innhenter informasjon om og foretar de nødvendige tekniske avklaringer.

4.1.1 Fastlegen

Fordelen med å bruke Verktøyet hos fastlegen er at det dekker nesten hele befolkningen. Fastlegen har et såkalt listeinnbyggeransvar. Dette listeansvaret innebærer blant annet at fastlegen skal, basert på foreliggende journalinformasjon, søke å ha oversikt over

⁹ <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/fastlegestatistikk#fastlegestatistikk-2016>

¹⁰ <https://ehelse.no/personvern-og-informasjonsikkerhet/norm-for-informasjonsikkerhet>

innbyggerne på listen der medisinskfaglig oppfølging og koordinering er nødvendig. Dette omfatter bl.a. å tilby oppfølging av listeinnbyggere som ikke selv etterspør fastlegens tjenester. Alle som er registrert hos en fastlege er omfattet av denne bestemmelsen (er «listeinnbyggere»). Risikokartleggingen kan da også være et hjelpemiddel for fastlegen i forbindelse med fastlegens oppgaver knyttet til fastlegeforskriften § 10 jf. §§ 17-18.

Fastlegene har relativt omfattende data om sine pasienter, fra sosiodemografisk informasjon til diagnoser og legemidler. Det kan likevel være noe variasjon i hvilke opplysninger som er tilgjengelige i strukturert form både mellom fastleger og mellom EPJ systemene. Informasjon om diagnoser er stort sett oppdatert og registrert i strukturert form. Det samme gjelder foreskrevne legemidler. Det er begrenset strukturerte opplysninger om forbruk av helsetjenester.

Fastlegene kan ha eksterne driftsleverandører, og noen benytter Application Service Provider (ASP) tjenester. Det er likevel flere fastleger eller fastlegekontor (kan være flere fastleger per kontor, snittet er 4 i Norge) som har sitt eget driftsmiljø for IT system, for eksempel en egen server for pasientjournalen som de tilser selv. Denne er koblet til Norske Helsenett. Det kan forventes at det generelt er begrenset IT kompetanse når det gjelder IT drift hos fastlegene og Verktøyet må derfor kunne installeres og driftes stort sett uavhengig av fastlegene.

Data til Verktøyet må trekke ut data fra EPJ-systemene. Det er flere leverandører av EPJ system til fastlegen, og det er tre system som er i bruk. Det er gjennom en markedsdialog avklart at det finnes firma i Norge som har operative løsninger for å trekke ut data fra dagens EPJ-systemer. Hvis slike løsninger ikke brukes, må det hentes data fra EPJ—systemene direkte, noe som krever samarbeid og avtaler med EPJ-leverandørene.

4.1.2 Sykehus (helseforetak)

På helseforetak vil driftsmiljøet for IT være samlet og profesjonelt. Det betyr at det antas at det holder med installasjon av Verktøyet ett sted per helseforetak. Det er et eget driftsselskap for hver av de fire helseregionene.

Ellers er de samme forholdene rundt generelle tekniske forhold og brukervennlighet de samme som beskrevet for fastlegen.

4.2 Bruker som skal identifiseres i pilotprosjektet, risikokartlegging

Det er den følgende generelle beskrivelse av brukergruppen som er styrende:

Brukergruppen som skal identifiseres

Det skal identifiseres brukere med store og sammensatte behov, uavhengig av alder eller diagnoser, som kan ha nytte av strukturert tverrfaglig oppfølging.

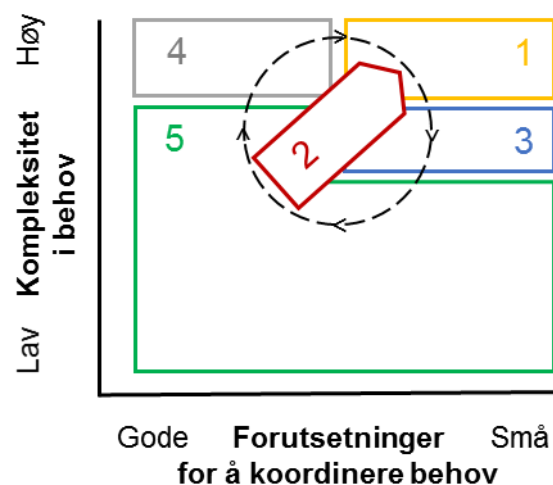
Brukere med store og sammensatte behov er en uensartet gruppe fordi de kan ha ulike utfordringer i dag og ulik framtidig risiko knyttet til helse og forbruk av tjenester. Dagens utfordringer kan være knyttet til medisinsk tilstand som stort antall kroniske diagnoser, bruk av mange medisiner og behov for mange og ulike tjenester. Ulik framtidig risiko kan være knyttet til den generelle risikoen for forverring og det en slik forverring kan føre med seg i form som utfordringer med å følge opp behandling eller medisiner, bli innlagt på sykehus eller økt forbruk av helse og omsorgstjenester generelt. Dette er operasjonalisert som brukere med

- høy kompleksitet i behov og
- små forutsetninger for å koordinere egne behov

Denne operasjonaliseringen bygger på en svensk utredning ¹¹, hvor det er gjort en oppdeling av befolkningen i fem grupper, hvorav de fire første er de som skal identifiseres. Nummeret for hver gruppe svarer til nummeret i figuren under.

1. Personer med store og sammensatte behov som har begrensede muligheter til på egenhånd å koordinere sine behov. Det kan være de mest syke eldre, personer med alvorlig psykisk og somatisk multisykdom og personer i sen palliativ fase (høyest risiko for død)
2. Personer som har hatt en akutt tilstand som krever rask innsats fra flere aktører og hvor personen pga. den akutte tilstanden har redusert evne til på egen hånd koordinere sine behov. Det kan være personer som nylig har hatt slag eller eldre personer som ha nylig har falt og skadet seg.
3. Personer som er somatisk friske, men som har begrensede muligheter til på egenhånd å koordinere sine behov. Det kan være personer med kognitive eller nevropsykiatriske lidelser eller barn med psykiske lidelser
4. Personer med store og sammensatte behov, men som med gode forutsetninger for å delta i koordinering av sine behov. Det kan være personer med multisykdom som trenger regelmessig kontroll og personer med sammensatte behov som har god psykisk helse.

De personer som ikke inngår i disse gruppene utgjøres av personer som er friske, personer som har en lettere kronisk sykdom og personer med nedsatt psykisk velvære. De inngår i boks 5 i figuren under.



Figur. Oppdeling av pasientgrupper ut fra kompleksitet i samordning av den enkeltes pasients helse og omsorgsbehov og den samme pasientens forutsetninger for å koordinere sine helse og omsorgsbehov. Sirkelen illustrerer at en person kan ha endrede behov og forutsetninger over tid.

I den svenske rapporten ble andelen av befolkningen i de ulike gruppene beregnet. De fant følgende andeler for gruppe 1) 1,1%, gruppe 2) 0,1%, gruppe 3) 0,8% og gruppe 4) 1,1%. Samlet utgjør dette ca. 3,2% av befolkning.

¹¹ Samordnad vård och omsorg: En analys av samordnings-utmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem, PM 2016:1. <http://www.vardanalys.se/Rapporter/2016/Samordnad-var-d-och-omsorg-/>

Det kan ikke forventes å finne data for den enkelte pasients forutsetninger i pasientjournalen. Det er trolig nødvendig å beregne risiko innenfor flere risikoområder for å finne fram til de som ønskes identifisert.

4.3 Brukerhistorier for kvalitetsarbeid i fastlegepraksiser

Det er på lengre sikt ønskelig at løsningen for profilering og rapportering kan brukes på flere områder, ut fra hva behovene viser seg å være i framtiden. Her beskrives brukerhistorier for de praksisprofiler som Verktøyet må kunne levere (absolutte krav). Det er i tillegg opp til Konesjonshaveren å komme med forslag på profiler som vurderes å være formålstjenlige utover de som er beskrevet under.

Alle de spesifikke profilene, inkludert profil basert på risikoskåre, må være basert på ferske og valide data.

Profilene må kunne følges over tid for å se på utviklingen for bl.a. tidlig å kunne avdekke en forverring i kvaliteten på ett eller flere områder, slik at kvalitetsforbedringstiltak vil kunne iverksettes.

Det behov for kunne sammenligne profilen for egen praksis med andre (benchmarking) og presentere dem aggregert for myndighetsbruk. Det er et absolutt krav dette gjøres slik at informasjonen som brukes og framvises ikke kan knyttes til en bestemt praksis. Fastlegene skal ha full sikkerhet for at opplysninger om egen praksis ikke kan gjøres kjent for andre.

De ulike profilene må kunne justeres for egenskaper ved den enkelte praksisen, slik som alders- og kjønns sammensetning. Grunnene er variasjon i pasientpopulasjonen mellom ulike praksiser.

Det er publisert rapporter og grunnlagsmaterialet for andre prosjekter i EPJ-løftet¹² som kan være nyttige innspill i utarbeidelse av praksisprofilene.

4.3.1 *Praksisprofil: Risikoskåre og pasienter med behov for spesiell oppfølging*

Som fastlege vil jeg ha en oversikt over hvordan listeinnbyggerne grupperer seg basert på risikoskårene som beregnes for å identifisere brukere med store og sammensatte behov. Denne listen kan hjelpe meg til å forstå hvilken profil jeg har når det gjelder mine pasienters hjelpebehov. Hvor mange «tunge» pasienter har jeg, pasienter med kroniske sykdommer, psykiske problemer som er komplekse og tar tid? Er det slik at jeg har flere slike tunge pasienter enn andre praksiser? En slik oversikt må kunne grupperes slik at jeg raskt kan se hvordan profilen er og sammenligne den med andre.

I tillegg har jeg behov for å finne pasienter som trenger spesiell oppfølging. Dette inkluderer de som ikke har vært til time på lang tid fordi min virksomhet er sterkt basert på at de som trenger tjenesten selv er i stand til å etterspørre den. Denne oversikten bør være integrert slik at jeg enkelt kan registrere i pasientjournalen når noe på arbeidslisten er gjort.

Eksempler på arbeidslister er:

- Pasienter som har gått regelmessig til oppfølging, men som er blitt «borte»
- Pasienter som bruker 4 legemidler eller mer
- Pasienter som velges ut for influensavaksine

¹² <https://ehelse.no/epj-loftet/epj-loftet-for-fastleger-og-avtalespesialister#kravdokumenter-for-fastleger-og-avtalespesialister-->

- Pasienter som velges ut for pneumokokk-vaksine
- Pasienter stående på legemidler med stor bivirkningsfare
- Pasienter som har fått antibiotika foreskrevet som «vent og se resept»

4.3.2 *Praksisprofil: Antibiotikaforskrivning*

Som fastlege ønsker jeg å kvalitetssikre egen forskrivning av antibiotika. Jeg ønsker rapporter som i størst mulig grad beskriver min forskrivningspraksis slik at jeg kan forstå hvordan jeg bruker antibiotika sammenholdt med andre legers praksis og retningslinjene, slik at jeg kan ta stilling til eventuelle avvik i egen praksis.

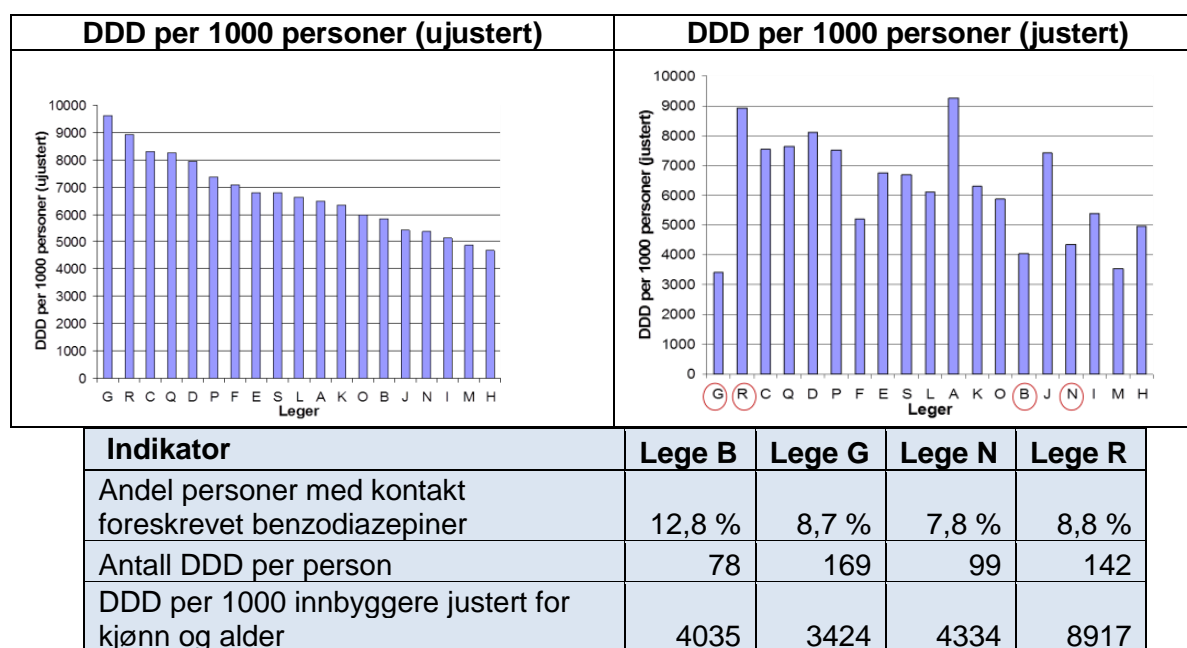
Jeg ønsker å skille ut forskrivninger på legevakt både for egen vurdering og for å gi grunnlag for bedre data til forskningsformål.

4.3.3 *Praksisprofil: Legemiddelgjennomgang*

Som fastlege har jeg behov for å kunne få oversikt over mine pasienter som bruker mange legemidler for å sikre at de får den oppfølgingen de bør ha. Dette vil også hjelpe meg til arbeidet med forskriftskravet om at listeinnbyggerne mine som bruker fire legemidler eller mer skal få gjennomført en legemiddelgjennomgang når dette anses nødvendig ut fra en medisinsk vurdering.

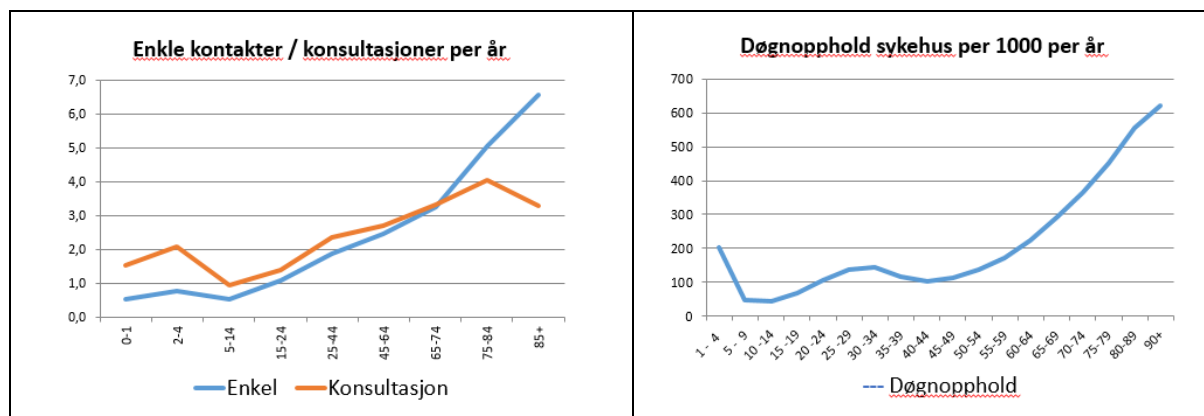
4.3.4 *Praksisprofil: Benzodiazepiner*

Som fastlege ønsker jeg å få kunnskap om min forskrivning av benzodiazepiner til mine pasienter – hvor stor andel som får slike legemidler og hvor mye hver får i gjennomsnitt målt i definerte døgndoser (DDD). Jeg vil også vite i hvor stor grad jeg skriver ut mer eller mindre enn andre leger i DDD per 1000 innbyggere i forhold til sammensetningen av pasientlisten for eksempel justert for kjønn og alder. Grunnen er at jeg vet at en justering er nødvendig for å få tall som er rimelig sammenlignbare, slik som illustrert i figurene og tabellen under (figur viser antall DDD per 1000 innbyggere for et utvalg leger hhv ujustert og justert for kjønn og alder, og tabellen viser tallene for fire av legene).



4.3.5 Praksisprofil: Oppfølging av eldre syke

Som fastlege ønsker jeg å se en oversikt over kjønns- og aldersfordelingen og antall kontakter på min liste pr år innenfor definerte aldersintervall sammenliknet med nasjonale tall. Dette skal hjelpe meg å bl.a. identifisere eldre som ikke lenger har konsultasjoner hos meg. Grunnen er at antallet konsultasjoner med fastlegen stiger jevnt i takt med økt sykkelighet frem til 85 år ¹³. Selv om sykkeligheten, målt som døgnopphold i sykehus (figuren til høyre) fortsetter å stige, avtar antall konsultasjoner med fastlegen (knekk i linjen på høyre side i figuren til venstre).



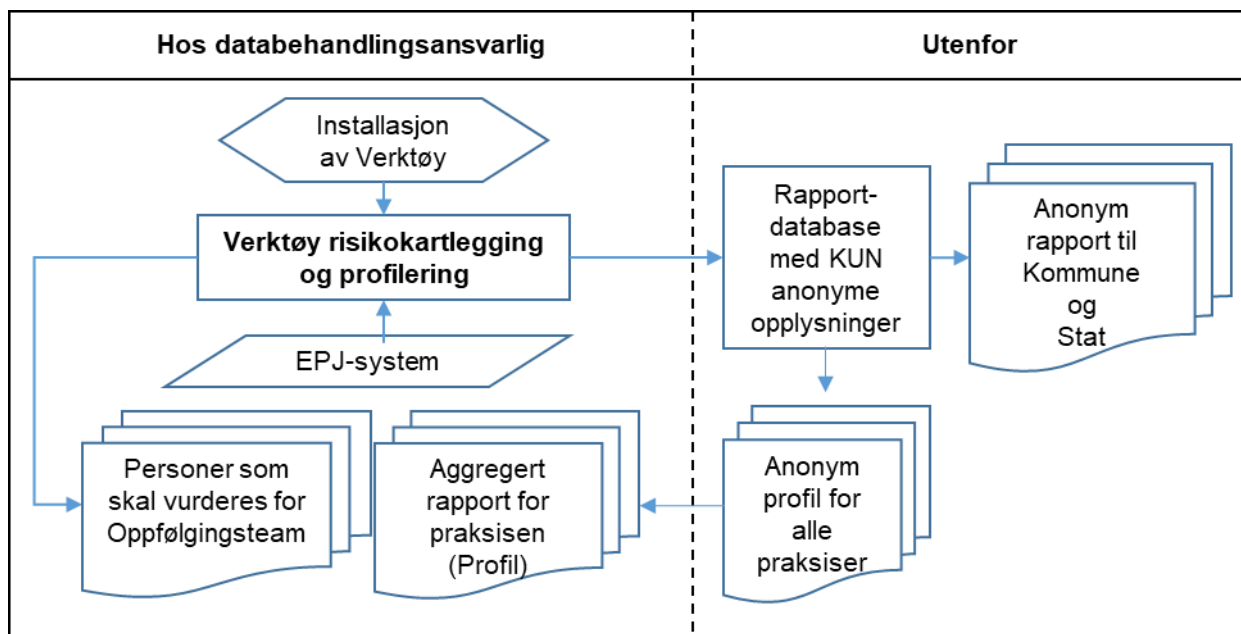
5 KONSEPTUELL SKISSE

Figuren under illustrerer en konseptuell skisse over installasjon, datautveksling og rapportering fra Verktøyet

Med databehandlingsansvarlig menes den som bestemmer formålet med behandlingen av helseopplysningene og hvilke hjelpemidler som skal brukes jf. pasientjournalloven § 2 bokstav e.

Figur. Konseptuell skisse

¹³ Brøyn N, Lunde ES, Kvalstad I. SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten 2004-2006. Oslo: Statistisk Sentralbyrå, 2007. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/seda-sentrale-data-fra-allmennlegetjenesten-2004-2006>



5.1.1 Hos databehandlingsansvarlig. Brukergrensesnitt og brukerstøtte

All behandling av personidentifiserbare data foregår kun hos databehandlingsansvarlig, som er den som har behandlingsansvar og ansvar for pasientjournalen. Data som brukes kommer fra EPJ-systemet og bearbeides i Verktøyet. Denne prosessen må være innenfor helsepersonelloven § 26 (virksomhets interne kvalitetssikring).

Fra Verktøyet går det to informasjonsstrømmer (rapporter) rettet mot den enkelte databehandlingsansvarlig:

1. Oversikt over identifiserte pasienter som bør vurderes henviset til videre vurdering for strukturert tverrfaglig oppfølging (risikokartlegging).
2. En aggregert oversikt over pasientpopulasjonen i praksisen (praksisprofil).

Verktøyet må være tilpasset norske standarder. Språk brukt i dokumentasjon og teknisk materiell kan leveres på engelsk, norsk, dansk eller svensk.

Det er avgjørende for bruken av Verktøyet at det har et godt brukergrensesnitt, slik at det er tilpasset arbeidsflyten. Dette kan inkludere funksjonalitet som en liste over pasienter som bør vurderes, enkel overgang mellom en slik arbeidsliste og pasientjournalen for oppslag og mulighet til å holde oversikt over hvilke pasienter som er vurdert og hva resultatet av vurderingen ble. Slik aktivitet er journalpliktig og må dermed dokumenteres i pasientjournalen.

Nytten av Verktøyet henger sammen med mulighet til å forbedre kvaliteten på dataene som brukes av Verktøyet. Verktøyet må derfor både ha en robusthet og sensitivitet, og kunne varsle om mangler og feil, i koding, formater og inkonsistens («mann og gravid») slik at den som registrerer får insitament til feilretting og endring i registreringspraksis.

Det må også være et system for brukerstøtte. Dette er spesielt viktig fordi hver enkelt virksomhet må læres opp og støttes i bruk. Det vil være begrensede muligheter for superbrukere fordi Verktøyet skal brukes hos fastleger som arbeider selvstendig, og på sykehusavdelinger vil det være relativt sett få ansatte i hver avdeling som vil være i direkte berøring med resultatene fra identifiseringen.

5.1.2 *Rapporter basert på anonyme data*

For å kunne få til en sammenligning mellom brukerne av Verktøyet (deltagerne i pilotprosjektet / fastleger som går til anskaffelse av Verktøyet), samt kunne ta ut rapporter med aggregerte data, er det ønskelig å etablere en rapportdatabase med anonyme data som må ligge utenfor den enkelte databehandlingsansvarliges system.

Konsesjonshaveren må her foreslå løsninger som er i tråd med juridiske krav. Konsesjonshaver må sammen med databehandlingsansvarlig sørge for at løsningen er innenfor regelverket, også ny personvernforordning ^{14 15 16}.

Rapportdatabasen skal KUN inneholde anonyme data for å sikre personvern og etterlevelse av lovreguleringer om bruk av data fra pasientjournaler. I rapportdatabasen vil det derfor ikke være behandling av personopplysninger, da opplysningene som behandles her er anonyme. Anonyme opplysninger kan ikke knyttes til en enkeltperson eller til en bestemt fastleges praksis. Det er et strengt krav om at identifikasjon ikke skal være mulig, verken direkte eller indirekte, for at kravet til anonymitet skal være oppfylt.

Helsepersonelloven § 23 nr.3 gir en rett til å utlevere opplysninger når disse er anonyme, men ingen plikt. Derfor må databehandlingsansvarlig selv kunne å velge om de vil nyttiggjøre seg av løsningen.

Fra Verktøyet går det en informasjonsstrøm til rapportdatabasen.

1. Anonym informasjon som er nødvendig for å kunne lage aggregert oversikt fra de deltagende virksomhetene og for at kommunale og statlige etater kan ta ut rapporter.

Fra rapportdatabasen går det to informasjonsstrømmer

1. Tilbake til databehandlingsansvarliges system med anonyme informasjon fra andre deltagere for benchmarking (sammenligning)
2. Til kommune og stat slik at disse kan få anonym informasjon fra alle databehandlingsansvarlig som deltar i piloten

Det ønskelig med en spørrefunksjon med et brukergrensesnitt som gir støtte for elementære logiske operasjoner slik som OR, AND, NOT, XOR. Det er vesentlig å kunne dokumentere at ingen enkeltpersoner kan identifiseres basert på søk i rapportdatabasen.

5.1.3 *Forvaltning, drift og vedlikehold*

Det må tas tilstrekkelig hensyn til at installasjonen og driften gjøres innenfor den enkeltes databehandlingsansvarliges driftsmiljø. Det forutsettes at driftsstabilitet ikke påvirkes.

Det vil være behov for system for support av drift av Verktøyet hos de enkelte virksomhetene. Det finnes ikke et felles driftsmiljø på tvers av virksomhetene.

Det må være et regime for å fange opp tilbakemeldinger fra brukere og kvalitetssikring av om de rette pasientene identifiseres (risikokartlegging) og om opplysningene om praksisene er relevant (profilering og rapportering).

¹⁴ <https://ehelse.no/eus-nye-personvernforordning>

¹⁵ <https://www.datatilsynet.no/regelverk-og-skiema/nye-personvernregler/>

¹⁶ <https://www.regjeringen.no/no/sub/eos-notatbasen/notatene/2014/auq/forslag-til-personvernforordning/id2433856/>

6 KRAVTABELLER

Det er 4 kravtabeller, en på funksjonelle krav til løsning, en på tekniske krav, en på prosjektrelaterte krav og en på vedlikehold og forvaltning. Kravene er beskrevet – og skal besvares - på formatet som vist i tabellene under.

Konsesjonsgivers behov og krav			Konsesjonshaverens svar	
ID	Beskrivelse	Viktighet	Tilbys Ja/Nei/Delvis	Løsningsbeskrivelse

ID: Kravets fortløpende nummer innen kapitlet/avsnittet

Beskrivelse: Tekstlig beskrivelse av behovet/kravet

Viktighet: Kravenes relative viktighet innen hver kravgruppe er indikert med V (viktig), N (normal) og M (mindre viktig)

Tilbys: Måten kraven oppfylles på skal angis med en av følgende koder:

- **JA** – Behovet/kravet er i sin helhet oppfylt. Hvordan beskrives i kolonnen Løsningsbeskrivelse
- **DELVIS** – Behovet/kravet oppfylles kun delvis. Det må særskilt utdypes hva som ikke oppfylles i kolonnen Løsningsbeskrivelse
- **NEI** – Behovet/kravet oppfylles ikke.

Løsningsbeskrivelse: Konsesjonshaverens beskrivelse av hvordan kravet oppfylles.

6.1 Funksjonelle krav til løsning

De funksjonelle kravene i tabellene er beskrevet overordnet. Det er teksten i kravspesifikasjonen inkludert vedlegget (Bilag 1) som angir detaljer i hva som ønskes levert. Det presiseres at det er ønskelig at konsesjonshaver presenterer løsninger som de mener best svarer ut hensikten med anskaffelsen, også der dette inneholder andre løsninger enn det som er beskrevet i kravspesifikasjonen.

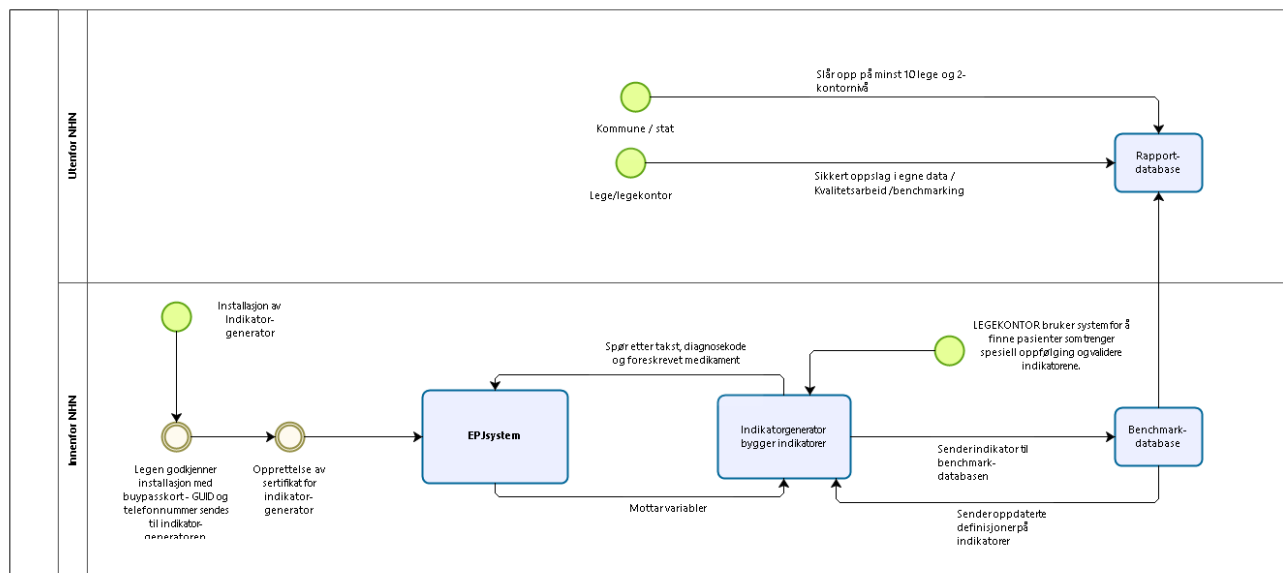
Konsesjonsgivers Krav			Konsesjonshaverens svar	
ID	Beskrivelse	Viktighet	Tilbys Ja/Nei/ Delvis	Løsningsbeskrivelse
1	Konsesjonshaver skal med bakgrunn i kravspesifikasjonen beskrive sin tilnærming til hvordan Konsesjonshaverens IT-verktøy kan brukes. Dette skal dokumenteres med en overordnet løsningsbeskrivelse.	V		
2	Konsesjonshaveren skal beskrive sin tekniske løsning for installasjon og bruk av verktøyet hos fastlege.	V		
3	Konsesjonshaveren skal beskrive sin tekniske løsning for bruk av anonyme data fra Verktøyet til rapportering.	N		
4	Konsesjonshaveren skal beskrive sin tekniske løsning installasjon og bruk av Verktøyet i helseforetak (lokalsykehus).	M		
5	Konsesjonshaver skal beskrive sin statistiske modell for identifisering av brukere aktuelle for strukturert tverrfaglig oppfølging (risikokartlegging).	V		
6	Konsesjonshaver skal beskrive verktøyets brukergrensesnitt og hvordan det ivaretar arbeidsflyt.	V		
7	Konsesjonshaver skal beskrive rapportering og søkefunksjon som viser aggregerte data for den enkelte praksisen. Konsesjonshaveren skal i vedlegg vise eksempler på aktuelle rapporter.	N		

Konsesjonsgivers Krav			Konsesjonshaverens svar	
ID	Beskrivelse	Viktighet	Tilbys Ja/Nei/ Delvis	Løsningsbeskrivelse
8	Konsesjonshaver skal beskrive rapportering og søkefunksjon som viser aggregerte data for alle brukere av Verktøyet. Konsesjonshaveren skal i vedlegg vise eksempler på aktuelle rapporter.	N		
9	Konsesjonshaver skal beskrive rapportering og søkefunksjon som viser aggregerte data for myndigheter som har tilgang til disse. Konsesjonshaveren skal i vedlegg vise eksempler på aktuelle rapporter.	N		
10	Lover og regler Konsesjonshaver skal beskrive hvordan lover og regler overholde og oppfylles i hele avtaleperioden i Bilag 2.	V		
11	Dokumentasjon Konsesjonshaver skal i Bilag 2 beskrive hvilken dokumentasjon av tilbudt løsning som leveres. Dette skal som minimum være systemdokumentasjon, installasjonsdokumentasjon og brukerdokumentasjon	N		
12	Opplæring Konsesjonshaver skal i Bilag 2 beskrive forslag til opplæring som tilbys som en del av avtalen.	V		
13	Språk Språk brukt i tilbud skal leveres på norsk, mens dokumentasjon og teknisk materiell kan leveres på engelsk, norsk, dansk eller svensk.	N		
14	Databehandleravtale Konsesjonshaver skal beskrive behovet for og innhold i databehandleravtaler, jfr Datatilsynet sin veileder https://www.datatilsynet.no/regelverk-og-skjema/veiledere/databehandleravtale/	N		

7 TEKNISKE KRAV TIL LØSNINGEN

Det følgende er en mer detaljert beskrivelse av krav til teknisk løsning, i hovedsak beskrevet ut fra behovene knyttet til profilering og rapportering. Denne utfyller de funksjonelle beskrivelsene over. De tekniske kravene under er veiledende i den forstand at Konesjonshaver kan foreslå andre tilsvarende tekniske løsninger. For at det skal være enkelt for Konesjonshaver å bruke dette som grunnlag for presentasjon av egen løsning, er det laget kravtabeller som kan brukes.

Figuren under viser komponenter og informasjonsflyt. Disse komponentene og grensesnittene er nærmere beskrevet i de påfølgende underkapitlene.



7.1 Indikatorgenerator

Det er behov for å bygge indikatorer basert på data i EPJ-systemet. Indikatorgeneratoren installeres lokalt på legens kontor, og hver enkelt lege får tildelt en anonymisert og unik identitet for å ivareta enkeltlegers anonymitet.

Indikatorgeneratoren spør EPJ systemet på enkelte variabler eller et sett av variabler. Variabelgeneratoren automatiserer datainnhenting, vasker dataene, og bearbeider dataen til indikatorer. Definisjon av indikatorer mottas fra benchmarkdatabasen.

Det må også være en mulighet for legekantoret å validere indikatorene, og EPJ systemene skal kunne gjenbruke indikatorene for å finne pasienter som trenger spesiell oppfølging, f.eks. i arbeidslister, eller til oppslag for å finne antall tilfeller og hvilke pasienter dette er.

Legene må godkjenne

- a) Innsending av aggregerte data til benchmark databasen
- b) Hvem som kan benytte dataene i benchmarkdatabasen til styrings og kvalitetsformål

7.1.1 Grensesnittbeskrivelser Indikatorgenerator

Grensesnitt	Mottar fra	Avgir til
EPJ-system	Data basert på enkelt variabler eller sett av variabler.	<ul style="list-style-type: none"> - Anonymisert og unik identitet (GUID) - Standardiserte spørringer basert på variabellisten - Indikatorer som kan brukes til validering oppfølging av pasienter som trenger spesiell oppfølging
Benchmarkdatabase	Oppdaterte definisjoner på indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> - Sett av indikatorer til konfigurert frekvens - Identitet på aktører som kan få tilgang på indikatorer i benchmarkdatabasen.
Bruker	Validering av indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> - Anonymisert og unik identitet (GUID) - Oppslag for å finne antall tilfeller av en indikator og få en liste over hvilke pasienter dette er.

7.2 Kravtabell Indikatorgenerator

Konsesjonsgivers Krav			Konsesjonshaverens svar	
ID	Beskrivelse	Krav type	Tilbys Ja/Nei/ Delvis	Løsningsbeskrivelse
15	Det utarbeides standardiserte spørringer fra indikatorgeneratoren og EPJ-systemet. Konsesjonsgiver har utarbeidet en informasjonsmodell og variabelliste for variabler til bruk i datauttrekk, se vedlegg til Bilag 1.	V		
16	Spørringer mot EPJ-systemet skal ikke påvirke EPJ systemets tekniske løsning eller brukeropplevelse, f.eks. responstid, utover det som eventuelt er godkjent av EPJ-Konsesjonshaveren	V		
17	Det bygges indikatorer ifht å realisere praksisprofilene	V		
18	Det utarbeides standardiserte spørringer fra indikatorgeneratoren og EPJ-systemet.	V		
19	Legene skal kunne validere egne indikatorer ved å gjøre oppslag for å finne antall tilfeller av en indikator og få en liste over hvilke pasienter dette er. Denne funksjonaliteten skal tilbys som en plug-in til EPJ-leverandørene. Tiltak som korrigerer avvik eller på annen måte medfører at pasienten ikke lenger omfattes av indikatoren skal medføre at indikatoren oppdateres og pasienten fjernes fra listen	V		
20	Definisjon av indikatorer må kunne mottas fra benchmarkdatabasen og det skal være et grensesnitt for filbasert definisjon av indikatoren og spørringene.	V		
21	EPJ-systemene skal kunne gjenbruke indikatorene for å finne pasienter som trenger spesiell oppfølging, f.eks. i arbeidslister	V		

Konsesjonsgivers Krav			Konsesjonshaverens svar	
ID	Beskrivelse	Krav type	Tilbys Ja/Nei/ Delvis	Løsningsbeskrivelse
22	Indikatorer oversendes regelmessig til Benchmarkdatabasen. Frekvens for oversendelse skal være konfigurert	N		
23	Ved installasjon genereres en unik identitet (GUID) som brukes til å anonymisere indikatorer, og som legen kan bruke til egne oppslag	V		
24	Legen skal kunne godkjenne og eventuelt endre hvilke aktører som kan benytte indikatorer for kvalitet og styringsformål	V		

7.3 Benchmarkdatabase

Benchmarkdatabasen inneholder anonymiserte aggregerte indikatorer på legenivå. Databasen er lokalisert innenfor Norsk Helsenett. Databasen lagrer anonyme indikatorsett mottatt fra legekantorene. Den lagrer ingen data på enkeltpasientnivå og inneholder dermed ikke sensitive helseopplysninger.

Benchmarkdatabasen bearbeider indikatorsettene som mottas fra legene. Tellevariabler og nye variabler kalkuleres, og annen ønskelig data kobles på som f.eks. kommuneopplysninger.

Benchmarkdatabasen er tilgjengelig for spørringer og datauttrekk til aktører som er autorisert og godkjent for uttrekket. Det skal KUN være mulig å trekke ut aggregerte data hvor forekomstene finnes hos minimum 10 leger og hvor minimum to legekantor er representert.

Benchmarkdatabasen har et brukergrensesnitt for å

Definere indikatorer og spørringer som distribueres til legekantorene (identikatorgeneratoren).

Definere spørringer til 3-part (Rapportdatabase)

7.3.1 Grensesnittbeskrivelser Benchmarkdatabase

Grensesnitt	Mottar fra	Avgir til
Indikator generator	Sett av indikatorer fra alle involverte leger.	Oppdaterte spørringer og definisjoner på indikatorer
Rapportdatabase (3.part)	Spørringer på indikatorsett	Svar på spørringer

7.4 Kravtabell Benchmarkdatabase

Konsesjonsgivers Krav			Konsesjonshaverens svar	
ID	Beskrivelse	Krav type	Tilbys Ja/Nei/ Delvis	Løsningsbeskrivelse
25	Skal lagre anonymiserte aggregerte indikatorer på legenivå.	V		
26	Skal bearbeide indikatorsettene fra legene. Tellevariabler og nye variabler kalkuleres, og annen ønskelig data kobles på som f.eks. kommuneopplysninger	V		
27	Skal ha et grafisk brukergrensesnitt for å definere og vedlikeholde indikatorer og spørringer som distribueres til legekantorene (Indikatorgeneratoren)	N		
28	Skal ha et brukergrensesnitt som gir støtte for elementære logiske operasjoner slik som OR, AND, NOT, XOR.	N		
29	Skal ha et brukergrensesnitt som gir støtte for uttrekk fra-til dato	V		
30	Skal ha en uttrekksløsning for dataelementer til godkjent aktør	V		
31	Skal KUN gi mulighet for å trekke ut aggregerte data hvor forekomstene er tilstrekkelig for at personvern ivaretas, som f.eks. at data finnes hos minimum 10 leger og hvor minimum to legekantor er representert.	V		

Konsesjonsgivers Krav			Konsesjonshaverens svar	
ID	Beskrivelse	Krav type	Tilbys Ja/Nei/ Delvis	Løsningsbeskrivelse
32	Kan inneholde forhåndsdefinerte uttrekk til 3.part definert av Konsesjonshaveren, kvalitetsanalytikere eller myndigheter	N		
33	Det skal være mulig å lage regler for hvilke data som skal ekskluderes fra uttrekk.	N		
34	Det skal være mulig å sette opp automatisk uttrekk til godkjente aktører ved faste tidsintervall	N		
35	Det skal være mulig å registrere eksterne mottakere av data uttrekk.	N		
36	Mottakere skal registreres med a) Navn b) Adresse/ID (IP-adresse/Her-ID) c) Gjeldende avtale d) Ønskede uttrekk Avtalt format	N		
37	Det skal være mulig å endre mottakere (attributter) etter registrering.	N		
38	Uttrekket skal være på XML-format definert av Konsesjonshaver	N		
39	XML-formatet skal dokumenteres detaljert.	V		
40	Skal ha løsning for autorisasjon og tilgangsstyring som kun gir godkjente aktører anledning til å trekke ut data for analyseformål til rapporteringsdatabase(r)	V		

Konsesjonsgivers Krav			Konsesjonshaverens svar	
ID	Beskrivelse	Krav type	Tilbys Ja/Nei/ Delvis	Løsningsbeskrivelse
41	Løsningen skal kunne integreres med en ekstern autentiserings- og autorisasjonsmekanisme med støtte for sikkerhetsnivå 4 autentisering for å styre tilganger for brukere. Eksempel på ekstern autentisering er FIA STS (https://fia-sikkerhet.github.io/) og ID-porten (http://eid.difi.no/nb/id-porten).	V		

7.5 Rapportdatabase

Det kan være flere interessenter som kan ønske å motta data fra Benchmarkdatabasen til en rapportdatabase. Disse aktørene lagrer data fra spørringer mottatt fra Benchmark-databasen, og som genererer rapporter basert på spørringene. Interessenter som leger, kommuner og myndigheter kan gjøre oppslag på aktuelle rapporter.

Rapportdatabasen kan brukes til analyseformål inkludert praksisprofiler beskrevet i brukerhistoriene.

Hvis en lege har gitt tilgang til overføring av sine egne aggregerte data i en rapportdatabase, noe som vil være aktuelt ved utarbeidelse av praksisprofiler, må legens oppslag på sine egne aggregerte data, sikres slik at ingen andre får oppslagsmulighet. Dette kan gjennomføres ved pålogging med f.eks. høyeste sikkerhetsnivå (Nivå 4).

7.5.1 Grensesnittbeskrivelser Rapportdatabase

Grensesnitt	Mottar fra	Avgir til
Benchmarkdatabase	Svar på spørringer	Spørringer
Brukere	Forespørsel på oppslag	Leger: Sikkert oppslag på egne data for praksisprofiler

		Kommuner: Oppslag på akkumulerte verdier med sammenlikning med andre kommuner Stat: Oppslag på akkumulerte verdier
--	--	---

7.6 Kravtabell Rapportdatabase

Konsesjonsgivers Krav			Konsesjonshaverens svar	
ID	Beskrivelse	Krav type	Tilbys Ja/Nei/ Delvis	Løsningsbeskrivelse
42	<p>Skal ha løsning for autorisasjon og tilgang, og en løsning på sikkerhetsnivå 4 når en lege skal ha tilgang til rapporter som omhandler egne data.</p> <p>Løsningen skal kunne integreres med en ekstern autentiserings- og autorisasjonsmekanisme med støtte for sikkerhetsnivå 4 autentisering for å styre tilganger for brukere.</p> <p>Eksempel på ekstern autentisering er FIA STS (https://fia-sikkerhet.github.io/) og ID-porten (http://eid.difi.no/nb/id-porten)</p>	V		
43	Skal ha løsning som realiserer rapporteringsbehovet for brukerhistoriene	V		
44	Løsningen sin responstid og ytelse skal av brukeren oppleves som god. Det skal ved normale operasjoner ikke oppleves ventetid på over 0,5 sekunder.	V		
45	Det må gjøres rede for i hvilken grad det kan oppstå begrensninger i bruk av løsningen.	N		

7.7 Struktur, standarder lover og regler

Strukturerte data vil i den grad det er mulig følge definerte og aksepterte datatyper og modeller. Datastrukturer og bruk av standarder vil bli ytterligere detaljert senere. Generelt gjelder likevel følgende krav:

Konsesjonsgivers Krav			Konsesjonshaverens svar	
ID	Beskrivelse	Krav type	Tilbys Ja/Nei/ Delvis	Løsningsbeskrivelse
46	All datakommunikasjon skal benytte ebXML rammeverket for sikker meldingsutveksling. HIS 1037:2011 https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/standarder-og-referanse katalog/ebxml-rammeverk-v11-his-10372011	V		
47	All datakommunikasjon skal benytte standarder for hodemelding HIS 80601:2006 https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/standarder-og-referanse katalog/standard-for-hodemelding-his-806012006	V		
48	All datakommunikasjon skal benytte standarder for applikasjonskvittering: HIS 80415:2012 https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/standarder-og-referanse katalog/applikasjonskvittering-v11-his-804152012	V		
49	Etterlevelse av Norm for informasjonssikkerhet helse og omsorgstjenesten https://ehelse.no/personvern-og-informasjonssikkerhet/norm-for-informasjonssikkerhet	V		

Konsesjonsgivers Krav			Konsesjonshaverens svar	
ID	Beskrivelse	Krav type	Tilbys Ja/Nei/ Delvis	Løsningsbeskrivelse
50	Etterlevelse av Veileder i Tilgangsstyring https://ehelse.no/veileder-tilgangsstyring	V		

8 PROSJEKTRELATERTE KRAV

Konsesjonsgivers Krav			Konsesjonshaverens svar	
ID	Beskrivelse	Krav type	Tilbys Ja/Nei/ Delvis	Løsningsbeskrivelse
51	Konsesjonshaver skal i Bilag 3 beskrive sin prosjektmetodikk som legges til grunn ved gjennomføring av prosjektet.	N		
52	Konsesjonshaver skal i Bilag 3 utarbeide prosjektorganisasjon med nødvendig personell fra kunde og Konsesjonshaver.	N		
53	Konsesjonshaver skal i Bilag 3 utarbeide en tentativ prosjektplan for implementering av tilbudt løsning.	N		
54	Konsesjonshaver skal i Bilag 3 beskrive hvilke forutsetninger til som ligger til grunn for utarbeidet prosjektplan. Hvis Konsesjonshaver har behov for ressurser fra kunde skal dette beskrives her, med detaljering på kompetanse mv.	N		
55	Konsesjonshaveren skal vedlegge en bekreftelse eller avtale med EPJ-leverandørene om at de godkjenner at det etableres et standardisert grensesnitt mellom EPJ-systemene og Verktøyet. Til orientering og inspirasjon har Norsk senter for e-helseforskning har utarbeidet en rapport som beskriver grensesnitt (API) for uttrekk av data fra EPJ: https://ehealthresearch.no/prosjektrapporter/electronic-health-record-data-reuse-infrastructure-requirements	V		

9 VEDLIKEHOLD OG FORVALTNING

Konsesjonsgivers Krav			Konsesjonshaverens svar	
ID	Beskrivelse	Krav type	Tilbys Ja/Nei/ Delvis	Løsningsbeskrivelse
56	Konsesjonshaver skal i Bilag 2 beskrive hvordan Konsesjonshaverens ansvar for forvaltning, drift og vedlikehold av tilbudt løsning organiseres og gjennomføres, jfr. Bilag 1.	V		

10 ANDRE KRAV

10.1 Bilag som skal besvares

Konsesjonsgivers Krav			Konsesjonshaverens svar	
ID	Beskrivelse	Krav type	Tilbys Ja/Nei/ Delvis	Løsningsbeskrivelse
57	Konsesjonshaveren skal i Bilag 2 gi en overordnet beskrivelse av den samlede løsningen som tilbys, herunder hvordan den bidrar til oppfyllelse av Konsesjonsgivers formål med anskaffelsen som beskrevet i kap 1-6.	N		
58	Konsesjonshaveren skal i Bilag 2 besvare de oppstilte krav. Det skal gis nærmere beskrivelser av hvordan krav oppfylles der dette etterspørres eller for øvrig er naturlig.	N		
59	Konsesjonshaveren skal i Bilag 4 beskrive organisering, bemanning/nøkkelpersonell og samhandling med Konsesjonsgiver i tråd med de instruksjoner som følger av bilaget.	N		
60	Konsesjonshaveren skal i Bilag 5 fyller ut pris for månedlig kostnad pr bruker.	N		

Konsesjonsgivers Krav			Konsesjonshaverens svar	
ID	Beskrivelse	Krav type	Tilbys Ja/Nei/ Delvis	Løsningsbeskrivelse
61	Konsesjonshaveren skal i Bilag 6 innta eventuelle forbehold mot de generelle avtalevilkårene.	N		