

Program digital samhandling – forprosjekt steg 2

Beskrivelse av tiltak som er vurdert

- FORELØPIG UTKAST -

FORELØPIG UTKAST

Innholdsfortegnelse

1	Oversikt over tiltaksområder og tiltak.....	3
1.1	Tiltaksområder som er vurdert	3
1.2	Tiltak fordelt på tiltaksområder	4
2	Pasientens legemiddelliste	7
2.1	LM-1 Videre innføring av pasientens legemiddelliste	7
3	Dokumentdeling	11
3.1	JD-1 Videre innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører.....	11
3.2	JD-2 Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD til andre aktører.....	13
3.3	JD-3 Innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til andre aktører15	
3.4	JD-4 Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører	17
3.5	JD-5 Alle helseaktører deler journaldokumenter med andre helseaktører	19
3.6	JD-6 Tilrettelegge for oppslag og visning av journaldokumenter utenfor kjernejournal	21
4	Kritisk informasjon	24
4.1	KI-1 Spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon.....	24
4.2	KI-2 Fastleger og avtalespesialister tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	27
4.3	KI-3 Kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk API for å dele kritisk informasjon ..	29
4.4	KI-4 Alle helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	31
5	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	35
5.1	DBEP-1 Innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan for enkelte diagnoser	35
5.2	DBEP-2 Innføring av felleskomponent SMART on FHIR	37
5.3	DBEP-3 Verktøy for helhetlig innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan	39
5.4	DBEP-4 Konseptutredning for individuell plan	41
6	Digital hjemmeoppfølging	44
6.1	DHO-1 Tilpasning av HL7 FHIR-profiler for Norge	44
6.2	DHO-2 Tilrettelegge felleskomponent for lokalisering av pasientinformasjon.....	47
6.3	DHO-3 Beskrive referansearkitektur for datadeling for digital hjemmeoppfølging.....	49
7	Felles hjelpenummer	52

1 Oversikt over tiltaksområder og tiltak

Dette dokumentet beskriver mulige tiltak for steg 2 med utgangspunkt i målbildet for helhetlig samhandling og veikart for nasjonale e-helse-løsninger, og utgjør grunnlaget for prioriteringen av tiltak.

Tiltaksbeskrivelsene er på et overordnet nivå. De tiltakene som blir valgt som del av omfang for steg 2, vil beskrives nærmere og være gjenstand for kost/nytt-analyse og gjennomføringsstrategi.

Tiltaksbeskrivelsene er resultat av kartleggingsfasen, og det tas det forbehold om at de er foreløpige og det kan komme endringer i etterkant.

Tiltakene er beskrevet i samarbeid med aktører som er involvert i pågående tiltak i veikartet for nasjonale e-helseløsninger, se tabellen under. Denne prosessen har foregått i perioden mai-august 2021.

Vi har også vurdert behov for felles språk, men i det videre arbeidet vil vi vurdere behov for arbeid med felles språk innenfor hvert av tiltaksområdene/tiltakene under semantisk samhandling.

1.1 Tiltaksområder som er vurdert

Tiltaks-ID	Navn på tiltaksområde/tiltak	Kort beskrivelse	Aktører som har vært involvert
LM	Pasientens legemiddelliste	Pasientens legemiddelliste (PLL) skal tilgjengeliggjøre pasientens legemiddelopplysninger i én felles, nasjonal oversikt.	<ul style="list-style-type: none">• Legemiddelprogrammet
JD	Dokumentdeling	Deling av journaldokumenter på tvers av forvaltningsnivåer gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen	<ul style="list-style-type: none">• Helse Sør-Øst• NHN• EPJ-løftet• KS
KI	Kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av aktørene i helse- og omsorgstjenesten gjennom et felles grensesnitt i kjernejournal	<ul style="list-style-type: none">• Helse Vest• NHN• EPJ-løftet• KS
DBEP	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	Formålet med prosjektet er å utvikle en felles behandlings- og egenbehandlingsplan som kan deles med pasient og helsepersonell på tvers av forvaltningsnivå gjennom kjernejournal og helsenorge.no.	<ul style="list-style-type: none">• Helsedirektoratet
DHO	Digital hjemmeoppfølging	Digital hjemmeoppfølging, tidligere medisinsk avstandsoppfølging, er bruk av teknologisk løsninger som gjør at pasienten kan følges opp av helse- og omsorgstjenesten hjemme.	<ul style="list-style-type: none">• Program Nasjonalt velferdsteknologi, prosjektet DHO infrastruktur og arkitektur

FH	Felles hjelpenummer	Det er behov for en tredje personidentifikator utover fødsels- og D-nummer for personer som enten ikke kvalifiserer til å bli tildelt F- eller D-nummer, eller der man ikke kjenner identiteten til vedkommende. Ikke del av veikart for nasjonale e-helseløsninger.	<ul style="list-style-type: none"> MF Helse
----	----------------------------	--	--

1.2 Tiltak fordelt på tiltaksområder

Tiltaks-ID	Navn på tiltaksområde/tiltak	Kort beskrivelse
LM	Pasientens legemiddelliste	Pasientens legemiddelliste (PLL) skal tilgjengeliggjøre pasientens legemiddelopplysninger i én felles, nasjonal oversikt
LM-1	Videre innføring av pasientens legemiddelliste	Koordinere nasjonal innføring av pasientens legemiddelliste
JD	Dokumentdeling	Deling av journaldokumenter på tvers av forvaltningsnivåer gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen
JD - 1	Videre innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører	Tilrettelegge for at alle aktørene i spesialisthelsetjenesten kan dele journaldokumenter med andre aktører gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen
JD - 2	Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD til andre aktører	Tilrettelegge for at legevakt og ØHD kan dele journaldokumenter med andre aktører gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
JD - 3	Innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til andre aktører	Tilrettelegge for at kommunal helse- og omsorgstjeneste som ikke omfattes av tiltakene JD- 2,4 og 5 kan dele journaldokumenter med andre aktører gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
JD - 4	Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører	Tilrettelegge for at fastleger kan dele journaldokumenter med andre aktører gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
JD - 5	Alle helseaktører deler journaldokumenter med andre helseaktører	Tilrettelegge for at andre helseaktører enn de som er beskrevet i andre tiltak, kan dele journaldokumenter med andre aktører gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
JD - 6	Tilrettelegge for oppslag og visning av journaldokumenter utenfor kjernejournal	Legge til rette for at konsumenter kan få tilgang til å lese journaldokumenter fra andre aktører uten å bruke kjernejournal.
KI	Kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av aktørene i helse- og omsorgstjenesten gjennom et felles grensesnitt i kjernejournal

KI - 1	Spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av alle aktører i spesialisthelsetjenesten gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
KI - 2	Fastleger og avtalespesialister tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av fastleger og avtalespesialister gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
KI - 3	Kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av kommunale helse- og omsorgstjenester gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
KI - 4	Alle helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av andre helseaktører enn de som er beskrevet i andre tiltak, gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
DBEP	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	Formålet med prosjektet er å utvikle en felles behandlings- og egenbehandlingsplan som kan deles med pasient og helsepersonell på tvers av forvaltningsnivå gjennom kjernejournal og helsenorge.no.
DBEP - 1	Innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan for enkelte diagnoser	Tiltaket innebærer en helhetlig innføring av DBEP
DBEP - 2	Innføring av felleskomponent SMART on FHIR	Utvikling av SMART-on-FHIR-utgave av DBEP i KJ, koordinering av utvikling av støtte for SMART-on-FHIR i EPJ, og koordinering av integrasjon av DBEP som SMART-on-FHIR. Må gjøres sammen med DBEP-1.
DBEP - 3	Verktøy for helhetlig innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan	Utvikling eller anskaffelse og tilpasning av verktøy eller plattform som 1) støtter prosessen i helsefaglige miljøer for å utvikle innholdet i maler for planer og 2) gjør det enkelt for forvaltere å opprette nye maler og overføre dem til DBEP. Må gjøres sammen med DBEP-1.
DBEP - 4	Konseptutredning for individuell plan	Konseptutredning for individuell plan
DHO	Digital hjemmeoppfølging	Digital hjemmeoppfølging, tidligere medisinsk avstandsoppfølging, er bruk av teknologiske løsninger som gjør at pasienten kan følges opp av helse- og omsorgstjenesten hjemme.
DHO-1	Tilpasning av HL7 FHIR-profiler for bruk i Norge	Forsterke prosessen for å utvikle og bruke FHIR-profiler i Norge, og sørge for å utvikle eller bidra til utvikling av profiler for utvidet VKP og andre relevante samhandlingsprosjekter som går samtidig. I tillegg legge til rette for at EPJ og andre fagsystemer kan ta i bruk FHIR-baserte API. Dette inkluderer drift og vedlikehold av FHIR-profiler
DHO-2	Tilrettelegge felleskomponent for	Opprettelse av Nasjonal pasientinformasjonslokalisator (PIL) for å støtte aktuelle informasjonstjenester. PIL er

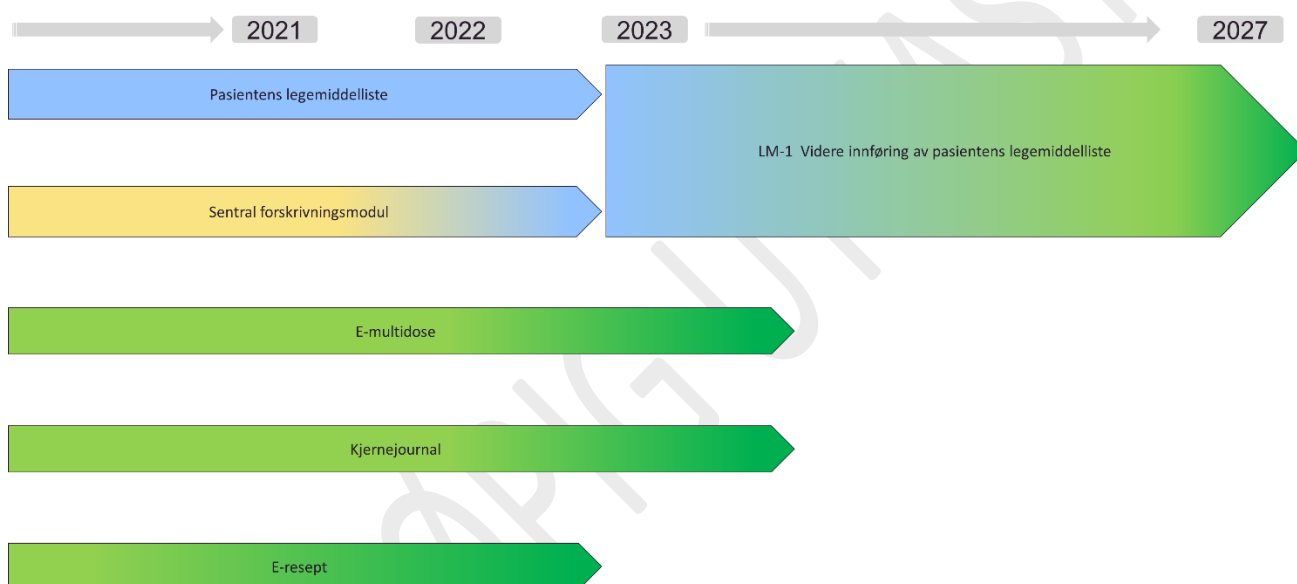
	lokalisering av pasientinformasjon	tenkt som en tjeneste for å finne ut hvor det er lagret informasjon om en innbygger.
DHO-3	Beskrive referansearkitektur for datadeling for digital hjemmeoppfølging	Tiltaket skal tilrettelegge for at nye eksterne digitale løsninger raskere skal kunne utnyttes av innbyggere og helse- og omsorgstjenesten ifm behandling og oppfølging av pasienter utenfor behandlingssted.
FH	Felles hjelpenummer	Det er behov for en tredje personidentifikator utover fødsels- og D-nummer for personer som enten ikke kvalifiserer til å bli tildelt F- eller D-nummer, eller der man ikke kjenner identiteten til vedkommende

FORELØPIG UTKAST

2 Pasientens legemiddelliste

Pasientens legemiddelliste skal gi enklere og tryggere håndtering av legemidler og sikre at helsepersonell i en behandlingssituasjon har tilgang på pasientens legemiddelbehandling. På denne måten kan det bidra til økt pasientsikkerhet og redusert pasientskade. Helsepersonell vil redusere tiden de bruker på å bekrefte legemiddelopplysninger eller svare på henvendelser fra samarbeidsaktører. Dette kan gjelde både ved overføring av pasienter mellom virksomheter eller omsorgsnivå, eller ved utlevering av legemidler i apotek. For pasienten innebærer dette at helsepersonell alltid skal være oppdatert på pasientens legemidler i bruk.

Pasientens legemiddelliste medfører endring av arbeidsprosesser og berører et stort antall helsepersonell. For å innføre PLL på en effektiv måte, er det etablert et nasjonalt program der Direktoratet for e-helse tar en koordinerende pådriver-rolle for å bistå aktørene med innføring. Virksomhetene vil selv være ansvarlig for opplæringen og realisering av gevinstene.



Figur 1 Tidslinje for tiltak knyttet til tiltaksområdet Pasientens legemiddelliste

2.1 LM-1 Videre innføring av pasientens legemiddelliste

2.1.1 Måloppnåelse

2.1.1.1 Beskrivelse

Pasientens legemiddelliste (PLL) er et konsept hvor det skal etableres en elektronisk oppdatert oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling. Informasjonen deles mellom helsepersonell med tjenstlig behov i høringsnotat i forbindelse med forskriftsendringer i 2017 ble PLL definert som "en enhetlig og oppdatert oversikt over den enkeltes legemiddelbehandling". Konseptet for PLL slik det er beskrevet baseres på gjeldende infrastruktur for e-resept og kjernejournal, og bygger på teknisk løsning og funksjonalitet for multidose i e-resept. Nasjonal innføring av PLL er et viktig tiltak for både helsepersonellet og pasientene. Det er forventet å være samfunnsøkonomisk lønnsomt.

Tiltaket peker på to nødvendige hovedoppgaver:

- Videreutvikle og innføre sentral forskrivningsmodul (Veikartfase: Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten)
- Forberede og koordinere nasjonal innføringen av Pasientens legemiddelliste. (Veikartfase: Endring i virksomhetene)

2.1.1.2 Veikartfase



Figur 2: Verdikjedefaser for tiltaket

2.1.1.3 Resultatmål

- Helsepersonell med tjenstlig behov har til enhver tid oversikt over pasientens legemiddelopplysninger
- Helsepersonell med tjenstlig behov har mulighet til å strukturere og sammenstille siste sentrale legemiddelliste med legemiddellisten i egen virksomhet.
- Innbygger og pårørende har digital tilgang til legemiddelopplysninger

Resultatmålene vil konkretiseres ytterligere gjennom høsten.

2.1.1.4 Effektmål

- Redusere samfunnskostnadene ved pasientskader/sykdom,
- Helsepersonell får raskere og enklere tilgang til relevant informasjon om innbyggere

2.1.1.5 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten Legemidler og vaksiner gjennom behovene:

- Legemidler i bruk inkl. plan og historikk:
 - Legemidler i bruk (faste), inkl. "ved behov"-legemidler
 - Multidose
 - Midlertidige planlagte endringer (nulling, utsettelse)
 - Planlagte endringer (opp- og nedtrappinger, kurer, planlagt seponering)
- Administrasjon (utdeling) av legemidler
 - Legemidler hentet på apotek
- Bestilling av legemidler
 - Legemidler til pasient (resept)
 - Ordinering av multidose til pasient

2.1.1.6 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er høyt prioritert av sektoren, jf. [bilag G2 helhetlig samhandling](#).

2.1.2 Beskrivelse av omfang (kostnader)

2.1.2.1 Samhandlingsevne

2.1.2.1.1 Juridisk

Det forventes ingen endring i lov- og forskrift for å realisere tiltaket. Det er etablert en meldeplikt i [Reseptformidlerforskriften §2-1](#) som foreløpig ikke har trått i kraft.

I tillegg er følgende juridiske vurderinger avklart:

- Offentlig finansiering av SFM er ikke i strid med statsstøtteregulverket

- Rekvirenter/helsevirksomheter er dataansvarlig for opplysningene i SFM og har rettslig grunnlag i helsepersonells dokumentasjonsplikt og virksomheters plikt til å legge til rette for dette.

2.1.2.1.2 Organisatorisk

Omfanget av endringene som kreves for å realisere målsetningene for PLL gjør at det er avgjørende å sikre felles tilnærming og koordinering på tvers av aktører. For å sikre en effektiv innføring vil derfor det nasjonale innføringsprosjektet ha en koordinerende pådriver-rolle med ansvar for å legge forholdene til rette for effektiv innføring og gode endringsprosesser i virksomhetene.

Innføring av Pasientens legemiddelliste medfører nye og endrede arbeidsprosesser. Det er behov for:

- Forberedende aktiviteter før oppstart av PLL, deriblant opplæring i nye arbeidsprosesser og forberedende aktiviteter med å rydde i legemiddellisten.
- At et minimum omfang av samtidighet ved oppstart med aktører rundt et Helseforetak er etablert.
- Mottaksprosjekter i den enkelte virksomhet.

2.1.2.1.3 Semantisk

Hovedkonseptet baserer seg på gjenbruk dagens eResept-løsning for forskrivningsfunksjonalitet og meldingsbasert samhandling. Informasjonsbehovet baseres på etablerte standarder og bruk av multidosemeldingen M25.1. Det benyttes HL7-FHIR profiler i SFM.

2.1.2.1.4 Teknisk

Aktørene som skal samhandle må være påkoblet e-reseptkjeden i tråd med rekvirentkrav versjon 7.2. Dette kan gjøres ved bruk av EPJ som benytter Sentral forskrivningsmodul (SFM) eller har direkteintegrasjon til reseptformidleren. Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett etablerer sentral forskrivningsmodul og denne utvikles som en del av de nasjonale løsningene for deling av legemiddelopplysninger. SFM benytter dagens e-reseptinfrastruktur og kjernejournal for at legemiddelopplysninger kan deles på tvers av virksomhetene i helsesektoren. Sentral forskrivningsmodul kan tas i bruk på to ulike måter:

- SFM GUI: Benyttes av EPJ som ønsker å integrere SFMs brukergrensesnitt i egen løsning.
- SFM Basis API: Benyttes av EPJ som ivaretar egen forskrivningsfunksjonalitet og benytte API for å kommunisere med sentrale registre.

De nasjonale løsningene e-resept, Kjernejournal, Helsenorge og HelseID gjenbrukes i etableringen av pasientens legemiddelliste.

2.1.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

Gjennomføringen av Legemiddelprogrammet, og underliggende prosjekter, har en rekke organisatoriske, tekniske og kommersielle avhengigheter. I tillegg er det avhengigheter til andre nasjonale e-helsetiltak.

Programmet har etablert planer for oppfølging av avhengighetene gjennom både interessenthåndtering og kommunikasjon. Det ligger et særlig ansvar på programstyret og -eier for å sikre tilstrekkelig forankring og involvering av kommunene, de regionale helseforetakene, og andre sentrale interessenter.

2.1.3 Nytte

Pasientens legemiddelliste skal redusere tiden helsepersonell bruker på manuelt å hente inn informasjon om pasientens legemiddelbehandling, og redusere samfunnskostnadene ved

pasientskader/sykdom som skyldes at helsepersonell mangler opplysninger om hvilke legemidler pasienten faktisk bruker. For å realisere disse gevinstene, vil det kreves endringer både i helsepersonells arbeidsprosesser, og de IKT-verktøyene som understøtter disse arbeidsprosessene.

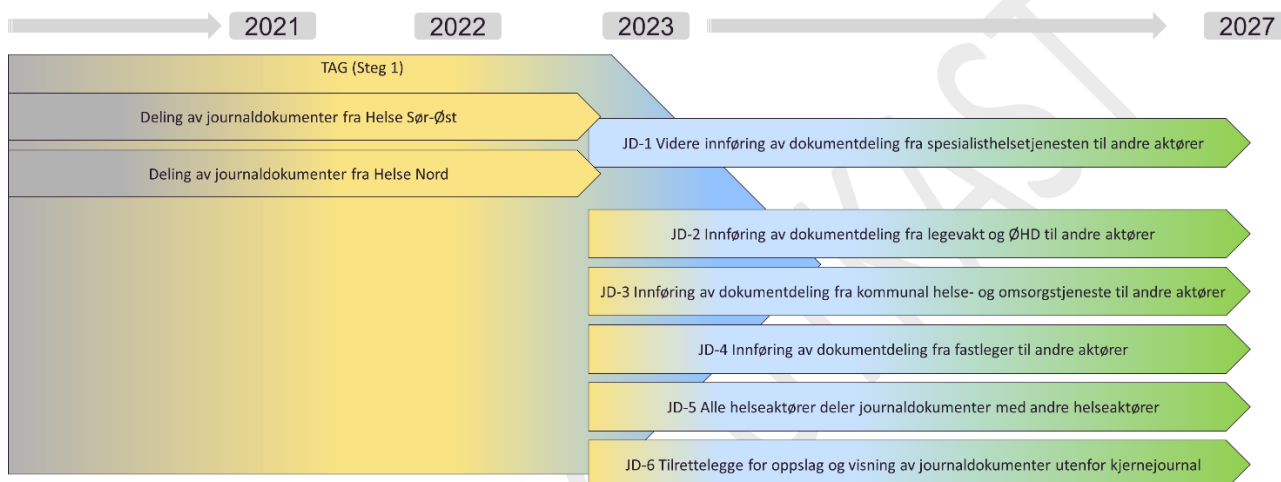
Gevinstene av PLL realiseres lokalt - rundt den enkelte pasient. De som samhandler om den enkelte pasienten, må ta pasientens legemiddelliste i bruk samtidig og nytten vil øke i takt med at flere og flere områder på tvers av landet innfører PLL og har felles legemiddelinformasjon og arbeidsprosesser.

FORELØPIG UTKAST

3 Dokumentdeling

Dokumentdeling, gjennom standarden IHE XDS, er en løsning for innsyn i journal på tvers av behandlingssteder i ulike regioner og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Løsningen gir helsepersonell mulighet til å slå opp i utvalgte dokumenter på andre tjenestesteder der man før innhentet informasjonen gjennom manuelle rutiner.

Det er laget en målarkitektur for nasjonal dokumentdeling og det er gjennomført utprøving i prosjekter i Helse Sør-Øst og i Helse Nord for dokumentdeling i kjernejournal. Hvem som deler og hvem som kan slå opp denne informasjonen er begrenset, og det er behov for å tilgjengeliggjøre løsningen til flere aktører, slik at flere kan dele og flere kan få tilgang til informasjon fra andre.



Figur 3 Tidslinje for tiltak knyttet til tiltaksområdet Dokumentdeling

3.1 JD-1 Videre innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører

3.1.1 Måloppnåelse

3.1.1.1 Beskrivelse

Formålet med tiltaket er å få tilrettelagt for at alle aktørene i spesialisthelsetjenesten kan dele journaldokumenter med andre aktører, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen. Journaldokumentene vil benyttes av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste, i tillegg vil innbygger selv kunne få innsyn i dokumentene.

Tiltaket er todelt:

1. Videre innføring av dokumentdelingsløsning for alle aktører i Helse Sør-Øst og Helse Nord
2. Innføring av dokumentdelingsløsning for avtalespesialister, Helse Midt og Helse Vest, samt andre institusjoner som bidrar til å oppfylle RHF-enes sørge-for-ansvar (typisk private ideelle sykehus)

3.1.1.2 Veikartfase



Figur 4: Verdikjedefaser for tiltaket

3.1.1.3 Resultatmål

- Helsepersonell og innbygger kan få oppdatert informasjon om innbyggers helsetilstand fra aktører i spesialisthelsetjenesten

3.1.1.4 Effektmål

- Breder beslutningsgrunnlag for helsepersonell
- Redusert administrativ byrde for helsepersonell
- Styrket personvern og informasjonssikkerhet for innbygger

3.1.1.5 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten Journaldokumenter gjennom behovet:

- Journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten inkl. avtalespesialister

3.1.1.6 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. [bilag G2 helhetlig samhandling](#).

3.1.2 Beskrivelse av omfang (kostnader)

3.1.2.1 Samhandlingsevne

3.1.2.1.1 Juridisk

Det rettslige utgangspunktet for dataansvar og tilgjengeliggjøring av helseopplysninger synes klart. Dokumentdeling via kjernejournal vil imidlertid reise spørsmål om hvordan kilden, som dataansvarlig, kan ivareta lovpålagte krav, herunder taushetsplikten og krav til informasjonssikkerhet. Kjernejournalforskriften er styrende for hvilke dokumenter som kan deles via kjernejournal.

3.1.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «slå opp og tilgjengeliggjøre». Det er behov for å koordinere og avklare hvilke dokumenttyper som er aktuelle å dele, med utgangspunkt i de dokumenttypene som er tatt i bruk i utprøvingene. Avtalespesialistene har driftsavtale med RHF-ene og prosessen må involvere både RHF og avtalespesialistene og deres representanter. Avtalespesialister har erfaring med å dele dokumenter ved at de sender epikriser. Endringen vil derfor primært være at dokumenter blir tilgjengelige for oppslag. Tiltaket må avklare hvordan konsumentene skal ta i bruk den informasjonen nye aktører tilgjengeliggjør.

3.1.2.1.3 Semantisk

Tiltaket vil kreve en form for mapping av informasjonselementer/dokument-typer mot de dokumenttypene som kan deles via kjernejournal. Profilen [IHE MHD](#) kan være aktuell å ta i bruk, men det vil kreve arbeid på informasjonsmodell og FHIR.

3.1.2.1.4 Teknisk

Den nasjonale løsningen for å slå opp journaldokumenter gjennom kjernejournal er på plass. Det må tilrettelegges for å kunne tilgjengeliggjøre journaldokumenter fra de ulike systemene som benyttes. Per i dag mangler det løsning og arkitektur på flere komponenter (dokumentlager, dokumentregister, og samhandlingskomponent (XCA)) for avtalespesialistene. Da avtalespesialistene er knyttet til RHF-ene gjennom avtaler, vil de muligens kunne benytte komponenter fra dem.

3.1.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket forutsetter at den nasjonale løsningen for dokumentdeling er i stabil drift og forvaltning
- Tiltaket er avhengig av at felles tillitsmodell og sikkerhetsmodell, som utarbeides i steg 1 (TAG) av program digital samhandling, er avklart med de nye aktørgruppene.
- Tiltaket er avhengig av tidlig dialog og samarbeid med EPJ-leverandørene og beholde denne frem til realisering

3.1.3 Nytte

3.1.3.1 Nytte for pasienter/innbyggere

- Bedre beslutningsgrunnlag gir økt pasientsikkerhet
- Slipper å være informasjonsbærer mellom helsevirksomheter

3.1.3.2 Nytte for helsepersonell

- Helsepersonell sparer tid ved at de slipper å ringe eller sende skriftlige henvendelser for å etterspørre journaldokumenter

3.1.3.3 Legge grunnlag for å utveksle informasjon på tvers av virksomheter/enheter

- Mer effektiv samhandling mellom helsepersonell på tvers av virksomheter og omsorgsnivåer

3.2 JD-2 Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD til andre aktører

3.2.1 Måloppnåelse

3.2.1.1 Beskrivelse

Formålet med tiltaket er å få tilrettelagt for at legevakter og øyeblikkelig hjelp døgnenhet (ØHD – også kalt KAD, kommunal akutt døgnenhet) kan dele journaldokumenter med andre aktører, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen. Journaldokumentene vil benyttes av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste, i tillegg vil innbygger selv kunne få innsyn i dokumentene.

Journalnotatene fra legevakt sendes ofte til fastleger eller pasienter får med kopi allerede i dag, så det antas at det finnes dokumenter som kan deles. Etter innleggelse på ØHD lages en oppsummering som sendes fastlege og trolig også andre kommunale tjenester.

3.2.1.2 Veikartfase



Figur 5: Verdikjedefaser for tiltaket

3.2.1.3 Resultatmål

- Helsepersonell og innbygger kan få oppdatert informasjon om innbyggers helsetilstand fra legevakt og ØHD

3.2.1.4 Effektmål

- Bredere beslutningsgrunnlag for helsepersonell
- Redusert administrativ byrde for helsepersonell
- Styrket personvern og informasjonssikkerhet for innbygger

3.2.1.5 Informasjonstjenester og behov

Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten Journaldokumenter gjennom behovet:

- Journaldokumenter fra legevakt og ØHD

3.2.1.6 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. [bilag G2 helhetlig samhandling](#).

3.2.2 Beskrivelse av omfang (kostnader)

3.2.2.1 Samhandlingsevne

3.2.2.1.1 Juridisk

Det rettslige utgangspunktet for dataansvar og tilgjengeliggjøring av helseopplysninger synes klart. Dokumentdeling via kjernejournal vil imidlertid reise spørsmål om hvordan kilden, som dataansvarlig, kan ivareta lovpålagte krav, herunder taushetsplikten og krav til informasjonssikkerhet. Kjernejournalforskriften er styrende for hvilke dokumenter som kan deles via kjernejournal.

3.2.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «slå opp og tilgjengeliggjøre».

Det er behov for å koordinere og avklare hvilke dokumenttyper som er aktuelle å dele, med utgangspunkt i de dokumenttypene som er tatt i bruk i utprøvingene.

Helsepersonell på legevakt og ØHD er vant til at mange av deres dokumenter deles med andre ved at de sendes. Det vil bli nødvendig med opplæring og avklaring av om dokumentdeling bør medføre endringer i dokumentasjonspraksis, og det vil være nødvendig med en vurdering av om rutiner for journalføring bør endres med tanke på deling utover de faste mottakerne.

Tiltaket må avklare hvordan konsumentene skal ta i bruk den informasjonen nye aktører tilgjengeliggjør.

3.2.2.1.3 Semantisk

Tiltaket vil kreve en form for mapping av informasjonselementer/dokument-typer mot de dokumenttypene som kan deles via kjernejournal, samt avklare behov for struktur og standardisert terminologi på aktuelle dokumenter.

3.2.2.1.4 Teknisk

Den nasjonale løsningen for å slå opp journaldokumenter gjennom kjernejournal er på plass. Det må tilrettelegges for å kunne tilgjengeliggjøre journaldokumenter fra de ulike systemene som benyttes av legevakt og ØHD. Per i dag mangler det løsning og arkitektur på flere komponenter (dokumentlager, dokumentregister og samhandlingskomponent (XCA)).

3.2.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket forutsetter at den nasjonale løsningen for dokumentdeling er i stabil drift og forvaltning
- Tiltaket er avhengig av at felles tillitsmodell og sikkerhetsmodell, som utarbeides i steg 1 (TAG) av program digital samhandling, er avklart med de nye aktørgruppene.
- Tiltaket er avhengig av avklaring av hva Felles kommunal journal etablerer i sin journalplattform på dette området (eksempelvis dokumentlager) Tiltaket er avhengig av tidlig dialog og samarbeid med EPJ-leverandørene og beholde denne frem til realisering

3.2.3 Nytte

3.2.3.1 Nytte for pasienter/innbyggere:

- Bedre beslutningsgrunnlag gir økt pasientsikkerhet
- Slipper å være informasjonsbærer mellom helsevirksomheter

3.2.3.2 Nytte for helsepersonell:

- Helsepersonell sparer tid ved at de slipper å ringe eller sende skriftlige henvendelser for å etterspørre journaldokumenter

3.2.3.3 Legge grunnlag for å utveksle informasjon på tvers av virksomheter/enheter:

- Mer effektiv samhandling mellom helsepersonell på tvers av virksomheter og omsorgsnivåer

3.3 JD-3 Innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til andre aktører

3.3.1 Måloppnåelse

3.3.1.1 Beskrivelse

Formålet med tiltaket er å få tilrettelagt for at sentrale aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste kan dele journaldokumenter med andre aktører, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen. Journaldokumentene vil benyttes av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste, i tillegg vil innbygger selv kunne få innsyn i dokumentene.

Aktuelle aktører fra kommunal helse- og omsorgstjeneste er sykehjem, hjemmebaserte tjenester, lokal rehabilitering, helsestasjon og skolehelsetjeneste. Fra disse er det ulike dokumenter som kan deles, f.eks. kvalitetsindikatorer, årskontroll, mottatte tilbud av tjenester, utskrivningsnotat, vekstkurver, hørselstester, faste årskontroller, m.m.

3.3.1.2 Veikartfase



Figur 6: Verdikjedefaser for tiltaket

3.3.1.3 Resultatmål

- Helsepersonell og innbygger kan få oppdatert informasjon om innbyggers helsetilstand fra kommunale helse- og omsorgstjenester

3.3.1.4 Effektmål

- Bredere beslutningsgrunnlag for helsepersonell
- Redusert administrativ byrde for helsepersonell
- Styrket personvern og informasjonssikkerhet for innbygger

3.3.1.5 Informasjonstjenester og behov

Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten Journaldokumenter gjennom behovet:

- Journaldokumenter fra hjemmebaserte tjenester
- Journaldokumenter fra institusjonsbaserte tjenester (sykehjem, rehabilitering, m.m.),
- Journaldokumenter fra helsestasjon, skolehelsetjeneste og svangerskapsoppfølging

Tiltaket vil også realisere noe av informasjonstjenesten Tjenester, ytelser og hjelpemidler ved behovet:

- Pågående bruk av tjenester/ytelser

3.3.1.6 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. [bilag G2 helhetlig samhandling](#).

3.3.2 Beskrivelse av omfang (kostnader)

3.3.2.1 Samhandlingsevne

3.3.2.1.1 Juridisk

Det rettslige utgangspunktet for dataansvar og tilgjengeliggjøring av helseopplysninger synes klart. Dokumentdeling via kjernejournal vil imidlertid reise spørsmål om hvordan kilden, som dataansvarlig, kan ivareta lovpålagte krav, herunder taushetsplikten og krav til informasjonssikkerhet. Kjernejournalforskriften er styrende for hvilke dokumenter som kan deles via kjernejournal.

3.3.2.1.2 Organisasjonell

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «slå opp og tilgjengeliggjøre». Det er behov for å koordinere og avklare hvilke dokumenttyper som er aktuelle å dele, med utgangspunkt i de dokumenttypene som er tatt i bruk i utprøvingene.

Enkelte av aktørene sender i dag utvalgte journalelementer eller journalinformasjon som meldinger. Dokumentene som er oppgitt under beskrivelse kan være egnet og til nytte i visse situasjoner. Det vil da være nødvendig med en prosess for å finne hvilke og hvem det skal deles samt opplæring i bruk. Mye informasjon i journalene vil være dokumentert i form av løpende journalnotater og hvor det vil være en mer omfattende prosess knyttet til å gjøre de aktuelle for deling. Tiltaket må avklare hvordan konsumentene skal ta i bruk den informasjonen nye aktører tilgjengeliggjør.

3.3.2.1.3 Semantisk

Tiltaket vil kreve en form for mapping av informasjonselementer/dokument-typer mot de dokumenttypene som kan deles via kjernejournal, samt avklare behov for struktur og standardisert terminologi på aktuelle dokumenter.

3.3.2.1.4 Teknisk

Den nasjonale løsningen for å slå opp journaldokumenter gjennom kjernejournal er på plass. Det må tilrettelegges for å kunne tilgjengeliggjøre journaldokumenter fra de ulike systemene som benyttes i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Per i dag mangler det løsning og arkitektur på flere komponenter (dokumentlager, dokumentregister og samhandlingskomponent (XCA)).

3.3.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket forutsetter at den nasjonale løsningen for dokumentdeling er i stabil drift og forvaltning
- Tiltaket er avhengig av at felles tillitsmodell og sikkerhetsmodell, som utarbeides i steg 1 (TAG) av program digital samhandling, er avklart med de nye aktørgruppene.
- Tiltaket er avhengig av avklaring av hva Felles kommunal journal etablerer i sin journalplattform på dette området (eksempelvis dokumentlager)
- Tiltaket er avhengig av tidlig dialog og samarbeid med EPJ-leverandørene og beholde denne frem til realisering

3.3.3 Nytte

3.3.3.1 Nytte for pasienter/innbyggere:

- Bedre beslutningsgrunnlag gir økt pasientsikkerhet
- Slipper å være informasjonsbærer mellom helsevirksomheter

3.3.3.2 Nytte for helsepersonell:

- Helsepersonell sparer tid ved at de slipper å ringe eller sende skriftlige henvendelser for å etterspørre journaldokumenter

3.3.3.3 Legge grunnlag for å utveksle informasjon på tvers av virksomheter/enheter:

- Mer effektiv samhandling mellom helsepersonell på tvers av virksomheter og omsorgsnivåer

3.4 JD-4 Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører

3.4.1 Måloppnåelse

3.4.1.1 Beskrivelse

Formålet med tiltaket er å få tilrettelagt for at fastleger kan dele journaldokumenter med andre aktører, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen. Journaldokumentene vil benyttes av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste, i tillegg vil innbygger selv kunne få innsyn i dokumentene.

Det må vurderes hvilke dokumenttyper det er aktuelt å dele fra fastlegene, men typisk vil dette være en form for klinisk oppsummering.

3.4.1.2 Veikartfase



Figur 7: Verdikjedefaser for tiltaket

3.4.1.2.1 Resultatmål

- Helsepersonell og innbygger kan få oppdatert informasjon om innbyggers helsetilstand fra fastleger

3.4.1.2.2 Effektmål

- Breder beslutningsgrunnlag for helsepersonell
- Redusert administrativ byrde for helsepersonell
- Styrket personvern og informasjonssikkerhet for innbygger

3.4.1.3 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten Journaldokumenter gjennom behovet:

- Journaldokumenter fra fastleger

3.4.1.4 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. [bilag G2 helhetlig samhandling](#).

3.4.2 Beskrivelse av omfang (kostnader)

3.4.2.1 Samhandlingsevne

3.4.2.1.1 Juridisk

Det rettslige utgangspunktet for dataansvar og tilgjengeliggjøring av helseopplysninger synes klart. Dokumentdeling via kjernejournal vil imidlertid reise spørsmål om hvordan kilden, som dataansvarlig, kan ivareta lovpålagte krav, herunder taushetsplikten og krav til informasjonssikkerhet. Kjernejournalforskriften er styrende for hvilke dokumenter som kan deles via kjernejournal.

3.4.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «slå opp og tilgjengeliggjøre». Det er behov for å koordinere og avklare hvilke dokumenttyper som er aktuelle å dele, med utgangspunkt i de dokumenttypene som er tatt i bruk i utprøvingene. Fastleger har i dag ulike former for klinisk oppsummering i sine EPJ, men dette er felter som må redigeres manuelt og vedlikeholdes av den enkelte fastlege. Det er ingen klare retningslinjer for om dette skal gjøres og hva som skal lagres. Opplysningene vil derfor være usikre uten automatisk hentet struktur fra andre journalelementer og dette vil kreve endringer i dokumentasjonspraksis. Dette vil kreve en omfattende prosess gjennom utvikling og innføring. Tiltaket må avklare hvordan konsumentene skal ta i bruk den informasjonen nye aktører tilgjengeliggjør.

3.4.2.1.3 Semantisk

Tiltaket vil kreve en form for mapping av informasjonselementer/dokument-typer mot de dokumenttypene som kan deles via kjernejournal, samt avklare behov for struktur og standardisert terminologi på aktuelle dokumenter.

Det bør vurderes å ta i bruk IPS, men det vil kreve arbeid med samordning og tilpasninger.

3.4.2.1.4 Teknisk

Den nasjonale løsningen for å slå opp journaldokumenter gjennom kjernejournal er på plass. Det må tilrettelegges for å kunne tilgjengeliggjøre journaldokumenter fra de ulike systemene som benyttes i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Per i dag mangler det løsning og arkitektur på flere komponenter (dokumentlager, dokumentregister og samhandlingskomponent (XCA)).

3.4.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket forutsetter at den nasjonale løsningen for dokumentdeling er i stabil drift og forvaltning
- Tiltaket er avhengig av at felles tillitsmodell og sikkerhetsmodell, som utarbeides i steg 1 (TAG) av program digital samhandling, er avklart med de nye aktørgruppene.
- Tiltaket er avhengig av avklaring av hva Felles kommunal journal etablerer i sin journalplattform på dette området (eksempelvis dokumentlager)
- Tiltaket er avhengig av tidlig dialog og samarbeid med EPJ-leverandørene og beholde denne frem til realisering
- Tiltaket er avhengig av tidlig dialog og samarbeid med fastlegene

3.4.3 Nytte

3.4.3.1 Nytte for pasienter/innbyggere

- Bedre beslutningsgrunnlag gir økt pasientsikkerhet
- Slipper å være informasjonsbærer mellom helsevirksomheter

3.4.3.2 Nytte for helsepersonell

- Helsepersonell sparer tid ved at de slipper å ringe eller sende skriftlige henvendelser for å etterspørre journaldokumenter

3.4.3.3 Legge grunnlag for å utveksle informasjon på tvers av virksomheter/enheter

- Mer effektiv samhandling mellom helsepersonell på tvers av virksomheter og omsorgsnivåer

3.5 JD-5 Alle helseaktører deler journaldokumenter med andre helseaktører

3.5.1 Måloppnåelse

3.5.1.1 Beskrivelse

Formålet med tiltaket er å få tilrettelagt for at alle helseaktører kan dele journaldokumenter med andre aktører, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.

Journaldokumentene vil benyttes av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste, i tillegg vil innbygger selv kunne få innsyn i dokumentene.

Tiltaket omfatter de aktører som ikke håndteres gjennom tiltak JD-1 til JD-4, og disse kan være tannleger, forsvarrets sanitet, manuellterapeuter, kiropraktorer, fysioterapeuter og private helseaktører (f.eks. Volvat, Aleris, m.fl. Nøyaktig aktørgruppe er ikke avklart.

3.5.1.2 Veikartfase



Figur 8: Verdikjedefaser for tiltaket

3.5.1.3 Resultatmål

- Helsepersonell og innbygger kan få oppdatert informasjon om innbyggers helsetilstand fra andre helseaktører

3.5.1.4 Effektmål

- Brederes beslutningsgrunnlag for helsepersonell
- Redusert administrativ byrde for helsepersonell
- Styrket personvern og informasjonssikkerhet for innbygger

3.5.1.5 Informasjonstjenester og behov

Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten Journaldokumenter gjennom behovet:

- Journaldokumenter fra andre deler av helsetjenesten

3.5.1.6 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. [bilag G2 helhetlig samhandling](#).

3.5.2 Beskrivelse av omfang (kostnader)

3.5.2.1 Samhandlingsevne

3.5.2.1.1 Juridisk

Det rettslige utgangspunktet for dataansvar og tilgjengeliggjøring av helseopplysninger synes klart. Dokumentdeling via kjernejournal vil imidlertid reise spørsmål om hvordan kilden, som dataansvarlig, kan ivareta lovpålagte krav, herunder taushetsplikten og krav til informasjonssikkerhet. Kjernejournalforskriften er styrende for hvilke dokumenter som kan deles via kjernejournal.

3.5.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «slå opp og tilgjengeliggjøre». Det er behov for å koordinere og avklare hvilke dokumenttyper som er aktuelle å dele, med utgangspunkt i de dokumenttypene som er tatt i bruk i utprøvingene.

Andre helseaktører er en gruppe som har ulike typer dokumenter egnet for deling og ulike finansieringsordninger. Det bør gjøres en konkret vurdering av hver enkelt gruppe, men typisk vil henvisninger, avslutningsnotat, generelle helsevurderinger og førstegangsvurderinger være aktuelle å dele.

Tiltaket må avklare hvordan konsumentene skal ta i bruk den informasjonen nye aktører tilgjengeliggjør.

3.5.2.1.3 Semantisk

Tiltaket vil kreve en form for mapping av informasjonselementer/dokument-typer mot de dokumenttypene som kan deles via kjernejournal, samt avklare behov for struktur og standardisert terminologi på aktuelle dokumenter.

Det bør vurderes å ta i bruk IPS, men det vil kreve arbeid med samordning og tilpasninger.

3.5.2.1.4 Teknisk

Den nasjonale løsningen for å slå opp journaldokumenter gjennom kjernejournal er på plass. Det må tilrettelegges for å kunne tilgjengeliggjøre journaldokumenter fra de ulike systemene som benyttes i

kommunal helse- og omsorgstjeneste. Per i dag mangler det løsning og arkitektur på flere komponenter (dokumentlager, dokumentregister og samhandlingskomponent (XCA)).

3.5.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket forutsetter at den nasjonale løsningen for dokumentdeling er i stabil drift og forvaltning
- Tiltaket er avhengig av at felles tillitsmodell og sikkerhetsmodell, som utarbeides i steg 1 (TAG) av program digital samhandling, er avklart med de nye aktørgruppene.
- Tiltaket er avhengig av avklaring av hva Felles kommunal journal etablerer i sin journalplattform på dette området (eksempelvis dokumentlager)
- Tiltaket er avhengig av tidlig dialog og samarbeid med EPJ-leverandørene og beholde denne frem til realisering

3.5.3 Nytte

3.5.3.1 Nytte for pasienter/innbyggere

- Bedre beslutningsgrunnlag gir økt pasientsikkerhet
- Slipper å være informasjonsbærer mellom helsevirksomheter

3.5.3.2 Nytte for helsepersonell

- Helsepersonell sparer tid ved at de slipper å ringe eller sende skriftlige henvendelser for å etterspørre journaldokumenter

3.5.3.3 Legge grunnlag for å utveksle informasjon på tvers av virksomheter/enheter

- Mer effektiv samhandling mellom helsepersonell på tvers av virksomheter og omsorgsnivåer

3.6 JD-6 Tilrettelegge for oppslag og visning av journaldokumenter utenfor kjernejournal

3.6.1 Måloppnåelse

3.6.1.1 Beskrivelse

Formålet med tiltaket er å legge til rette for at konsumenter kan få tilgang til å slå opp og lese journaldokumenter fra andre aktører uten å bruke kjernejournal og dermed være bundet av kjernejournalforskriften. Målarkitekturen for nasjonal dokumentdeling har beskrevet en slik form for samhandling.

3.6.1.2 Veikartfase



Figur 9: Verdikjedefaser for tiltaket

3.6.1.3 Resultatmål

- De ulike journalløsningene er integrert med den nasjonale samhandlingsplattformen, slik at helsepersonell kan få tilgang til journaldokumenter direkte i sine løsninger

3.6.1.4 Effektmål

- Bedre oversikt og raskere tilgang til helseinformasjon fra andre virksomheter

3.6.1.5 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten Journaldokumenter.

3.6.1.6 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. [bilag G2 helhetlig samhandling](#).

3.6.2 Beskrivelse av omfang (kostnader)

3.6.2.1 Samhandlingsevne

3.6.2.1.1 Juridisk

Det rettslige utgangspunktet for dataansvar og tilgjengeliggjøring av helseopplysninger synes klart. Hvilke dokumenttyper som deles vil ikke være begrenset til det som følger av kjernejournalforskriften.

Behovet for en pasientinformasjonslokalisator (PIL) må vurderes og dette kan igjen kreve vurdering av rettsgrunnlag.

3.6.2.1.2 Organisasjonell

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «slå opp og tilgjengeliggjøre».

Det er behov for å koordinere og avklare hvilke dokumenttyper som er aktuelle å dele, med utgangspunkt i de dokumenttypene som er tatt i bruk i utprøvingene. For aktører som i dag bruker kjernejournal til å slå opp dokumenter fra andre aktører, vil ikke arbeidsprosessene endre seg veldig, annet enn at det blir tettere integrert i egen EPJ.

3.6.2.1.3 Semantisk

Tiltaket vil kreve en form for mapping av informasjonselementer/dokument-typer mot de dokumenttypene som kan deles via kjernejournal, samt avklare behov for struktur og standardisert terminologi på aktuelle dokumenter.

3.6.2.1.4 Teknisk

Tiltaket krever utvikling av løsninger i EPJ for å slå opp og vise dokumenter uten bruk av kjernejournal og disse må bruke standardiserte grensesnitt definert i IHE XDS.

3.6.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket forutsetter at den nasjonale løsningen for dokumentdeling er i stabil drift og forvaltning
- Tiltaket er avhengig av at felles tillitsmodell og sikkerhetsmodell, som utarbeides i steg 1 (TAG) av program digital samhandling, er avklart med de nye aktørgruppene.
- Tiltaket er avhengig av tidlig dialog og samarbeid med EPJ-leverandørene og beholde denne frem til realisering

3.6.3 Nytte

3.6.3.1 *Nytte for pasienter/innbyggere*

- Ingen direkte nytte for pasienter/innbygger

3.6.3.2 *Nytte for helsepersonell*

- Helsepersonell sparer tid ved at journaldelingsløsningen er tettere integrert med egen EPJ

3.6.3.3 *Legge grunnlag for å utveksle informasjon på tvers av virksomheter/enheter*

- Mer effektiv samhandling mellom helsepersonell på tvers av virksomheter og omsorgsnivåer

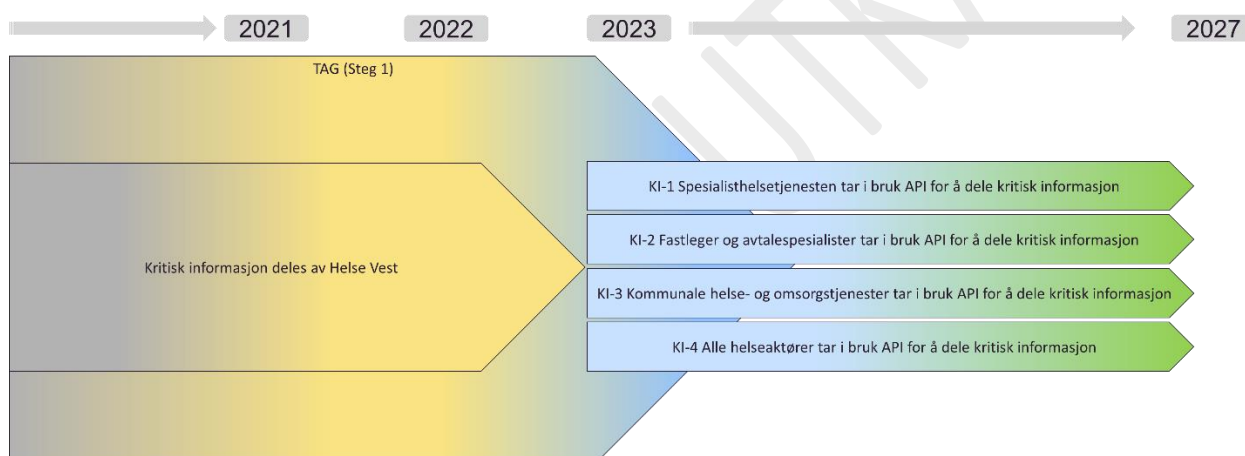
FORELØPIG UTKAST

4 Kritisk informasjon

Kritisk informasjon er helseopplysninger som det er viktig å kjenne til for å kunne gi en pasient god og sikker helsehjelp. Dette er informasjon som i en behandlingssituasjon eller ved en undersøkelse kan medføre at planlagte tiltak endres, og kanskje redder pasientens liv eller forhindrer alvorlig skade.

Kritisk informasjon gjennom kjernejournal portal, er tilgjengelig for mange journalløsninger i helsetjenesten. Det synkroniseres imidlertid ikke med lokale EPJ-er, og krever at sluttbruker må registrere kritisk informasjon både i eget journalsystem og i kjernejournal.

Norsk Helsenett har på oppdrag fra Direktoratet for e-helse ferdigstilt et grensesnitt for utveksling av kritisk informasjon med kjernejournal, og Helse Vest er valgt som hovedsamarbeidspart i sektoren for å få på plass en løsning mot kjernejournal. Dette grensesnittet støtter seks ulike kategorier (FHIR-profiler) av kritisk informasjon. Utprøvingen i Helse Vest omfatter én kategori, overfølsomhetsreaksjoner. De andre kategoriene er komplikasjoner ved anestesi, kritiske medisinske tilstander, pågående behandlinger/implantater, endringer i behandlingsrutiner og smitte. Det er behov for å tilpasse de fem andre, samt få flere aktører til å ta dem i bruk.



Figur 10 Tidslinje for tiltak knyttet til tiltaksområdet Kritisk informasjon

4.1 KI-1 Spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon

4.1.1 Måloppnåelse

4.1.1.1 Beskrivelse

Tiltaket skal sørge for at informasjonstjenesten kritisk informasjon i kjernejournal er oppdatert og kan benyttes av aktuelle fagsystemer i spesialisthelsetjenesten.

Tiltaket vil treffe helsepersonell i spesialisthelsetjenesten som skal registrere, oppdatere eller lese kritisk informasjon om en pasient. Avtalespesialister er ikke en del av dette tiltaket (eget tiltak).

Tiltaket skal sikre at aktører i spesialisthelsetjenesten tar i bruk kritisk informasjon-API (KI API).

Utprøvingen i Helse Vest vil gi nyttig erfaring for andre i spesialisthelsetjenesten.

Det er utarbeidet en standard for kritisk informasjon, som tiltaket i utgangspunktet skal være i henhold til. Denne er ikke normert og tiltaket må også omfatte arbeid med dette.

4.1.1.2 Veikartfase



Figur 11: Verdikjedefaser for tiltaket

4.1.1.3 Resultatmål

- Informasjonstjenesten for kritisk informasjon er integrert med de sentrale løsningene i spesialisthelsetjenesten
- Standarden for kritisk informasjon er normert

4.1.1.4 Effektmål

- Breder beslutningsgrunnlag for helsepersonell
- Redusert administrativ byrde for helsepersonell
- Redusert variasjon i informasjon om pasient

4.1.1.5 Informasjonstjenester og behov

Tiltaket bidrar til å realisere informasjonstjenesten for kritisk informasjon, som inneholder følgende informasjonsbehov:

- Kritisk informasjon inkludert allergi og CAVE
- Smitte hos pasient

4.1.1.6 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. [bilag G2 helhetlig samhandling](#).

4.1.2 Beskrivelse av omfang (kostnader)

4.1.2.1 Samhandlingsevne

4.1.2.1.1 Juridisk

Kjernejournalen kan inneholde kritisk informasjon jf. forskriften § 4 og det er regulert i forskriften hvem som kan registrere kritisk informasjon og hvem som kan få se informasjonen. Det vil være behov for å gå opp dette i praksis. Det kan også være behov for å pålegge plikt til å registrere kritisk informasjon i kjernejournalen.

4.1.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «endre og dele».

Ved overgang til ny løsning for oppdatering av kritisk informasjon (fra portal til API), må arbeidsprosesser og rutiner oppdateres.

4.1.2.1.3 Semantisk

Kritisk informasjon baseres nå på informasjonsmodell fra e-helse (HIS1163-2018), Klinisk beskrivelse og kodeverk (IE-1006) og FHIR: Standard for kritisk informasjon i Kjernejournal (HIS 1202:2018).

API-et støtter les/skriv med dagens kodeverk, men er også mappet til/fra SNOMED CT-koder.

Det kan vurderes om det er aktuelt å ta i bruk deler av IPS (International patient summary) ifm. kritisk informasjon. IPS er en internasjonal standard som flere land i EU planlegger å ta i bruk.

4.1.2.1.4 Teknisk

Journalssystemene hos aktørenes må utvikles for å kunne endre og dele kritisk informasjon ved hjelp av API (datadeling).

KI API benytter kjernejournalens plattform for lagring, samt grensesnitt og nødvendige tillitstjenester (HelseID) fra NHN.

Det gjenstår noen tilpasninger på KI API, men dette er etter plan ferdig før 2023. Dette gjelder blant annet teknisk mapping av kodeverk.

Kjernejournal-portal kan benyttes av de som ikke har tatt i bruk grensesnittene enda.

4.1.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket er avhengig av at Norsk Helsenett har gjort nødvendig utvikling og av grensesnitt (API) i kjernejournal. Dette er planlagt i Steg 1.
- Tiltaket er avhengig av at felles tillitsmodell og sikkerhetsmodell, som utarbeides i steg 1 (TAG) av program digital samhandling, er avklart for bruk ifm. kritisk informasjon i spesialisthelsetjenesten
- Tiltaket forutsetter at løsningen er prøvd ut og tilpasset i prosjekt i Helse Vest og at sentrale valg som er tas er forankret hos de aktørene som omfattes av det. Det vil være en høyere grad av erfaringsoverføring dersom utprøvingen i Helse Vest er med DIPS fremfor Meona (kurve).
- Tiltaket forutsetter at aktørenes journalløsninger, som er hovedkilden for kritisk informasjon, tar i bruk KI API
- Tiltaket forutsetter at aktørene selv finansierer og integrerer sine systemer som bruker kritisk informasjon med den/de systemene som omfattes av tiltaket
- Tiltaket forutsetter strukturert kritisk informasjon i journal på aktørsiden. Dagens journalløsninger har ulik grad av dette per 2021.
- Tiltaket har avhengigheter til kodeverk og terminologi for ferdigstilling av mapping mot SNOMED CT

4.1.3 Nytte

4.1.3.1 Nytte for pasienter/innbyggere

- Økt pasientsikkerhet gjennom oppdatert kritisk informasjon (unngå feilbehandling)

4.1.3.2 Nytte for helsepersonell

- Tidsbesparelse ved å unngå dobbeltregistrering og leting etter informasjon (jfr. vurderinger i Helse Vest utgjør dette ca. 140 årsverk)
- Økt trygghet for at valg ved helsehjelp tas på bedre grunnlag.

4.1.3.3 Legge grunnlag for å utveksle informasjon på tvers av virksomheter/enheter

- Gjenbruk av kritisk informasjon i fagsystemene for bedre brukergrensesnitt og nye tjenester (f.eks. beslutningsstøtte)

4.2 KI-2 Fastleger og avtalespesialister tar i bruk API for å dele kritisk informasjon

4.2.1 Måloppnåelse

4.2.1.1 Beskrivelse

Tiltaket skal sørge for at informasjonstjenesten kritisk informasjon i kjernejournal er oppdatert og kan benyttes av aktuelle fagsystemer hos fastlege og avtalespesialister. Disse aktørgruppene bruker mange av de samme journalsystemene og det kan være hensiktsmessig å koordinere innføringen hos disse.

Tiltaket vil treffe fastleger og avtalespesialister som skal registrere, oppdatere eller lese kritisk informasjon om en pasient.

Tiltaket skal sikre at aktørene tar i bruk grensesnitt for kritisk informasjon mot kjernejournal (KI API). For noen betyr dette en overgang fra å registrere dette i kjernejournal portal til en automatisk oppdatering via grensesnitt.

Erfaringen fra utprøvingen i Helse Vest kan være nyttig for også andre aktørgrupper enn spesialisthelsetjenesten.

Det er utarbeidet en standard for kritisk informasjon, som tiltaket i utgangspunktet skal være i henhold til. Denne er ikke normert og tiltaket må også omfatte arbeid med dette.

4.2.1.2 Veikartfase



Figur 12: Verdikjedefaser for tiltaket

4.2.1.3 Resultatmål

- Informasjonstjenesten for kritisk informasjon er integrert i journalsystemene til fastleger og avtalespesialister
- Standarden for kritisk informasjon er normert

4.2.1.4 Effektmål

- Breder beslutningsgrunnlag for helsepersonell
- Redusert administrativ byrde for helsepersonell
- Redusert variasjon i informasjon om pasient

4.2.1.5 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket bidrar til å realisere informasjonstjenesten for kritisk informasjon, som inneholder følgende informasjonsbehov:

- Kritisk informasjon inkludert allergi og CAVE
- Smitte hos pasient

4.2.1.6 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. [bilag G2 helhetlig samhandling](#).

4.2.2 Beskrivelse av omfang (kostnader)

4.2.2.1 Samhandlingsevne

4.2.2.1.1 Juridisk

Kjernejournalen kan inneholde kritisk informasjon jf. forskriften § 4 og det er regulert i forskriften hvem som kan registrere kritisk informasjon og hvem som kan få se informasjonen. Det vil være behov for å gå opp dette i praksis. Det kan også være behov for å pålegge plikt til å registrere kritisk informasjon i kjernejournalen.

4.2.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «endre og dele».

Ved overgang til ny løsning for oppdatering av kritisk informasjon (fra portal til API), må arbeidsprosesser og rutiner oppdateres.

4.2.2.1.3 Semantisk

Kritisk informasjon baseres nå på informasjonsmodell fra e-helse (HIS1163-2018), Klinisk beskrivelse og kodeverk (IE-1006) og FHIR: Standard for kritisk informasjon i Kjernejournal (HIS 1202:2018).

API-et støtter les/skriv med dagens kodeverk, men er også mappet til/fra SNOMED CT-koder.

Det kan vurderes om det er aktuelt å ta i bruk deler av IPS (International patient summary) ifm. kritisk informasjon. IPS er en internasjonal standard som flere land i EU planlegger å ta i bruk.

4.2.2.1.4 Teknisk

Journalssystemene hos aktørene må utvikles for å kunne endre og dele kritisk informasjon ved hjelp av API (datadeling).

KI API benytter kjernejournalens plattform for lagring, samt grensesnitt og nødvendige tillitstjenester (HelseID) fra NHN.

Det gjenstår noen tilpasninger på KI API, men dette er etter plan ferdig før 2023. Dette gjelder blant annet teknisk mapping av kodeverk.

Kjernejournal-portal kan benyttes av de som ikke har tatt i bruk grensesnittene enda.

4.2.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket er avhengig av at Norsk Helsenett har gjort nødvendig utvikling og av grensesnitt (API) i kjernejournal. Dette er planlagt i Steg 1.
- Tiltaket er avhengig av at felles tillitsmodell og sikkerhetsmodell, som utarbeides i steg 1 (TAG) av program digital samhandling, er avklart for bruk ifm. kritisk informasjon fra fastleger og avtalespesialister
- Tiltaket forutsetter at løsningen er prøvd ut og tilpasset i prosjekt i Helse Vest og at sentrale valg som er tas er forankret hos de aktørene som omfattes av det.
- Tiltaket forutsetter at aktørene journalløsninger, som er hovedkilden for kritisk informasjon, tar i bruk KI API
- Tiltaket forutsetter at aktørene selv finansierer og integrerer sine systemer som bruker kritisk informasjon med den/de systemene som omfattes av tiltaket. EPJ-løftet i Direktoratet for e-helse vil kunne bidra med finansiering for aktørene.
- Tiltaket forutsetter strukturert kritisk informasjon i journal på aktørsiden. Dagens journalløsninger har ulik grad av dette per 2021.

- Tiltaket har avhengigheter til kodeverk og terminologi for ferdigstilling av mapping mot SNOMED CT

4.2.3 Nytte

4.2.3.1 *Nytte for pasienter/innbyggere*

- Økt pasientsikkerhet gjennom oppdatert kritisk informasjon (unngå feilbehandling)

4.2.3.2 *Nytte for helsepersonell*

- Tidsbesparelse ved å unngå dobbeltregistrering og leting etter informasjon (jfr. vurderinger i Helse Vest utgjør dette ca. 140 årsverk)
- Økt trygghet for at valg ved helsehjelp tas på bedre grunnlag.

4.2.3.3 *Legge grunnlag for å utveksle informasjon på tvers av virksomheter/enheter*

- Gjenbruk av kritisk informasjon i fagsystemene for bedre brukergrensesnitt og nye tjenester (f.eks. beslutningsstøtte)

4.3 KI-3 Kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk API for å dele kritisk informasjon

4.3.1 Måloppnåelse

4.3.1.1 *Beskrivelse*

Tiltaket skal sørge for at informasjonstjenesten kritisk informasjon i kjernejournal er oppdatert og kan benyttes av aktuelle fagsystemer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette vil hovedsakelig være sykehjem, legevakt, øyeblikkelig hjelp døgnerhet (ØHD, også kalt kommunal akutt døgnerhet – KAD), men også aktører i hjemmebaserte tjenester, skolehelsetjenesten og andre kommunale aktører som yter helsehjelp og som bruker kjernejournal.

Tiltaket vil treffe leger og annet helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som skal registrere, oppdatere eller lese kritisk informasjon om en pasient.

Tiltaket skal sikre at aktørene tar i bruk grensesnitt for kritisk informasjon mot kjernejournal (KI API). For noen betyr dette en overgang fra å registrere dette i kjernejournal portal til en automatisk oppdatering via grensesnitt.

Erfaringen fra utprøvingen i Helse Vest kan være nyttig for også andre aktørgrupper enn spesialisthelsetjenesten.

Det er utarbeidet en standard for kritisk informasjon, som tiltaket i utgangspunktet skal være i henhold til. Denne er ikke normert og tiltaket må også omfatte arbeid med dette.

4.3.1.2 *Veikartfase*



Figur 13: Verdikjedefaser for tiltaket

4.3.1.3 Resultatmål

- Informasjonstjenesten for kritisk informasjon er integrert i journalsystemene kommunehelsetjenesten
- Standarden for kritisk informasjon er normert

4.3.1.4 Effektmål

- Breder beslutningsgrunnlag for helsepersonell
- Redusert administrativ byrde for helsepersonell
- Redusert variasjon i informasjon om pasient

4.3.1.5 Informasjonstjenester og behov

Tiltaket bidrar til realisering av informasjonstjenesten for kritisk informasjon, som inneholder følgende informasjonsbehov:

- Kritisk informasjon inkludert allergi og CAVE
- Smitte hos pasient

4.3.1.6 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. [bilag G2 helhetlig samhandling](#).

4.3.2 Beskrivelse av omfang (kostnader)

4.3.2.1 Samhandlingsevne

4.3.2.1.1 Juridisk

Kjernejournalen kan inneholde kritisk informasjon jf. forskriften § 4 og det er regulert i forskriften hvem som kan registrere kritisk informasjon og hvem som kan få se informasjonen. Det vil være behov for å gå opp dette i praksis. Det kan også være behov for å pålegge plikt til å registrere kritisk informasjon i kjernejournalen.

4.3.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «endre og dele».

Ved overgang til ny løsning for oppdatering av kritisk informasjon (fra portal til API), må arbeidsprosesser og rutiner oppdateres.

4.3.2.1.3 Semantisk

Kritisk informasjon baseres nå på informasjonsmodell fra e-helse (HIS1163-2018), Klinisk beskrivelse og kodeverk (IE-1006) og FHIR: Standard for kritisk informasjon i Kjernejournal (HIS 1202:2018).

API-et støtter les/skriv med dagens kodeverk, men er også mappet til/fra SNOMED CT-koder.

Det kan vurderes om det er aktuelt å ta i bruk deler av IPS (International patient summary) ifm. kritisk informasjon. IPS er en internasjonal standard som flere land i EU planlegger å ta i bruk.

4.3.2.1.4 Teknisk

Journalsystemene hos aktørenes må utvikles for å kunne endre og dele kritisk informasjon ved hjelp av API (datadeling).

KI API benytter kjernejournalens plattform for lagring, samt grensesnitt og nødvendige tillitstjenester (HelseID) fra NHN.

Det gjenstår noen tilpasninger på KI API, men dette er etter plan ferdig før 2023. Dette gjelder blant annet teknisk mapping av kodeverk.

Kjernejournal-portal kan benyttes av de som ikke har tatt i bruk grensesnittene enda.

4.3.2.2 *Forutsetninger og avhengigheter*

- Tiltaket er avhengig av at Norsk Helsenett har gjort nødvendig utvikling og av grensesnitt (API) i kjernejournal. Dette er planlagt i Steg 1.
- Tiltaket er avhengig av at felles tillitsmodell og sikkerhetsmodell, som utarbeides i steg 1 (TAG) av program digital samhandling, er avklart for bruk ifm. kritisk informasjon i kommunal helse- og omsorgssektor.
- Tiltaket forutsetter at løsningen er prøvd ut og tilpasset i prosjekt i Helse Vest og at sentrale valg som er tas er forankret hos de aktørene som omfattes av det.
- Tiltaket forutsetter at aktørenes journalløsninger, som er hovedkilden for kritisk informasjon, tar i bruk KI API
- Tiltaket forutsetter at aktørene selv finansierer og integrerer sine systemer som bruker kritisk informasjon med den/de systemene som omfattes av tiltaket.
- Tiltaket forutsetter strukturert kritisk informasjon i journal på aktørsiden. Dagens journalløsninger har ulik grad av dette per 2021.
- Tiltaket har avhengigheter til kodeverk og terminologi for ferdigstilling av mapping mot SNOMED CT

4.3.3 *Nytte*

4.3.3.1 *Nytte for pasienter/innbyggere*

- Økt pasientsikkerhet gjennom oppdatert kritisk informasjon (unngå feilbehandling)

4.3.3.2 *Nytte for helsepersonell*

- Tidsbesparelse ved å unngå dobbeltregistrering og leting etter informasjon (jfr. vurderinger i Helse Vest utgjør dette ca. 140 årsverk)
- Økt trygghet for at valg ved helsehjelp tas på bedre grunnlag.

4.3.3.3 *Legge grunnlag for å utveksle informasjon på tvers av virksomheter/enheter*

- Gjenbruk av kritisk informasjon i fagsystemene for bedre brukergrensesnitt og nye tjenester (f.eks. beslutningsstøtte)

4.4 *KI-4 Alle helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon*

4.4.1 *Måloppnåelse*

4.4.1.1 *Beskrivelse*

Tiltaket skal sørge for at informasjonstjenesten kritisk informasjon i kjernejournal er oppdatert og kan benyttes av aktuelle fagsystemer i hos andre helseaktører utenfor det som omfattes av spesialisthelsetjeneste, fastleger og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette vil tannleger, private helseaktører (f.eks. Volvat, Aleris), forsvarrets sanitet m.fl. Fullstendig aktørgruppe er ikke avklart.

Tiltaket vil treffe leger og annet helsepersonell hos andre helseaktører som skal registrere, oppdatere eller lese kritisk informasjon om en pasient.

Tiltaket skal sikre at aktørene tar i bruk grensesnitt for kritisk informasjon mot kjernejournal (KI API). For noen betyr dette en overgang fra å registrere dette i kjernejournal portal til en automatisk oppdatering via grensesnitt.

Erfaringen fra utprøvingen i Helse Vest kan være nyttig for også andre aktørgrupper enn spesialisthelsetjenesten.

Det er utarbeidet en standard for kritisk informasjon, som tiltaket i utgangspunktet skal være i henhold til. Denne er ikke normert og tiltaket må også omfatte arbeid med dette.

4.4.1.2 Veikartfase



Figur 14: Verdikjedefaser for tiltaket

4.4.1.3 Resultatmål

- Informasjonstjenesten for kritisk informasjon er integrert i journalsystemene til andre helseaktører
- Standarden for kritisk informasjon er normert

4.4.1.4 Effektmål

- Breder beslutningsgrunnlag for helsepersonell
- Redusert administrativ byrde for helsepersonell
- Redusert variasjon i informasjon om pasient

4.4.1.5 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket bidrar til realisering av informasjonstjenesten for kritisk informasjon, som inneholder følgende informasjonsbehov:

- Kritisk informasjon inkludert allergi og CAVE
- Smitte hos pasient

4.4.1.6 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. [bilag G2 helhetlig samhandling](#).

4.4.2 Beskrivelse av omfang (kostnader)

4.4.2.1 Samhandlingsevne

4.4.2.1.1 Juridisk

Kjernejournalen kan inneholde kritisk informasjon jf. forskriften § 4 og det er regulert i forskriften hvem som kan registrere kritisk informasjon og hvem som kan få se informasjonen. Det vil være behov for å gå opp dette i praksis. Det kan også være behov for å pålegge plikt til å registrere kritisk informasjon i kjernejournalen.

4.4.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «endre og dele».

Ved overgang til ny løsning for oppdatering av kritisk informasjon (fra portal til API), må arbeidsprosesser og rutiner oppdateres.

4.4.2.1.3 Semantisk

Kritisk informasjon baseres nå på informasjonsmodell fra e-helse (HIS1163-2018), Klinisk beskrivelse og kodeverk (IE-1006) og FHIR: Standard for kritisk informasjon i Kjernejournal (HIS 1202:2018).

API-et støtter les/skriv med dagens kodeverk, men er også mappet til/fra SNOMED CT-koder.

Det kan vurderes om det er aktuelt å ta i bruk deler av IPS (International patient summary) ifm. kritisk informasjon. IPS er en internasjonal standard som flere land i EU planlegger å ta i bruk.

4.4.2.1.4 Teknisk

Journalssystemene hos aktørenes må utvikles for å kunne endre og dele kritisk informasjon ved hjelp av API (datadeling).

KI API benytter kjernejournalens plattform for lagring, samt grensesnitt og nødvendige tillitstjenester (HelseID) fra NHN.

Det gjenstår noen tilpasninger på KI API, men dette er etter plan ferdig før 2023. Dette gjelder blant annet teknisk mapping av kodeverk.

Kjernejournal-portal kan benyttes av de som ikke har tatt i bruk grensesnittene enda.

4.4.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket er avhengig av at Norsk Helsenett har gjort nødvendig utvikling og av grensesnitt (API) i kjernejournal. Dette er planlagt i Steg 1.
- Tiltaket er avhengig av at felles tillitsmodell og sikkerhetsmodell, som utarbeides i steg 1 (TAG) av program digital samhandling, er avklart for bruk ifm. kritisk informasjon hos andre helseaktører
- Tiltaket forutsetter at løsningen er prøvd ut og tilpasset i prosjekt i Helse Vest og at sentrale valg som er tas er forankret hos de aktørene som omfattes av det.
- Tiltaket forutsetter at aktørenes journalløsninger, som er hovedkilden for kritisk informasjon, tar i bruk KI API
- Tiltaket forutsetter at aktørene selv finansierer og integrerer sine systemer som bruker kritisk informasjon med den/de systemene som omfattes av tiltaket.
- Tiltaket forutsetter strukturert kritisk informasjon i journal på aktørsiden. Dagens journalløsninger har ulik grad av dette per 2021.
- Tiltaket har avhengigheter til kodeverk og terminologi for ferdigstilling av mapping mot SNOMED CT

4.4.3 Nytte

4.4.3.1 *Nytte for pasienter/innbyggere*

- Økt pasientsikkerhet gjennom oppdatert kritisk informasjon (unngå feilbehandling)

4.4.3.2 *Nytte for helsepersonell*

- Tidsbesparelse ved å unngå dobbeltregistrering og leting etter informasjon (jfr. vurderinger i Helse Vest utgjør dette ca. 140 årsverk)
- Økt trygghet for at valg ved helsehjelp tas på bedre grunnlag.

4.4.3.3 *Legge grunnlag for å utveksle informasjon på tvers av virksomheter/enheter*

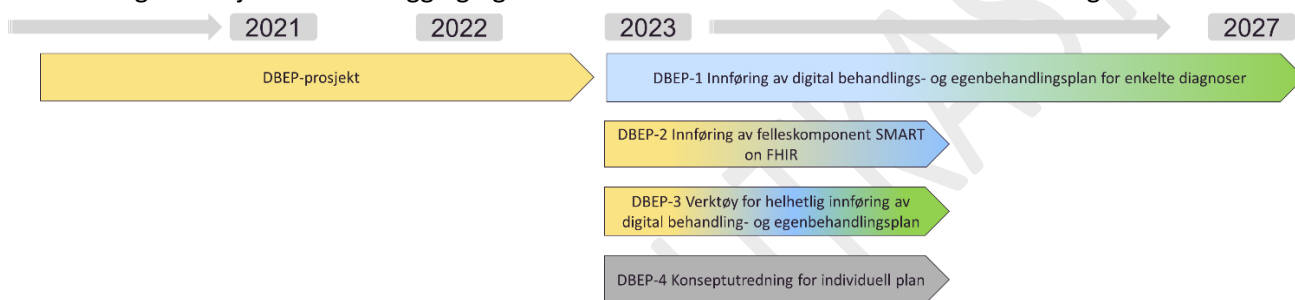
- Gjenbruk av kritisk informasjon i fagsystemene for bedre brukergrensesnitt og nye tjenester (f.eks. beslutningsstøtte)

FORELØPIG UTKAST

5 Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner

Digital behandlingsplan og egenbehandlingsplan er en viktig del av digital hjemmeoppfølging. En innbygger kan ha behandlingsplaner hos ulike aktører, men skal kun trenge å forholde seg til én egenbehandlingsplan. Egenbehandlingsplanen skal bidra til at innbyggeren får økt trygghet og selvstendighet i hverdagen, og mestrer livet med sykdom bedre. Behandlerne skal kunne se og kan ta stilling til hverandres behandlingsplaner og kan ut fra dette tilrettelegge egenbehandlingen og unngå behandlingskonflikt. Dette skal bidra til at innbyggeren opplever sammenheng og helhet i oppfølgingen.

Helsedirektoratet har utredet og valgt et konsept for digital behandlingsplan og egenbehandlingsplan. Høsten 2021 starter et utprøvningsprosjekt i begrenset skala. Dette innebærer å utvikle funksjonalitet og API i kjernejournal og teste det ut hos utvalgte aktører. Det mangler finansiering for nasjonal tilrettelegging og det er derfor foreslått å ta dette tiltaket inn i steg to.



Figur 15 Tidslinje for tiltak knyttet til tiltaksområdet Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner

5.1 DBEP-1 Innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan for enkelte diagnoser

5.1.1 Måloppnåelse

5.1.1.1 Beskrivelse

Tiltaket innebærer en helhetlig innføring av digital behandlingsplan og egenbehandlingsplan (DBEP) slik at dette kan tas i bruk av de innbyggerne som har behov for det. Helsepersonell vil opprette behandlingsplaner de har ansvaret for i eget EPJ-system og bruke kjernejournal for å se andre behandlingsplaner som gjelder for innbyggeren. Helsenorge vil brukes av innbyggere for å få tilgang til sin egenbehandlingsplan.

Innføringen inkluderer diagnosene KOLS, diabetes, psykisk helse og rus og en generisk behandlingsplan for primært helseteam.

5.1.1.2 Veikartfase



Figur 16: Verdikjedefaser for tiltaket

5.1.1.3 Resultatmål

- Behandlingsplan og egenbehandlingsplan er innført hos 90% av alle kommuner og spesialister innen én helseregion for pasienter hvor det finnes maler for felles behandlingsplaner, som det er enighet om blant relevant helsepersonell

5.1.1.4 Effektmål

- Økt samhandling mellom innbygger/pårørende og tjenesteytere på tvers av fag, nivå og sektor
- Helsepersonell får raskere og enklere tilgang til relevant informasjon om innbyggere

5.1.1.5 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket er knyttet til informasjonstjenesten Plan.

Tiltaket understøtter følgende informasjonsbehov:

- Mål for behandling
- Overordnet / tentativ behandlingsplan
- Egenbehandlingsplan for innbygger
- Kriseplan (psykiatri) og andre betingede tiltaksplaner
- Detaljerte oppgaver / tiltak
 - Status og evt. tidspunkt for oppgaver og tiltak
 - Ansvar for oppgaver eller tiltak

5.1.1.6 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er høyt prioritert av sektoren for å sikre samhandling innen helse- og omsorgstjenesten, jf. [bilag G2 helhetlig samhandling](#).

5.1.2 Beskrivelse av omfang (kostnader)

5.1.2.1 Samhandlingsevne

5.1.2.1.1 Juridisk

Foreløpig vurdering: de juridiske konsekvensene vil være avhengig av hvordan løsningen realiseres.

5.1.2.1.2 Organisatorisk

- Det vil være nødvendig å etablere bruksavtaler slik at helseaktørene kan ta i bruk behandlingsplaner.
- Prosessen med å utarbeide behandlingsplaner vil i liten grad endres
- Prosessen med å innhente informasjon om behandlingsplaner må endres
- Det er usikkert om eksisterende behandlingsplaner må restruktureres for å kunne tilgjengeliggjøres i kjernejournal og hvor mye arbeid dette vil medføre

5.1.2.1.3 Semantisk

Digital behandlingsplan og egenbehandlingsplan baserer seg på FHIR-ressursen Careplan og norske basisprofiler.

5.1.2.1.4 Teknisk

EPJ-systemene må tilpasses for å ta i bruk funksjonaliteten i kjernejournal for digital behandlingsplan og disse endringene må tas i bruk av aktørene. Integrasjonen kan gjøres ved hjelp av API (datadeling) direkte fra journalsystemet eller ved bruk av en SMART on FHIR applikasjon.

5.1.2.2 *Forutsetninger og avhengigheter*

- Tiltaket forutsetter FHIR-ressursen Careplan og norske basisprofiler. Vi legger til grunn at dette blir levert av DBEP-prosjektet frem mot 2023
- Tiltaket forutsetter at DBEP-prosjektet innen 2023 har utviklet digital behandlingsplan i Kjernejournal med API og egenbehandlingsplan i Helsenorge
- For at planer skal kunne brukes for et mangfold av diagnoser bør tiltaket «maler for planer (DBEP-3)» gjennomføres
- Tiltaket er avhengig av at EPJ-systemene blir oppdatert med funksjonalitet for å utveksle informasjon med Kjernejournal, med utgangspunkt i FHIR-ressursen Careplan
- For lettere å oppnå tett integrasjon mellom EPJ og DBEP, og understøtte en raskere innføring, er det en fordel å gjennomføre tiltaket SMART on FHIR for DBEP (DBEP-2)

5.1.3 *Nytte*

Nytten er avgrenset til pasienter som har omforente prinsipielle behandlingsplaner utviklet for seg, for eksempel for diagnosene KOLS, diabetes, psykisk helse og rus. I tillegg er det utviklet en generisk behandlingsplan for primært helseteam.

5.1.3.1 *Nytte for pasienter/innbyggere*

- Innbyggere føler seg tryggere i egen behandling og kan iverksette aktuelle tiltak
- Bedre og mer koordinerte planer kan bidra til bedre kvalitet på behandlingen og bedre pasientsikkerhet

5.1.3.2 *Nytte for helsepersonell*

- Behandlende helsepersonell med tjenstlig behov vil få enklere og raskere tilgang til informasjon om behandlingsplaner ett sted. Dette kan spare tid og gjøre det lettere å sikre høy kvalitet på behandlingen, på tvers av aktører

5.1.3.3 *Legge grunnlag for å utveksle informasjon på tvers av virksomheter/enheter*

- Bruk av FHIR-ressurser legger grunnlag for å utveksle strukturert standardisert informasjon om planer på tvers
- En felles plan kan gjøre det lettere å koordinere andre typer samhandlinger, for eksempel innleggelse og utskrivning fra sykehus, oversikt over behandlingsforløp og kontakt med involverte aktører

5.2 *DBEP-2 Innføring av felleskomponent SMART on FHIR*

5.2.1 *Måloppnåelse*

5.2.1.1 *Beskrivelse*

Tiltaket innebærer å spesifisere en referansearkitektur for bruk av SMART on FHIR i Norge. Arbeidet må koordineres med leverandører av EPJ-systemer og med leverandører av webapplikasjoner som kan integreres med brukerflaten i EPJ-systemene.

5.2.1.2 Veikartfase



Figur 17: Verdikjedefaser for tiltaket

5.2.1.3 Resultatmål

- Referansearkitektur spesifisert for SMART on FHIR
- 10 EPJ-leverandører støtter SMART on FHIR
- Strategi for utbredelse av SMART on FHIR hos leverandører av webapplikasjoner

5.2.1.4 Effektmål

- Helsepersonell får raskere og enklere tilgang til relevant informasjon om innbyggeren
- Bedre datakvalitet ved mindre duplisering av data
- Økt kvalitet og pasientsikkerhet
- Bedre effektivitet ved at det går raskere å ta i bruk ny funksjonalitet

5.2.1.5 Informasjonstjenester og behov

Alle informasjonstjenester som har samhandlingsform «endre og dele» eller «slå opp og tilgjengeliggjøre» kan ha nytte av SMART on FHIR:

- Klinisk oppsummering
- Problem/diagnose og behov
- Plan
- Pågående og gjennomførte prosedyrer og behandlinger
- Tjenester, ytelser og hjelpemidler
- Legemidler og vaksiner
- Immunisering (status)
- Kritisk informasjon
- Undersøkelser, målinger og funn
- Multimedia og MTU-målinger
- Journaldokumenter
- Kliniske bakgrunnsopplysninger
- Pasientdemografi
- Personvern
- Innbyggers opplysninger og ønsker
- Oversikt over tilgjengelige tjenester og tilbud
- Klinisk kunnskap

5.2.1.6 Samsvar med sektorens prioriteringer

SMART on FHIR er en løsning for å lettere kunne ta i bruk ulike informasjonstjenester så det vil kunne benyttes for en rekke av sektorens prioriterte informasjonsbehov for samhandling, jf. [bilag G2](#) [helhetlig samhandling](#).

5.2.2 Kostnader

5.2.2.1 Samhandlingsevne

5.2.2.1.1 Juridisk

Foreløpig vurdering: de juridiske konsekvensene vil være avhengig av hvordan løsningen realiseres.

5.2.2.1.2 Organisatorisk

Dette er primært et teknisk tiltak, men det vil også bidra til en forenkling av enkelte arbeidsprosesser, for eksempel pålogging, utfylling og innhenting av informasjon.

5.2.2.1.3 Semantisk

Standardiserte FHIR-profiler må lages og tas i bruk for den enkelte informasjonstjeneste og behov.

5.2.2.1.4 Teknisk

Teknisk løsningsarkitektur og eventuelle nasjonale felleskomponenter må utarbeides. I tillegg må EPJ-leverandørene og leverandørene av webapplikasjoner må tilpasse sine produkter til å støtte SMART on FHIR.

5.2.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket er avhengig av FHIR-løftet (DHO-1)
- Tiltaket er avhengig av at både EPJ-leverandører og leverandører av webapplikasjoner tar SMART on FHIR i bruk

5.2.3 Nytte

5.2.4 Nytte for pasienter/innbyggere

- Tiltaket kan indirekte gi nytte for pasienter/innbyggere gjennom økt bruk av samhandlingsløsninger, som igjen kan gi grunnlag for økt effektivitet og bedre kvalitet av pasientbehandling og økt pasientsikkerhet

5.2.4.1 Nytte for helsepersonell

- Tiltaket kan indirekte gi nytte for helsepersonell gjennom økt bruk av samhandlingsløsninger, som igjen kan gi grunnlag for økt effektivitet og bedre kvalitet av pasientbehandling og økt pasientsikkerhet

5.2.4.2 Legge grunnlag for å utveksle informasjon på tvers av virksomheter/enheter

- Tiltaket reduserer kostnader ved integrasjon av ny funksjonalitet
- Tiltaket kan bidra til bedre datakvalitet ved at det blir lettere å dele og gjenbruke informasjon på tvers av aktører
- Tiltaket gjør at det går raskere å ta i bruk ny funksjonalitet

5.3 DBEP-3 Verktøy for helhetlig innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan

5.3.1 Måloppnåelse

5.3.1.1 Beskrivelse

Tiltaket skal etablere et verktøy som både støtter prosessen med å lage planer og gjør det enkelt å opprette nye maler for planer. Tiltaket skal også understøtte innføring av verktøyet og prosessen for å opprette nye maler.

Målgruppen for tiltaket er i første rekke leverandører av EPJ-systemer og helsepersonell som skal utarbeide maler for ulike diagnoser.

5.3.1.1.1 Veikartfase

5.3.1.2



Figur 18: Verdikjedefaser for tiltaket

5.3.1.3 Resultatmål

- Verktøy eller plattform som kan brukes for å lage maler er utviklet eller anskaffet og tilpasset
- Forvaltningsregime for å håndtere nye maler eller endringer i maler er etablert
- Det er etablert maler for 20 diagnoser og disse er tatt i bruk for å lage planer

5.3.1.4 Effektmål

- Innbyggeren opplever en mer koordinert helse- og omsorgssektor og slipper å være budbringer mellom de ulike aktørene
- Helsepersonell kan raskt tilegne seg informasjon om innbyggerens behandlingsplaner

5.3.1.5 Informasjonstjenester og behov

Tiltaket er knyttet til informasjonstjenesten Plan.

Tiltaket understøtter følgende informasjonsbehov:

- Mål for behandling
- Overordnet / tentativ behandlingsplan
- Egenbehandlingsplan for innbygger
- Kriseplan (psykiatri) og andre betingede tiltaksplaner
- Detaljerte oppgaver / tiltak
 - Status og evt. tidspunkt for oppgaver og tiltak
 - Ansvar for oppgaver eller tiltak

5.3.1.6 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er høyt prioritert av sektoren for å sikre samhandling innen helse- og omsorgstjenesten, jf. [bilag G2 helhetlig samhandling](#).

5.3.2 Beskrivelse av omfang (kostnader)

5.3.2.1 Samhandlingsevne

5.3.2.1.1 Juridisk

Foreløpig vurdering: det er usikkert om dette vil ha juridiske konsekvenser.

5.3.2.1.2 Organisatorisk

Det må skapes en felles forståelse og konsensus for hva malene for de forskjellige diagnosene skal inneholde:

- Hvilke behandling skal gis og når?

- Hva skal pasienten gjøre (instruksjoner)?
- Hva er forventningene til ulike aktører i helsetjenesten når disse pasientene følges opp?

I tillegg må det etableres en arbeidsprosess for å sikre at egenbehandlingsplanen kommer ut til pasienten raskest mulig.

5.3.2.1.3 Semantisk

Det må avklares hvordan de ulike malene struktureres i forhold til hverandre. Dette kan kreve utvikling av nasjonale områdeprofiler (FHIR). Kodeverkene må benyttes på samme måte på tvers av maler, noe som bør sikres av felles språk.

5.3.2.1.4 Teknisk

Tiltaket innebærer en ny nasjonal løsning som gjør det mulig for aktørene å diskutere og lage nye maler. Digital behandlingsplan i kjernejournal må kunne ta i bruk planene. Det må etableres et forvaltningsregime for planene som gjør at de kan tas i bruk og versjoneres på en kontrollert måte.

5.3.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket forutsetter at digital behandlingsplan og egenbehandlingsplan er innført (DBEP-1)
- Tiltaket forutsetter at relevante FHIR-ressurser er etablert (DHO-1)

5.3.3 Nytte

5.3.3.1 Nytte for pasienter/innbyggere

- Innbyggere føler seg tryggere i egen behandling og kan iverksette aktuelle tiltak
- Bedre og mer koordinerte planer kan bidra til bedre kvalitet på behandlingen og bedre pasientsikkerhet

5.3.3.2 Nytte for helsepersonell

- Behandlende helsepersonell med tjenstlig behov vil få enklere og raskere tilgang til informasjon om behandlingsplaner ett sted
- Lettere for helsepersonell å innhente informasjon om beste praksis for behandling av en pasientgruppe

5.3.3.3 Legge grunnlag for å utveksle informasjon på tvers av virksomheter/enheter

- Bruk av FHIR-ressurser legger grunnlag for å utveksle strukturert standardisert informasjon om planer på tvers

5.4 DBEP-4 Konseptutredning for individuell plan

5.4.1 Måloppnåelse

5.4.1.1 Beskrivelse

Tiltaket skal anbefale et konsept som understøtter sammenhengende, helhetlige og koordinert tjenestetilbud på tvers av fag, nivåer og sektorer ved bruk av digital informasjonsdeling. Konseptet for individuell plan skal videreutvikle konseptet som er lagt til grunn for digitale behandlingsplaner og egenbehandlingsplaner. En behandlingsplan, derunder egenbehandlingsplan, vil kunne være en delplan i en innbyggers individuelle plan.

Målgruppen for dette tiltaket er aktører som samhandler med innbyggere som har rett til en individuell plan.

5.4.1.2 Veikartfase



Figur 19: Verdikjedefaser for tiltaket

5.4.1.3 Resultatmål

- Konsept for individuell plan er anbefalt
- Det foreligger kost/nytte-vurdering av konseptet
- Overordnet løsningsarkitektur er beskrevet
- Konseptet er forankret i helse- og omsorgssektoren og andre sentrale aktører

5.4.1.4 Effektmål

- Innbyggeren / pårørende slipper å være budbringer mellom de ulike aktørene og får bedre oversikt over de ulike aktørenes rolle, ansvar og tjenestetilbud
- Flere innbyggere som har behov for det får opprettet individuell plan
- Innbygger / pårørende har økt medvirkning og innflytelse på tjenestene som ytes og får lettere tilgang til informasjon om dem
- Økt samhandling mellom innbygger / pårørende og tjenesteytere på tvers av fag, nivå og sektor

5.4.1.5 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket er knyttet til informasjonstjenesten Plan.

Tiltaket dekker informasjonsbehov Individuell plan (IP)

5.4.1.6 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket er høyt prioritert av både helse- og omsorgssektoren og andre aktører, jf. [bilag G2 helhetlig samhandling](#).

5.4.2 Beskrivelse av omfang (kostnader)

5.4.2.1 Samhandlingsevne

5.4.2.1.1 Juridisk

Foreløpig vurdering: de juridiske konsekvensene vil være avhengig av hvordan løsningen realiseres.

5.4.2.1.2 Organisatorisk

Konseptet må ivareta behovet for samhandling mellom aktører på tvers av helse- og omsorgssektoren og andre sektorer. Dette innebærer å inngå avtaler om bruk av felles plan. Individuell plan må realiseres med en samhandlingsform der aktørene kan endre og dele informasjon etter behov. Det må gjøres kartlegging av arbeidsprosesser som individuell plan skal støtte. Det må stilles krav til hvem som tilgjengeliggjør informasjon, hvem som kan benytte informasjonen ved samtykke fra innbygger.

5.4.2.1.3 Semantisk

Individuell plan kan trolig basere seg på FHIR-ressursen Careplan og norske basisprofiler.

5.4.2.1.4 Teknisk

Konseptet bør gjenbruke nasjonale komponenter som leveres av tiltaket om digital behandlingsplan og egenbehandlingsplan. I tillegg bør SMART on FHIR vurderes grunn der det er relevant.

5.4.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket er avhengig av følgende tiltak:
 - Innføring av digital behandlingsplan og egenbehandlingsplan (DBEP-1)
 - SMART on FHIR (DBEP-2), FHIR-løftet (DHO-1) og Maler for planer (DBEP-3)
- Tiltaket må også sees i sammenheng med følgende aktører og initiativ:
 - KS/ Felles kommunal journal
 - Livshendelsen alvorlig sykt barn
 - Program for kodeverk og terminologi
 - NAV
 - Helsedirektoratet
 - Barnevern
 - Pedagogisk-psykologisk-tjeneste (PPT)
 - Skole og barnehage

5.4.3 Nytte

5.4.3.1 *Nytte for pasienter/innbyggere*

- Innbygger / pårørende har økt medvirkning og innflytelse på egenbehandling og slipper å være budbringer mellom de ulike aktørene

5.4.3.2 *Nytte for helsepersonell*

- Det blir enklere for aktører å samhandle om og med innbyggere som har rett til en individuell plan

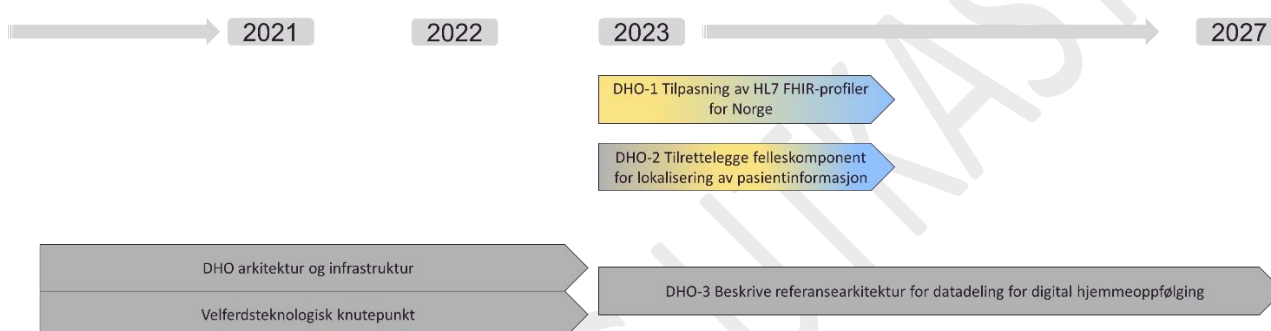
5.4.3.3 *Legge grunnlag for å utveksle informasjon på tvers av virksomheter/enheter*

- En slik tjeneste vil være en av de få som er vurdert for steg 2, som understøtter samhandling på tvers av sektorer

6 Digital hjemmeoppfølging

I digital hjemmeoppfølging er det nødvendig at relevant informasjon fra medisinsk utstyr hos pasienten deles med involvert helsepersonell på en effektiv og sikker måte. For å oppnå dette må flere IT systemer kobles sammen, helt fra medisinsk utstyr hos pasient til fagsystem hos helsepersonell. Dette vil skje gjennom datadeling og det forutsetter standardisering.

Direktoratet for e-helse har anbefalt bruk av HL7 FHIR for samhandling for datadeling i helsesektoren. Profiler innunder FHIR-standardene skal spesifiseres der behovene er. Dette arbeidet er i gang, men profiler utvikles ikke i takt med behovene. Flere opplever at terskelen er høy og læringskurven bratt. Dette gir en risiko for dobbeltarbeid og at det utvikles forskjellige profiler for de samme behovene. Dette er ikke hensiktsmessig hverken for sektoren eller for leverandørmarkedet. Det er derfor nødvendig å koordinere arbeid med FHIR-profilering i sektor og etablere en nasjonal struktur med tilhørende ansvarsmodell for FHIR-profiler.



Figur 20 Tidslinje for tiltak knyttet til tiltaksområdet Digital hjemmeoppfølging

6.1 DHO-1 Tilpasning av HL7 FHIR-profiler for Norge

6.1.1 Måloppnåelse

6.1.1.1 Beskrivelse

Tiltaket skal etablere en nasjonal struktur som sikrer at arbeid med FHIR-profilering i sektor er koordinert opp mot til enhver tid gjeldende nasjonale veiledere og anbefalinger, og at gjennomprøvde profiler tilgjengeliggjøres for andre prosjekter og aktører. Tiltaket skal gi aktører i sektoren og leverandørmarkedet et kontaktpunkt for informasjon og støtte til deres arbeid med FHIR-profilering. Tiltaket skal også utvikle en omforent modell for ansvarsfordelingen for bruk og forvaltning av FHIR. Modellen skal blant annet dekke utvikling og forvaltning av profiler, og godkjenning av implementeringer.

Det eksisterer en metode for utvikling av FHIR-områdeprofiler: [Metode for utvikling av HL7 FHIR områdeprofiler - ehelse](#). Dette tiltaket skal innføre metoden for å utvikle og prosessen for å ta i bruk FHIR-områdeprofiler i helse- og omsorgssektoren. Det vil være prioritert å bidra til utvikling av profiler for digital hjemmeoppfølging, digitale behandlingsplaner og egenbehandlingsplaner, samt andre samhandlingsprosjekter som er i en tidlig fase. Tiltaket skal gjennomføres i tett dialog med HL7 Norge og leverandørmarkedet for å tilrettelegge for at EPJ og andre fagsystemer kan utveksle strukturert helseinformasjon.

Målgruppen for dette tiltaket er aktører og relevante leverandører til helse- og omsorgssektoren.

6.1.1.2 Veikartfase



Figur 21: Verdikjedefaser for tiltaket

6.1.1.3 Resultatmål

- En nasjonal struktur for å koordinere og håndtere FHIR-profiler er beskrevet og omforent med sektor
- Arbeid innen minst fem områdeprofiler er koordinert og erfaringer fra gjenbruk er dokumentert og publisert
- Beste praksis er beskrevet og det er laget opplærings- og informasjonsmateriell for fagekspertene som skal gå i gang med å utvikle FHIR-profiler.
- Minst tre EPJ-leverandører har implementert nye norske FHIR-profiler i sin løsning

6.1.1.4 Effektmål

- Raskere utvikling og innføring av samhandlingsløsninger ved bruk av FHIR-profiler
- Bedre kvalitet på opplysninger som utveksles via samhandlingsløsninger

6.1.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

FHIR-løftet tilrettelegger for nasjonal samhandling for datadeling, men realiserer ikke direkte noen informasjonsbehov og ble derfor ikke vurdert som del av sektorens prioritering, jf. [bilag G2 helhetlig samhandling](#).

En kartlegging utført av Direktoratet for e-helse våren 2021¹ gir klare signaler fra sektor om behov for koordinering på et nasjonalt nivå.

6.1.1.6 Informasjonstjenester og -behov

Alle informasjonstjenester som baserer seg på strukturert informasjon kan ha nytte av dette tiltaket:

- Klinisk oppsummering
- Problem/diagnose og behov
- Plan
- Pågående og gjennomførte prosedyrer og behandlinger
- Tjenester, ytelser og hjelpemidler
- Legemidler og vaksiner
- Immunisering (status)
- Kritisk informasjon
- Undersøkelser, målinger og funn
- Multimedia og MTU-målinger
- Journaldokumenter
- Kliniske bakgrunnsopplysninger
- Pasientdemografi
- Personvern
- Innbyggers opplysninger og ønsker
- Oversikt over tilgjengelige tjenester og tilbud
- Klinisk kunnskap

- Bestilling og svar (lab)
- Henvisning, epikriser mm
- Anmodning om tjeneste
- Kommunikasjon ved saksbehandling
- Rapportering administrativt
- Team og møteadministrasjon
- Video
- Tekstlig dialog

6.1.2 Beskrivelse av omfang (kostnader)

6.1.2.1 *Samhandlingsevne*

6.1.2.1.1 Juridisk

Foreløpig vurdering: ingen juridiske konsekvenser av dette tiltaket.

6.1.2.1.2 Organisatorisk

For hver FHIR-profil må arbeidsprosessen og use-casene avklares, blant annet mellom helse- og omsorgssektoren, HL7 Norge og NHN.

6.1.2.1.3 Semantisk

Ved utvikling av nye FHIR-profiler kreves det arbeid med kodeverk og terminologi (felles språk)

6.1.2.1.4 Teknisk

Implementering av nye FHIR-profiler krever også endring av løsningene som skal ta profilene i bruk, blant annet EPJ-systemene. Det er derfor viktig at profilene i størst mulig grad er like slik at leverandørenes tilpasninger kan gjenbrukes.

6.1.2.2 *Forutsetninger og avhengigheter*

- Tiltaket må sees i sammenheng med [samarbeidet om beste praksis](#) som allerede pågår med HL7 Norge
- Dette tiltaket bør sees i sammenheng med andre prosjekter innen samhandling
 - Avhengigheter til felles språk ved utvikling av nye FHIR-profiler

6.1.3 Nytte

6.1.3.1 *Nytte for pasienter/innbyggere*

- Ingen direkte nytte for pasienter / innbyggere

6.1.3.2 *Nytte for helsepersonell*

- Ingen direkte nytte for pasienter / innbyggere

6.1.3.3 *Legge grunnlag for å utveksle informasjon på tvers av virksomheter/enheter*

- Ved bruk av FHIR-profiler går det raskere for aktører i helsesektoren og leverandører å utvikle og innføre samhandlingsløsninger
- Økt gjenbruk av FHIR-profiler bidrar til høyere kvalitet på opplysninger som utveksles via samhandlingsløsninger

6.2 DHO-2 Tilrettelegge felleskomponent for lokalisering av pasientinformasjon

6.2.1 Måloppnåelse

6.2.1.1 Beskrivelse

Tiltaket skal gjøre PIL modent for realisering. Dette innebærer at behov, konsept og kost/nytte vurderes. Ambisjonsnivået for valg av pasientopplysninger (for eksempel måldata, bildeundersøkelser eller labdata) og detaljering av disse, samt arkitektur og valg av standarder må avklares. Det må også tas stilling til om lagring av slik informasjon krever eget behandlingsgrunnlag i form av en forskrift.

PIL er ikke en sluttbrukerløsning, men en teknisk komponent som vil brukes av andre løsninger, for eksempel journalsystemer eller samhandlingsløsninger.

6.2.1.2 Veikartfase



Figur 22: Verdikjedefaser for tiltaket

6.2.1.3 Resultatmål

- Målarkitekturen for datadeling i helse- og omsorgstjenesten er oppdatert med PIL
- Utviklet / anskaffet og innført PIL som muliggjør datadeling for digital hjemmeoppfølging og som kan gjenbrukes for datadeling innenfor andre områder i helse- og omsorgssektoren
- Gjennomført piloter for bruk av PIL fra et utvalg løsninger relevante for DHO

6.2.1.4 Effektmål

- Reduserte utviklings- og forvaltningskostnader ved utvikling av løsninger som har behov for distribuert søk
- Pasientopplysninger som er lagret distribuert er enklere og mer effektivt tilgjengelig på tvers av virksomheter. Løsningen gjør det også enklere å utføre komplette søk
- Informasjon som ellers er utilgjengelig, vil kunne nås av denne løsningen og dermed gjøre informasjonsgrunnlaget for beslutninger om pasientbehandling bedre

6.2.1.5 Informasjonstjenester og -behov

Det er i første rekke informasjonstjenester som har samhandlingsform «slå opp og tilgjengeliggjøre» som kan ha nytte av PIL, men også «endre og dele» kan ha nytte:

- Klinisk oppsummering
- Problem/diagnose og behov
- Plan
- Pågående og gjennomførte prosedyrer og behandlinger
- Tjenester, ytelser og hjelpemidler
- Legemidler og vaksiner
- Immunisering (status)
- Kritisk informasjon
- Undersøkelser, målinger og funn

- Multimedia og MTU-målinger
- Journaldokumenter
- Kliniske bakgrunnsopplysninger
- Pasientdemografi
- Personvern
- Innbyggers opplysninger og ønsker
- Oversikt over tilgjengelige tjenester og tilbud
- Klinisk kunnskap

6.2.1.6 Samsvar med sektorens prioriteringer

PIL er en nasjonal felleskomponent og ble ikke vurdert som en del av sektorens prioritering, jf. [bilag G2 helhetlig samhandling](#). PIL er imidlertid en forutsetning for at flere av de prioriterte informasjonsbehovene skal la seg realisere.

6.2.2 Beskrivelse av omfang (kostnader)

6.2.2.1 Samhandlingsevne

6.2.2.1.1 Juridisk

Foreløpig vurdering: de juridiske konsekvensene vil være avhengig av hvordan løsningen realiseres.

6.2.2.1.2 Organisatorisk

Det vil ikke være noen større organisatoriske konsekvenser for sluttbrukerne. Organisatoriske konsekvenser mht. drift og vedlikehold vil være avhengig av løsningsdesign.

6.2.2.1.3 Semantisk

Standardiserte FHIR-profiler innenfor en rekke ulike områder må lages og tas i bruk, avhengig av ambisjonsnivået for løsningen.

6.2.2.1.4 Teknisk

De tekniske konsekvensene vil være avhengig av løsningsdesign. Det vil uansett være nødvendig å enten anskaffe eller utvikle den tekniske løsningen. I tillegg må leverandører tilpasse sine systemer for å henholdsvis oppdatere og spørre mot PIL.

6.2.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Avhengighet til at leverandørene tilpasser sine systemer til PIL
- Avhengighet til utvikling av FHIR profiler (DHO-1 FHIR-løftet)

6.2.3 Nytte

6.2.3.1 Nytte for pasienter/innbyggere

- Styrket personvern ved at innbyggere enklere kan få oversikt over hvor det finnes helseopplysninger om en selv

6.2.3.2 Nytte for helsepersonell

- Raskere og enklere tilgang for helsepersonell til komplett informasjon om en innbygger

6.2.3.3 Legge grunnlag for å utveksle informasjon på tvers av virksomheter/enheter

- Reduserte utviklings- og forvaltningskostnader ved utvikling av løsninger som har behov for distribuert søk
- Raskere implementering av samhandlingstjenester som forutsetter eller tilbyr søk på tvers av kilder

- Mindre ressurskrevende forvaltning av informasjonen ved oppdatering eller sletting, sammenlignet med en sentralisert løsning som lagrer kopi av alle opplysninger

6.3 DHO-3 Beskrive referansearkitektur for datadeling for digital hjemmeoppfølging

6.3.1 Måloppnåelse

6.3.1.1 Beskrivelse

Tiltaket innebærer å definere en omforent overordnet arkitektur for datadeling som skal brukes i digital hjemmeoppfølging. Arkitekturen skal beskrive hvilken samhandlingsfunksjonalitet som skal realiseres nasjonalt og hvilke som må dekkes gjennom regionale og lokale anskaffelser. I tillegg må det avklares om pasientopplysningene skal lagres lokalt eller sentralt.

I dette arbeidet vil eventuelle etablerte samhandlingstjenester kunne prøves ut i praksis, som blant annet utvidet Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP), Universell Pasientinformasjonslokalisator (PIL), samt løsning for endring og deling av digital behandlings- og egenbehandlingsplan. Utprøvningsprosjektene vil også bidra til utvikling og verifisering av datadelingsgrensesnitt basert på FHIR.

6.3.1.2 Veikartfase



Figur 23: Verdikjedefaser for tiltaket

6.3.1.3 Resultatmål

- Det foreligger en konseptutredning som gir tilstrekkelig grunnlag for utvikling av komponenter eller plattform digital hjemmeoppfølging. Konseptutredningen skal minimum inneholde:
 - Omforent referansearkitektur for datadeling mellom løsninger som pasienten benytter i digital hjemmeoppfølging og e-helseløsninger som helsepersonell benytter i behandlingsskjeden. Arkitekturen skal inkludere beskrivelse av aktuelle komponenter.
 - Kost/nytte-vurdering pr. komponent
 - Prioritering av utviklingsrekkefølge for komponenter

6.3.1.4 Effektmål

- Enklere spesifisering av anskaffelser av komponenter for datadeling i helse- og omsorgssektor
- Økt forutsigbarhet for leverandørmarkedet
- Raskere vei til gevinster ved bruk av digital hjemmeoppfølging
- Økt innovasjon i digital hjemmeoppfølging
- Mindre uønsket variasjon i løsninger

6.3.1.5 Informasjonstjenester og -behov

Dette tiltaket vil bidra til en raskere realisering av en rekke av informasjonstjenestene, blant annet:

- Rapportering helsefag (Egenrapportering/ Skjema)
- Undersøkelser, målinger og funn
- MTU-målinger (Måledata)
- Klinisk oppsummering (Oppsummeringer)
- Tjenester, ytelser og hjelpemidler (Tjenester),

6.3.1.6 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket er en forutsetning for å realisere flere av informasjonsbehovene som er prioritert av sektoren, jf. [bilag G2 helhetlig samhandling](#).

6.3.2 Beskrivelse av omfang (kostnader)

6.3.2.1 Samhandlingsevne

6.3.2.1.1 Juridisk

Foreløpig vurdering: de juridiske konsekvensene vil være avhengig av hvordan løsningen realiseres. Spesielt gjelder dette om data skal forvaltes sentralt.

6.3.2.1.2 Organisatorisk

For de aktørene som deltar i utprøvningsprosjektene vil det kreves endringer i arbeidsprosesser for oppfølging av innbygger. Blant annet vil det være nødvendig å avklare roller og ansvar på tvers av omsorgsnivåer, og hvordan man kan ivareta helheten i oppfølgingen av innbygger. Tiltaket gjennomføres kun sammen med aktører i sektoren som allerede har besluttet, og er i gang med, prosjekter for innføring av digital hjemmeoppfølging. Ansvar for å avklare roller og ansvar på tvers av omsorgsnivåer i prosjektene vil være plassert hos de involverte aktørene.

6.3.2.1.3 Semantisk

Implementering av arkitekturen forutsetter spesifisering og utbredelse av FHIR profiler og spesifisering av felles språk.

6.3.2.1.4 Teknisk

De tekniske konsekvensene vil være avhengige av konseptvalg. Implementering av arkitekturen er avhengig av at berørte leverandører tilrettelegger sine produkter for datadeling. Dette innebærer i første rekke FHIR støtte og krav til informasjonssikkerhet.

6.3.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket skal gjennomføres i samarbeid med utvalgte pågående prosjekter innen DHO i hele helse- og omsorgssektoren
- Utprøvningsprosjektene vil fokusere på DHO, men resultatene vil gi verdi også til de fleste andre samhandlingsområder
- Det er flere aktører som allerede er i gang med løsninger for DHO. Disse initiativene må kunne videreføres til en fremtidig løsning. Dette forutsetter tett samarbeid med aktører i helse- og omsorgssektoren om pågående arkitekturarbeid og implementeringsprosjekter i kommuner og RHFene
- Tiltaket har også avhengigheter til andre pågående prosjekter som Digital behandlingsplan og egenbehandlingsplan, og TAG i PDS steg 1 (eksempler - API management, Felles tillitsmodell, HelseID utvidelse, PIL, Felles katalog)
- Tiltaket forutsetter tett samarbeid på tvers av fagmiljøer innen arkitektur, standardisering og kodeverk og terminologi, i og utenfor Direktoratet for e-helse

6.3.3 Nytte

6.3.3.1 *Nytte for pasienter/innbyggere*

- Tiltaket gir ikke direkte nytte, men vil på sikt gjøre det lettere å ta i bruk digital hjemmeoppfølging når arkitekturen etablert

6.3.3.2 *Nytte for helsepersonell*

- Tiltaket gir ikke direkte nytte, men vil på sikt gjøre det lettere å ta i bruk digital hjemmeoppfølging når arkitekturen etablert

6.3.3.3 *Legge grunnlag for å utveksle informasjon på tvers av virksomheter/enheter*

- Felles rammeverk gir forutsigbarhet for leverandørmarkedet som vil resultere økt innovasjonstakt og gjør det enklere for leverandører å få innpass og tilpasse sine løsninger til det norske markedet
- Enklere spesifisering av anskaffelser av komponenter for datadeling i helse- og omsorgssektor
- Mer høsting av data fra kilden og mindre manuell registrering gjør digital hjemmeoppfølging mindre ressurskrevende og fører til bedre opplysningskvalitet
- Mindre uønsket variasjon i løsninger

FORELØPIG UTKAST

7 Felles hjelpenummer

Forprosjektet vurderer at felles hjelpenummer ikke skal være en del av steg 2. Dette på tross av tiltaket sannsynligvis er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Det er forprosjektets vurdering at direktoratet, på bakgrunn av Skatteetatens utredning, bør vurdere om felles hjelpenummer bør inngå i et steg 3 i digital samhandling, eventuelt forseres som en del av TAG eller et prosjekt i linjen.

Behov for felles hjelpenummer innenfor helsesektoren:

Nyfødte, personer uten kjent identitet og utenlandske personer med tilknytning til Norge som ikke kvalifiserer for fødselsnummer eller d-nummer mottar et lokalt hjelpenummer dersom de skulle ha behov for helsehjelp i Norge. Det utstedes i overkant av 100 000 lokale hjelpenumre i spesialisthelsetjenesten året. Det lokale hjelpenummeret som opprettes er kun gyldig innenfor EPJ systemet og ved overføring til en annen helseinstitusjon må det opprettes et nytt lokalt hjelpenummer. Dette gjør det krevende å få tilgang på, utveksle og sammenstille informasjon på tvers av helseinstitusjonene.

Håndteringen av testing og smittesporing under koronapandemien har økt behovet for å utstede en entydig personidentifikator. Lokale hjelpenummer er blitt brukt for å dekke dette behovet, og det skrives nå ut et tredobbelt antall lokale hjelpenumre.

Direktoratet for e-helse har tidligere vurdert behovet for felles hjelpenummer og utarbeidet prosjektbegrunnelsen «Felles hjelpenummer og ny PID». Det er kommet forslag om å inkludere denne i steg 2 av digital samhandling.

Behov for nasjonal 3. personidentifikator:

Flere myndigheter har uttrykt behov for personidentifikator utover fødselsnummer og d-nummer. Stortinget har vedtatt at utvidelse av antall personidentifikatorer er av strategisk betydning for Folkeregistermyndigheten. I et supplerende tildelingsbrev i april i år gav stortinget skatteetaten i ansvar å gjennomføre en utredning for å vurdere hvorvidt behovet for en nasjonal personidentifikator utover d-nummer og fødselsnummer bør løses av egne sektorbaserte løsninger eller en ny tredje personidentifikator i Folkeregisteret. Utredningen skal leveres 15. oktober 2021.

E-helses deltagelse i 3. personidentifikator utredning:

E-helse og NHN har gitt sine innspill til skatteetatens utredning. Når skatteetaten har levert sin utredning 15. oktober 2021 tar e-helse direktoratet utgangspunkt i konseptet som blir anbefalt og oppdaterer sitt styringsdokument «Felles hjelpenummer og ny PID». Det er rimelig å anta at nasjonalt helsenummer vil gi merverdi for helse- og omsorgstjenesten.

Vurdering av felles hjelpenummer som en del av steg 2:

Ihht. Til prioriteringsmodellen utarbeidet av forprosjektet er det et krav om at tiltakene som vurderes som en del av steg 2 må være modne, forankret i veikartet, ha et klart konsept samt bidra til å løse informasjonsbehov og realisere hele eller deler av en informasjonstjeneste.

Det kan argumenteres for at felles hjelpenummer er et grunnmurstiltak som er nødvendig for å realisere flere av informasjonstjenestene i målbildet for helhetlig samhandling. Det vil i seg selv også realisere et av de identifiserte informasjonsbehovene

Samtidig kan det argumenteres for at felles hjelpenummer ikke er en del av veikartet, og således ikke er en del av omfanget til forprosjektet for steg 2. HOD har i oppdatert tilleggsbrev bedt forprosjektet om å fokusere på tiltak i veikartet for nasjonale e-helseløsninger.

Videre vurderer forprosjektet at felles helsenummer ikke er tilstrekkelig modent til å bli en del av steg 2. Det er ikke tatt et valg om hvorvidt nasjonal 3. personidentifikator skal innføres nasjonalt i

regi av Folkeregisteret eller innføres lokalt innad i hver sektor. Dette vil først være klart når utredningen fra Skatteetaten er klar.

Det er derfor forprosjektets vurdering av at felles hjelpenummer ikke skal være en del av steg 2. Dette på tross av at det rimelig å anta at tiltaket er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Det er videre forprosjektets vurdering at det på bakgrunn av Skatteetatens utredning bør vurderes om felles hjelpenummer bør inngå i et steg 3, eventuelt løses som en del av TAG eller et prosjekt i linjen.

FORELØPIG UTKAST