

Ekstra møte i Nasjonalt e-helsestyre	
<i>Møte</i>	5/2021
<i>Dato</i>	4. november
<i>Tid</i>	Kl. 10.00 – 12.00
<i>Sted</i>	Videomøte
<i>Medlemmer</i>	Inger Cathrine Bryne (Helse Vest RHF) Bjørn-Atle Hansen (Alta kommune) Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Kjell Wolff (Bergen kommune) Cecilie Daae (Helse Nord RHF) Lilly Ann Elvestad (FFO) Terje Rootwelt (Helse Sør-Øst RHF) Mina Gerhardsen (Nasjonalforeningen for folkehelsen) Mariann Hornnes (Direktoratet for e-helse) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Jan Arild Lyngstad (Helsedirektoratet) Steffen Sutorius Gun Peggy Knudsen (Folkehelseinstituttet) (Digitaliseringsdirektoratet) Kristin W. Wieland (KS) Lill Sverresdatter Larsen (Norsk Sykepleierforbund) Svein Lyngroth (Oslo kommune) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune)
<i>Observatører</i>	Johan Ronæs (Norsk Helsenett SF)

Sak	Agenda Nasjonalt e-helsestyre	Tidspunkt	Sakstype
30/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden	10:00	Godkjenning
31/21	Forprosjekt for digital samhandling steg 2	10:05	Drøfting
32/21	Eventuelt	11:55	

Sak	Tema	Sakstype
30/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden.	
31/21	Forprosjekt for digital samhandling steg 2	Drøfting
	Direktoratet for e-helse ønsker å drøfte med Nasjonalt e-helsestyre foreløpige vurderinger for steg 2 i digital samhandling, særlig knyttet til prioritering av løsningsforslag samt prinsipper for styring og gjennomføring.	Vedlegg 1: Toppnotat Forprosjekt for digital samhandling steg 2 Vedlegg 1A: Beskrivelse av vurderte tiltak til steg 2 v08
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre drøftet saken og ba programmet ta med seg innspillene i det videre arbeid og drøfte problemstillingene videre med programstyret for digital samhandling. Forslag til SSD v 0.9 for Digital samhandling steg 2 vil før leveranse til HOD løftes til Nasjonalt e-helsestyre (i møte 9. desember) og programstyret for digital samhandling.	
32/21	Eventuelt	

Til Møte 5/21
Dato 04.11.2021
Saksnummer 31/21
Type Drøfting

Fra Hans Löwe Larsen
Saksbehandler Erik Hovde

Forprosjekt for digital samhandling steg 2

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre drøftet saken og ba programmet ta med seg innspillene i det videre arbeid og drøfte problemstillingene videre med programstyret for digital samhandling.

Forslag til SSD v 0.9 for Digital samhandling steg 2 vil før leveranse til HOD løftes til Nasjonalt e-helsestyre (i møte 9. desember) og programstyret for digital samhandling.

Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse ønsker å drøfte med Nasjonalt e-helsestyre foreløpige vurderinger for steg 2 i digital samhandling, særlig knyttet til prioritering av løsningsomfang samt prinsipper for styring og gjennomføring.

1. Bakgrunn

Direktoratet for e-helse fikk i desember 2019 oppdrag om å gjennomføre forprosjekt for digital samhandling steg 2 med leveranse av sentralt styringsdokument (SSD) i løpet av desember 2021. Omfanget for digital samhandling steg 2 tar utgangspunkt i målbildet for helhetlig samhandling og veikart for nasjonale e-helse-løsninger. Tiltakene adresserer behovene for informasjonsdeling og samhandling mellom aktørene i helsesektoren og steg 2 vil bidra til å realisere viktige pågående tiltak.

Programstyret for digital samhandling har vært styringsgruppe for prosjektet og fulgt arbeidet tett. Forprosjektet har vurdert aktuelle tiltak med utgangspunkt i eksisterende veikart for nasjonale e-helseløsninger og helsepolitiske mål. Arbeidet gjøres i samarbeid med prosjekt/program for de pågående tiltakene i veikartet.

Det sentrale styringsdokumentet utarbeides i tråd med statens prosjektmodell, jf. FINs rundskriv R-108/19 og sentrale føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet.

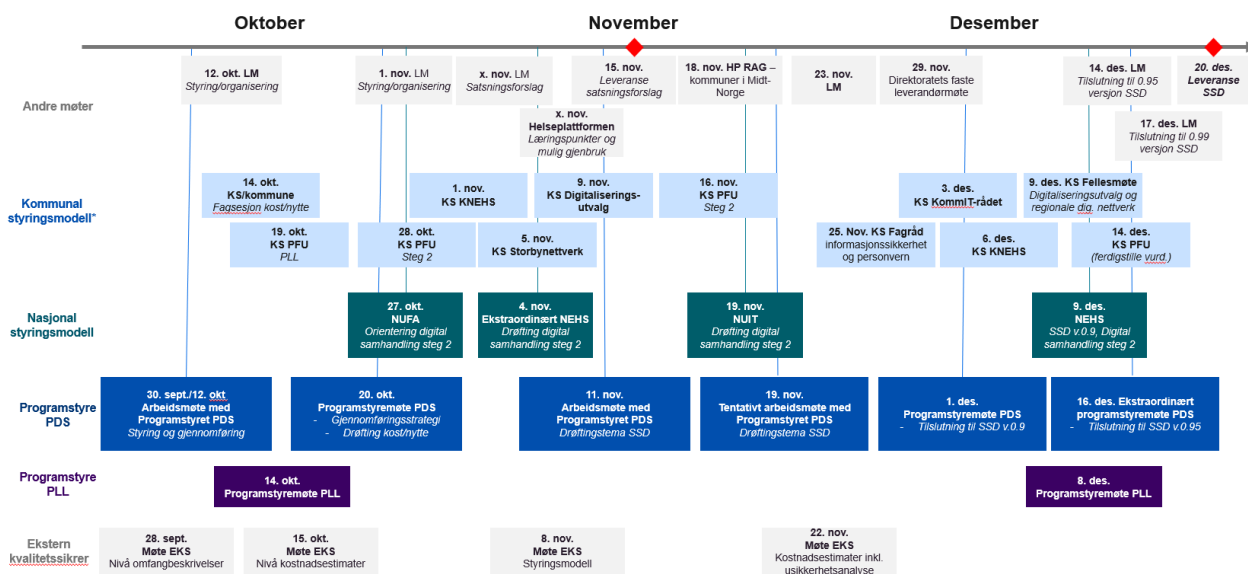
Finansieringsmodell og endelig kostnadsfordeling vil kunne påvirke styring og organisering av steg 2. Det er i dialog med HOD avklart at utarbeidelse av finansieringsmodeller, herunder kostnadsfordeling mellom aktørene, vil håndteres av departementet selv. Foreløpig legger forprosjektet til grunn statens utgangspunkt for kostnadsfordeling:

- investeringskostnaden for helhetlig samhandling utover steg 1 skal fordeles mellom regionale helseforetak og kommuner.

- myndighetsoppgaver og programaktiviteter finansieres av staten. Det skal gjøres en nærmere avgrensning i forprosjektet på hva som skal defineres som myndighetsoppgaver og programaktiviteter.
- kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold dekkes av regionale helseforetak og kommuner.

Videre prosess

Forslag til prosess videre frem til leveranse av sentralt styringsdokument er illustrert under i Figur 1. Tema som diskuteres i dette møtet vil diskuteres videre med programstyret for digital samhandling i arbeidsmøte 11. november. Programstyret for digital samhandling mottar også kopi av dette saksnotatet.



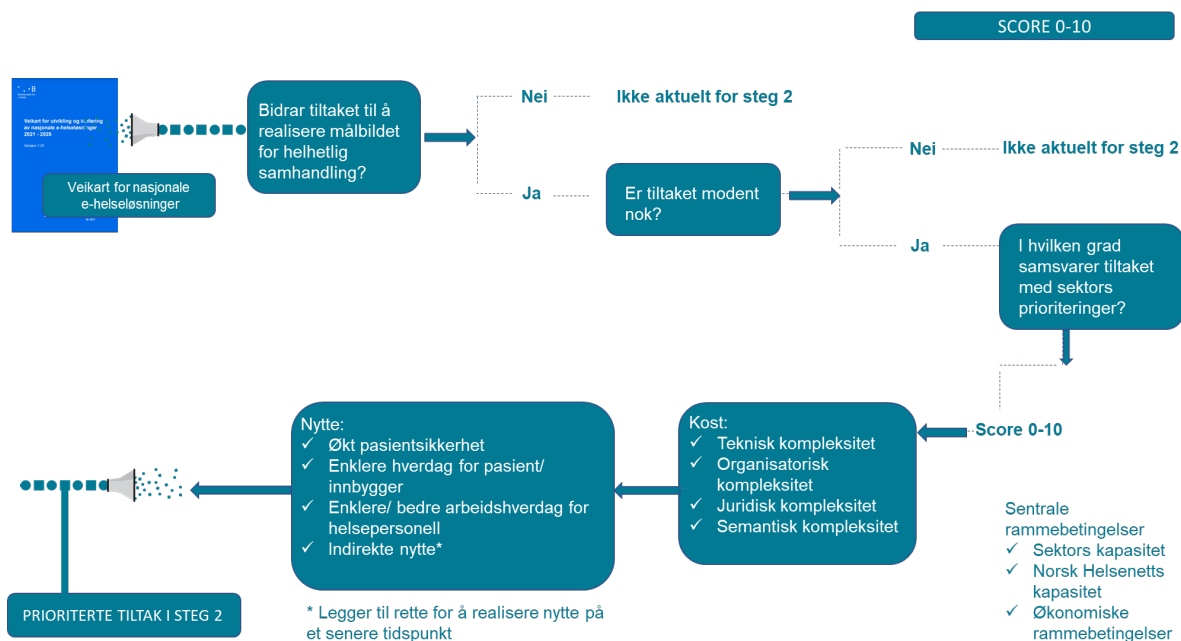
Figur 1 Forslag til videre prosess frem til leveranse av sentralt styringsdokument (SSD) i desember 2021. Vennligst merk at møter i kommunal styringsmodell er under avklaring.

2. Prioriteringsmodell

Forprosjektet har utarbeidet en modell for å prioritere hvilke tiltak som bør inngå som en del av steg 2 i program for digital samhandling. Modellen er et verktøy for å systematisere og synliggjøre fordeler og ulemper basert på utvalgte kriterier. Kriteriene er satt av forprosjektet og modellen er diskutert med programstyret for digital samhandling

Forprosjektet mener det er nødvendig å prioritere mellom de ulike tiltakene på grunn av både budsjett- og ressursbegrensninger. Det vil bli vurdert hva partene i sektoren har kapasitet til å ta imot og innføre. Det legges opp til en stegvis tilnærming hvor hvert steg inneholder tiltak i prioritert rekkefølge.

Figur 2 viser prioriteringsmodellen som er utarbeidet av forprosjektet. Den er delt i *inngangskriterier* på venstre side og *prioriteringskriterier* på høyre side. Inngangskriteriene avgjør hvorvidt tiltak er relevant for steg 2, det vil si de må ligge i veikart for nasjonale e-helseløsninger, bidra til å realisere målbildet for helhetlig samhandling og være modne nok til å kunne planlegges for å være aktuelle for steg 2. Dersom tiltaket tilfredsstiller inngangskriteriene, kan det sees relativt opp mot andre tiltak ved hjelp av prioriteringskriteriene. Modellen baserer seg på prinsipper for kost-nytte, men foreløpig kun kvalitative vurderinger.



Figur 2 Modell for prioritering av tiltak i forprosjekt for steg 2 i Program digital samhandling

3. Tilbakemeldinger fra ekstern kvalitetssikrer

Det er opprettet dialog med ekstern kvalitetssikrer (EKS) for å gi EKS kunnskap om sektoren og tiltakene og for å sikre at styringsdokumentet og dokumentasjonen av tiltakene kommer på riktigst mulig nivå. EKS har gitt skriftlig tilbakemelding på et prosjektnotat om omfangsbeskrivelser og nivået på disse beskrivelsene. Det har også vært en dialog om prosjektnedbrytningsstrukturen og detaljeringsnivået for kostnadsberegningene. EKS gir skriftlig tilbakemeldinger i form av et notat med kopi til både Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet.

Tilbakemeldingene fra EKS er gjennomgående konstruktive og nyttige i arbeidet med forprosjektet. Det pekes på viktigheten av å redegjøre for bakgrunnen og status for tiltakene, herunder målbildet og prioriteringer innenfor målbildet. Viktigheten av å vise hvorfor de ulike tiltakene er prioritert foran andre tiltak understrekes. Videre peker EKS på viktigheten av å vise sammenhengen mellom tiltakene som inngår i forprosjektet, herunder hvilke funksjonaliteter i tiltakene som overlapper med andre programmer og initiativ i både Direktoratet for e-helse og utviklingen av EPJ-systemene i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

I arbeidet med styringsdokumentet legges det særlig vekt på følgende innspill fra EKS:

- Det anbefales å identifisere og definere prioritert løsning for tiltakene i Steg 2. Dette defineres som den funksjonaliteten som gir størst nytte for helsepersonell og innbygger, og hvor nytten overstiger kostnaden.
- Omfangsstyring/leveransestyling, nytestyring og kostnadsstyring henger tett sammen, der omfanget må beskrives detaljert nok til at det kan utarbeides en bærekraftig styringsmodell.
- Grunnlaget for styring og prioritering må være tydelig, slik at en kan identifisere nyttevirkningen av eksemplvis å ta ut deler av leveransene.

EKS peker også på forhold ved forprosjektet som øker kompleksiteten. Her pekes det på at nytten av tiltaket primært hentes ut andre steder enn hos den som styrer prosjektet og at deltagelse, dvs bruk av leveranser/funksjonalitet, er basert på frivillighet. EKS anbefaler at en tilstrekkelig bred deltagelse

sannsynliggjøres i forprosjektet, at det etableres en tydelig plan for uttak av nytte, og at det sannsynliggjøres at en vil kunne ta i bruk de prioriterte løsningene. EKS oppfatter usikkerheten rundt hvorvidt sektor vil ta i bruk løsningene, og hvilke virkemidler som eventuelt kan benyttes, som den mest vesentlige risikoen. Kombinasjonen av frivillighet, samt at nytten ofte oppstår et annet sted enn der investeringene tas, bidrar særlig til dette.

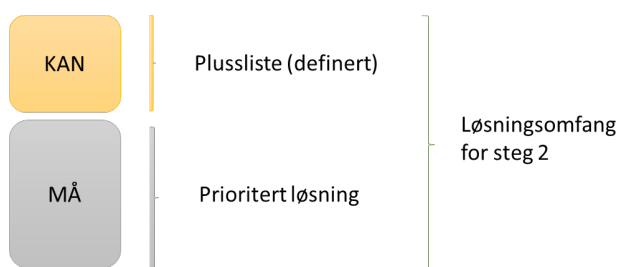
EKS sine påpekninger vurderes som svært relevante og samsvarer også med direktoratets tidligere vurderinger og anbefalinger om myndighetsoppgaver og finansieringsmodell. Direktoratet disponerer per i dag ikke tilstrekkelige virkemidler til å kunne redusere risikoen EKS peker på. Det er derfor vanskelig å sannsynliggjøre at løsningene/funksjonalitetene tas i bruk innfor de rammebetingelsene som skisseres i oppdragsbrevet for Steg 2. EKS mener videre at det må kunne garanteres et minimum av gevinstuttak og gevinstmottak innenfor en absolutt kostnadsramme. EKS mener dette krever en styringsmodell som gjør det mulig å prioritere på tvers av tiltakene. I en gjennomføringsmodell der de som skal innføre tiltakene bærer kostnadene ved innføring, vil mulighetene til å prioritere på tvers av tiltakene være svært begrenset.

4. Foreløpige vurderinger av løsningsomfang – tiltak som anbefales i steg 2 som prioritert løsning og plussliste og forslag til gjennomføringsplan

Hensikten med å beskrive løsningsomfanget er at prosjektet får presisert og avgrenset omfanget av den oppgaven det skal løse, og at prosjektets leveranser og delleveranser blir tydeliggjort. Arbeidet skal resultere i en prosjektnebdrytingsstruktur som beskriver hvordan prosjektets løsningsomfang er delt opp i styrbare pakker. Alle tiltakene som tilfredsstillende inngangskriteriene, er beskrevet mer detaljert i vedlegg Løsningsbeskrivelse v.0.8.

Arbeidet med løsningsomfang følger anbefalingene til EKS om en spesifisering av funksjoner og grensesnitt med klart definerte prioriterte løsninger for de ulike tiltakene. I arbeidet med prioriterte løsninger er det forsøkt å ivareta behovet for rask realisering av gevinster og nødvendigheten av mer langsiktige tiltak for å lykkes med målbildet for helhetlig samhandling.

Som det fremgår av Figur 3 er den prioriterte løsningen definert som den funksjonaliteten som gir størst netto nåverdi for helsepersonell og innbygger. Plusslisten viser hvilke tiltak som kan realiseres dersom prioritert løsning er på plass. Til sammen utgjør de to elementene løsningsomfanget for steg 2. Forprosjektet har også vurdert hvilke tiltak som ikke bør være en del av steg 2, men som kan realiseres som en del av steg 3. Dette er omtalt i kapittel 5.

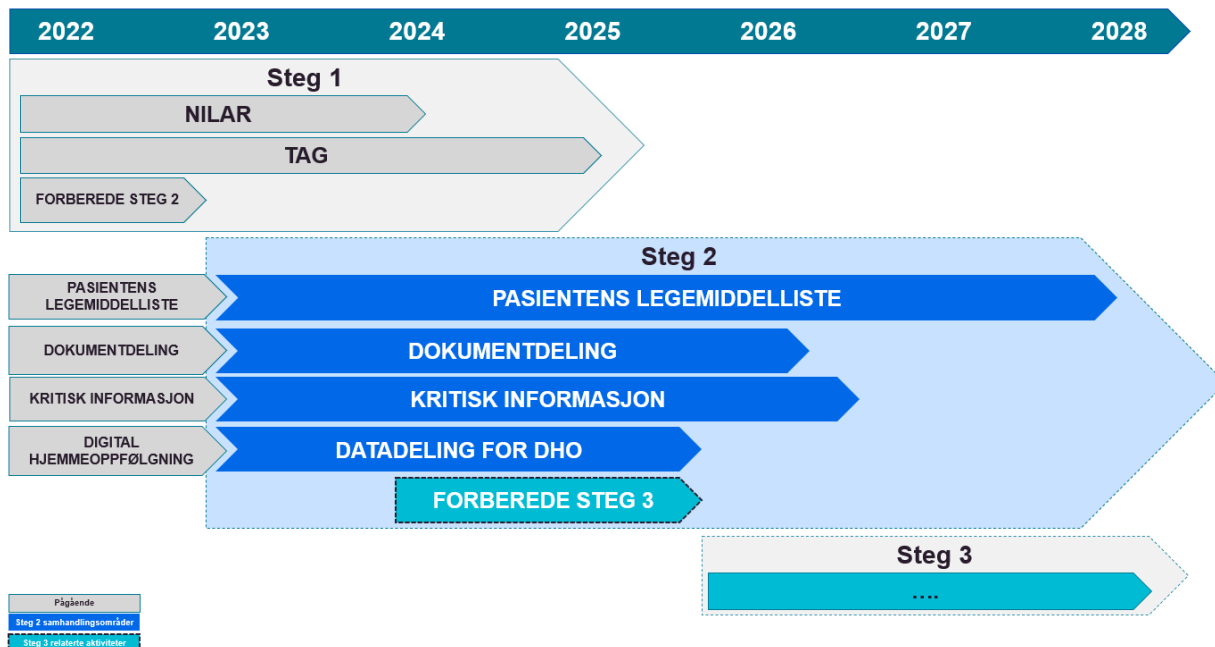


Figur 3 Sammenhengen mellom prioritert løsning og plussliste

Løsningsomfanget er videre beskrevet ut fra et funksjonelt og et tjenesteperspektiv. Det funksjonelle bildet beskriver hvilke tekniske kapabiliteter og egenskaper løsningen skal ha, mens tjenesteperspektivet beskriver hvilke aktører som tar løsningen i bruk. Kapitlene nedenfor viser prioritert løsning og plusslisten for de tiltakene som inngår i steg 2.

En foreløpig vurdering av tidslinje for samhandlingsområdene i steg 2, og sammenhengen mellom steg 1 og steg 3 er oppsummert i Figur 4. En foreløpig vurdering av tidslinjen for aktiviteter innen hvert samhandlingsområde er beskrevet i de kommende kapitlene. Samhandlingsområdet digitale behandlings-

og egenbehandlingsplaner er ikke foreslått i steg 2 fordi Helsedirektoratet allerede har fått investeringsmidler til dette prosjektet over medfinansieringsordningen til Digitaliseringsdirektoratet.



Figur 4 Samlet oversikt over tidslinje for foreslåtte samhandlingsområder for steg 2 og avhengigheter

1) Pasientens legemiddelliste (PLL)

Tiltaket skal innføre pasientens legemiddelliste. Dette er svært høyt prioritert av aktørene i helse- og omsorgstjenesten, og forventes å gi høy nytte for både helsepersonell og innbygger. For å realisere disse gevinstene, vil det kreves endringer både i helsepersonells arbeidsprosesser, og i de IKT-verktøyene som understøtter disse arbeidsprosessene. Som følge av dette er det også forventet at PLL vil ha store kostnader, men netto nåverdien antas å være svært høy.

Tiltaket vil realisere nytte hos både spesialisthelsetjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenester og innbygger.

Forprosjektet anbefaler at tiltaket prioriteres svært høyt med følgende prioritert løsning:

Tabell 1 Prioritert løsning funksjonalitet og aktører for Pasientens legemiddelliste

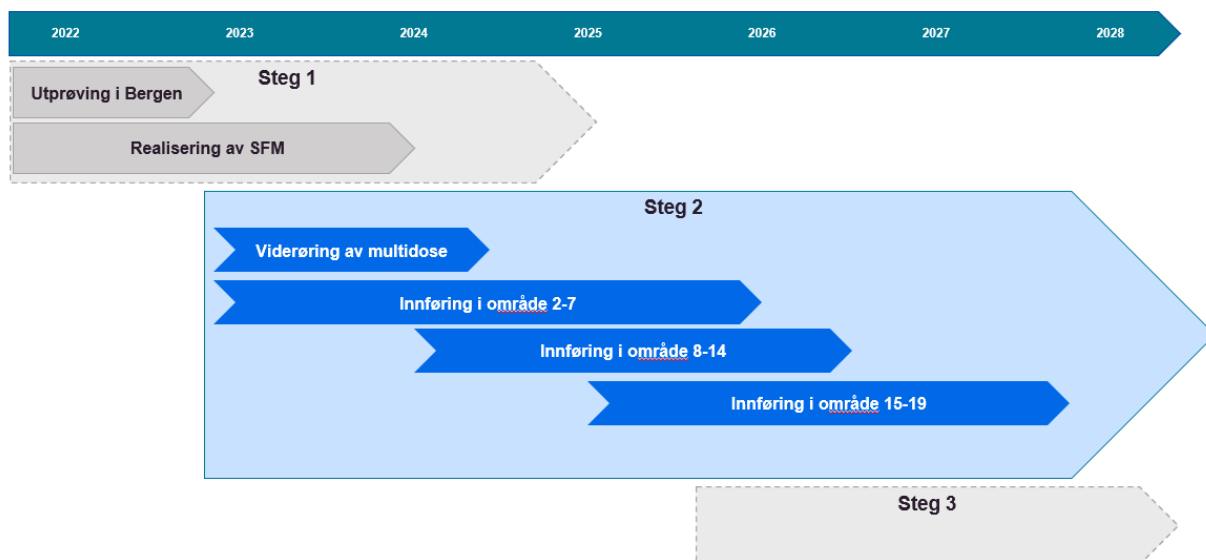
Prioritert løsning - funksjonalitet	Prioritert løsning - aktører
<ul style="list-style-type: none"> Liste over legemidler og kosttilskudd som pasientene, ifølge legen, til enhver tid bruker (reseptbelagte, reseptfrie) Oversikt over pasientens kritiske legemiddelreaksjoner (CAVE) Legens vurderinger av interaksjonsdata og av dobbeltforskrivninger Legens begrunnelse for endring i pågående behandling (medisinsk endring) Legens begrunnelse for seponering av legemiddelet 	<p>Følgende aktører tar i bruk PLL: fastlegekontor, sykehus, legevakt, avtalespesialister, sykehjem og hjemmetjeneste, ØHD/KAD, apotek og innbygger</p>

- Videreføring av multidose

Det er svært viktig for både helsepersonell og innbygger at PLL realiserer en oversikt over legemidler og kosttilskudd i bruk (LiB). LiB-listen vil sammen med en oversikt over pasientens kritiske legemiddelreaksjoner utgjøre hoveddelen av nytten som realiseres, og sees derfor på som en prioritert løsning. Det er startet et arbeid i steg 1 som skal avklare hvordan legemiddelreaksjoner som del av PLL og kritisk informasjon skal håndteres nasjonalt.

Forprosjektet mener det ikke er hensiktsmessig å etablere en prioritert løsning der bare noen enkeltaktører eller områder tar i bruk PLL. PLL vil uavhengig gi nytte for områder når løsningen tas i bruk. Gevinstene av PLL realiseres lokalt - rundt den enkelte pasient. De som samhandler om den enkelte pasienten, må ta pasientens legemiddelliste i bruk samtidig. Nyttene vil øke i takt med at flere og flere områder på tvers av landet innfører PLL og har felles legemiddelinformasjon og arbeidsprosesser. Løsningen innføres i område for område, og kan stoppes/endres dersom nytten ikke er tilstrekkelig.

En foreløpig gjennomføringsplan for PLL ligger i Figur 4



Figur 5 Foreløpig gjennomføringsplan for innføring av pasientens legemiddelliste

2) Dokumentdeling

Dokumentdeling er tilgjengeliggjøring av journaldokumenter i kjernejournal slik at helsepersonell gjennom grensesnitt (API) i egen journalløsning eller kjernejournal portal, kan slå opp i aktuelle dokumenter som er lagret hos andre aktører. Løsningen gir helsepersonell i både kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten mulighet til å slå opp i utvalgte dokumenter fra andre tjenestesteder, der man før innhentet informasjonen gjennom manuelle rutiner.

Dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører er allerede i gang i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest, og det vil dermed være gjort nødvendige investeringer for å tilgjengeliggjøre dokumentene i kjernejournal før 2023.

Foreløpige vurderinger viser at helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester har stor nytte av tilgang på spesialisthelsetjenestens dokumenter. Det bidrar blant annet til økt kvalitet og pasientsikkerhet, samt økt effektivitet i behandlingen.

Forprosjektet anbefaler at tiltaket prioriteres høyt med følgende prioritert løsning og plussliste.

Tabell 2 Prioritert løsning funksjonalitet og aktører, samt plussliste for dokumentdeling

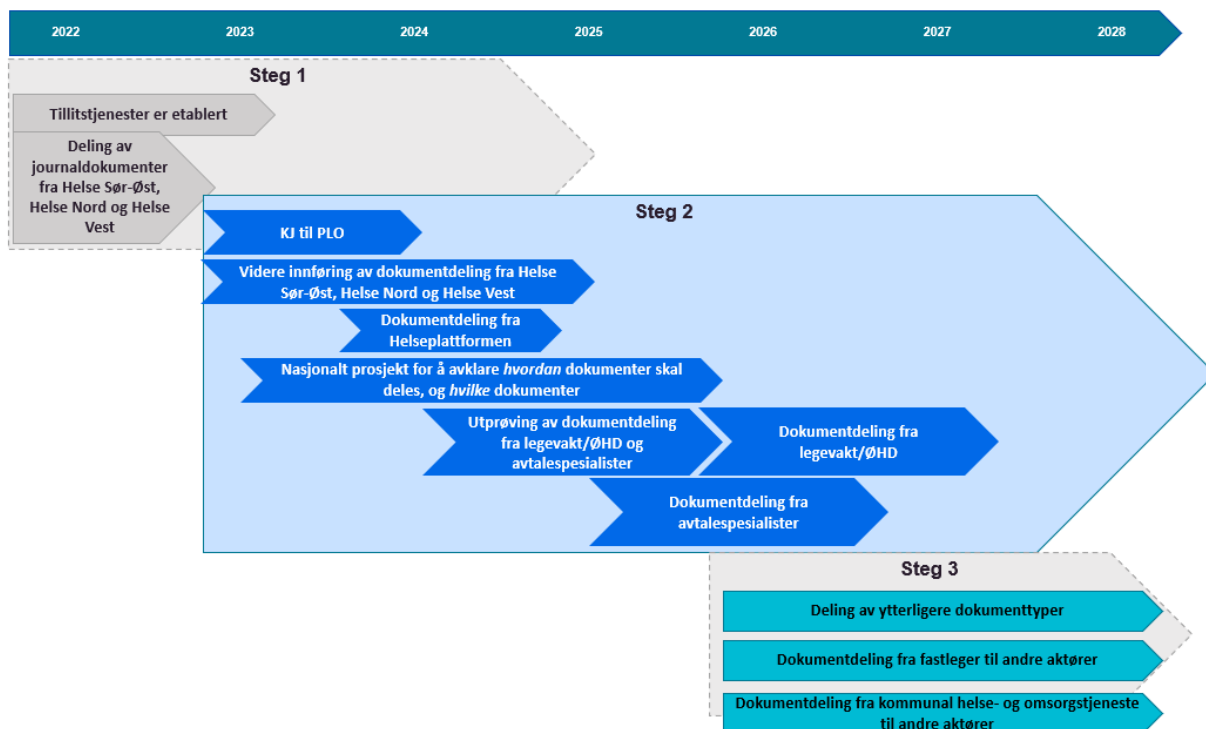
Prioritert løsning - funksjonalitet	Prioritert løsning - aktører	Plusslisten
<p>Alle RHF/HF-ene deler de samme dokumenttypene, valgt ut etter erfaring fra utprøving. (Helse Midt-Norge/ Helseplattformen vil ha andre dokumenttyper, som dekker samme behov.)</p> <p>Etablere et nasjonalt prosjekt med formål å definere hvordan andre aktører enn RHF/HF skal dele dokumenter. Prosjektet må også definere hvilken type dokumenter som skal deles.</p>	<p>Sikre at kjernejournal er tilgjengelig for kommunale pleie- og omsorgstjenester</p> <p>Videre innføring av dokumentdeling fra Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest slik at hele helsetjenesten har tilgang via kjernejournal</p> <p>Innføre dokumentdeling fra Helse Midt-Norge gjennom deling fra Helseplattformen slik at hele helsetjenesten har tilgang via kjernejournal</p> <p>Gjennomføre utprøving av dokumentdeling fra legevakt/ØHD og avtalespesialister</p>	<p>Innføring av dokumentdeling fra avtalespesialister slik at hele helsetjenesten har tilgang via kjernejournal</p> <p>Innføring av dokumentdeling fra legevakt/ØHD slik at hele helsetjenesten har tilgang via kjernejournal</p>

For at helsepersonell i kommunale pleie- og omsorgstjenester skal kunne lese dokumenter fra spesialisthelsetjenesten må de ha kjernejournal. Det er derfor viktig at kjernejournal er innført. Videre er det forprosjektets vurdering at dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten har stor nytteverdi, og at steg 2 bør ha et fokus på at helseforetak i alle regionene deler dokumenter. Som en prioritert løsning bør de dokumentene som prøves ut i dag deles, og den samme informasjonen bør også deles fra Helseplattformen.

Videre ser forprosjektet at det kan være stor nytte i å dele dokumenter fra andre aktører, som for eksempel fastlegen og legevakt/ØHD. Det er i dag imidlertid ikke avklart *hvordan* delingen skal foregå og *hvilke* dokumenter som skal deles. Det foreslås derfor som en prioritert løsning at steg 2 avklarer de to problemstillingene, og at det startes en utprøving av dokumentdeling fra legevakt/ØHD og avtalespesialister. Dette fordi legevakt/ØHD allerede har dokumenter de i form av legevaktsnotat og utskrivningsnotat, men fastlegene har ikke det på samme måte utenom evt henvisning.

Dokumentdeling fra avtalespesialistene og legevakt/ØHD forventes å gi positiv nytte for både kommuner, fastleger, helseforetak og innbygger. Dette er aktører som behandler svært mange pasienter og informasjonen som da finnes i deres dokumentasjon vil kunne ha stor nytte for flere enn de som mottar informasjonen som faste mottakere. For legevakt/ØHD dreier det seg om pasienter med nyoppståtte og ulike grader av akutte tilstander der andre tjenestesteder i kjeden vil ha nytte av hva slags vurderinger som er gjort, spesielt nylig. Et stort volum av spesialisthelsetjenestens polikliniske virksomhet utøves av avtalespesialister.

En foreløpig gjennomføringsplan for dokumentdeling ligger i Figur 5.



Figur 6 Foreløpig gjennomføringsplan for dokumentdeling

3) Kritisk informasjon

Kritisk informasjon er helseopplysninger om pasienten som det er viktig å kjenne til for å kunne gi en god og sikker helsehjelp. I dag kan kritisk informasjon registreres av leger og enkelte andre via en portalløsning for kjernejournal. Norsk Helsenett har ferdigstilt et grensesnitt for utveksling av kritisk informasjon med kjernejournal. Grensesnittet støtter de seks ulike kategoriene av kritisk informasjon som er spesifisert i standarden for kritisk informasjon. Helsepersonell skal da, gjennom egen journalløsning, kunne endre eller dele kritisk informasjon som lagres i kjernejournal. En utprøving av grensesnittet for kategorien overfølsomhetsreaksjoner er allerede i gang i Helse Vest. Det er startet et arbeid i steg 1 for å vurdere standard for kritisk informasjon i forhold til IPS (International Patient Summary).

Å dele kritisk informasjon er forventet å gi nytte for både helsepersonell og pasienter gjennom økt effektivitet og økt kvalitet og pasientsikkerhet. Pr 1.10.21 var det registrert 99 388 kritisk informasjon på 80 930 personer. Kjernejournal har anslått at det er ca 250.000 innbyggere med kritisk informasjon, selv om det er usikkerhet ved dette tallet. Det registreres ca 1300 nye personer med kritisk informasjon hver måned. API for direkte integrasjon regner man med vil øke hastigheten på registreringene og sikre bedre kvalitet i opplysningene.

Det er svært viktig for noen individer i enkeltsituasjoner at kritisk informasjon er tilgjengelig til rett tid. For disse personene kan nytten av løsningen være svært høy, og kan potensielt spare liv. Videre vil en løsning for å dele kritisk informasjon være viktig for å skape trygghet hos helsepersonell som står i en beslutningssituasjon. Hvor ofte det oppstår situasjoner der informasjonen ikke allerede er kjent, som for eksempel når pasienten er hos sin fastlege eller at pasienten kan kommunisere det selv i behandlingssituasjonen, er det likevel usikkerhet knyttet til.

Hvor ofte det oppstår situasjoner der informasjonen ikke allerede er kjent, som for eksempel når pasienten er hos sin fastlege eller at pasienten kan kommunisere det selv i behandlingssituasjonen, er det likevel usikkerhet knyttet til.

Forprosjektet anbefaler at tiltaket prioriteres moderat med følgende prioritert løsning og plussliste.

Tabell 3 Prioritert løsning funksjonalitet og aktører, samt plussliste for kritisk informasjon

Prioritert løsning- funksjonalitet	Prioritert løsning - aktører	Plusslisten
<p>Alle kategoriene for kritisk informasjon kan endres og deles via grensesnitt i Kjernejournal.</p> <p>Kategoriene må som et minimum være integrert med <i>det</i> viktigste systemet for kritisk informasjon hos hver aktør.</p> <p>Informasjon som er registrert som kritisk informasjon i ulike journalsystem migreres ikke, men informasjon som allerede er lagret i kjernejournal beholdes.</p>	<p>Fastleger og spesialisthelsetjenesten, inkludert avtalespesialister, prøver ut og tar i bruk grensesnitt for kritisk informasjon mot kjernejournal.</p>	<p>Sykehjem og ØHD/KAD prøver ut og etablerer grensesnitt for kritisk informasjon mot kjernejournal.</p>

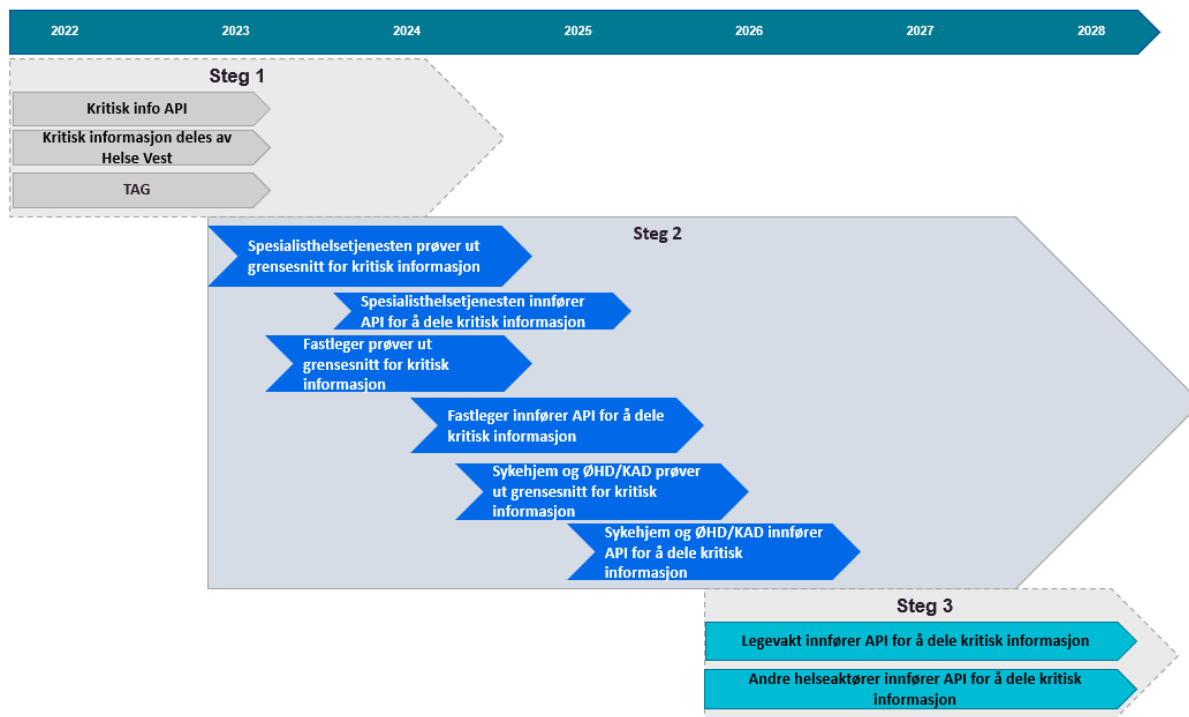
Det er forprosjektets vurdering at i prioritert løsning for kritisk informasjon så bør alle kategorier av kritisk informasjon kunne endres og deles via grensesnitt i Kjernejournal hos fastleger og spesialisthelsetjenesten, inkludert avtalespesialister. Det har vært vurdert om det er hensiktsmessig å ha en prioritert løsning der det lages grensesnitt for kun enkelte av kategoriene, men vi anbefaler ikke dette. Det har blitt brukt tid og ressurser på å etablere kategoriene og en endring av disse, kan minske troverdigheten til kritisk informasjon. Merkostnadene ved å inkludere etablerte kategorier i kritisk informasjon er marginale, og vil bidra til en høyere nytterealisering. Ved å inkludere samtlige kategorier fra oppstart kan også insentivene til å logge seg på kjernejournal og ta i bruk funksjonen øke noe. Det anbefales videre at kategoriene som et minimum må integreres med det systemet som registrerer mest kritisk informasjon hos hver aktør¹.

Det anbefales ikke å inkludere migrering av kritisk informasjon som er registrert i ulike journalsystem, men informasjon som allerede er lagret i kjernejournal bør beholdes. Migrering er utfordrende siden strukturene lokalt og nasjonalt er så ulike. Kostnadene ved å kvalitetssikre og overføre historiske data vurderes som svært høye, mens nytten vurderes som relativt liten.

Fastlegene og spesialisthelsetjenesten, inkludert avtalespesialister er de aktørene som registrerer mest kritisk informasjon, og er derfor i prioritert løsning.

En foreløpig gjennomføringsplan for kritisk informasjon ligger i Figur 6.

¹ Dette gjelder i størst grad spesialisthelsetjenesten som ofte har flere fagsystemer som registrerer kritisk informasjon



Figur 7 Foreløpig gjennomføringsplan for kritisk informasjon

4) Utvikling av nasjonale tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging

I dette tiltaket vil NHN trinnvis utvikle nasjonale tjenester for datadeling. Tjenestene skal kunne benyttes til forskjellige typer datadeling, både internt i virksomheter og mellom behandlingsnivåer, og må også kunne dekke datadelingsbehov mellom innbygger og helsepersonell knyttet til måleutstyr og pasientrapporterte skjema. Dette er et infrastrukturtiltak som vil legge til rette for et bedre fungerende marked og gjennom markedsmekanismer også kunne bidra til økt innovasjon og tjenesteutvikling. Det vil være en forutsetning for realisering av nytte i andre tiltak som benytter datadeling, eksempelvis tjenester for digital hjemmeoppfølging.

Forprosjektet anbefaler at tiltaket prioriteres høyt med følgende prioritert løsning og plussliste.

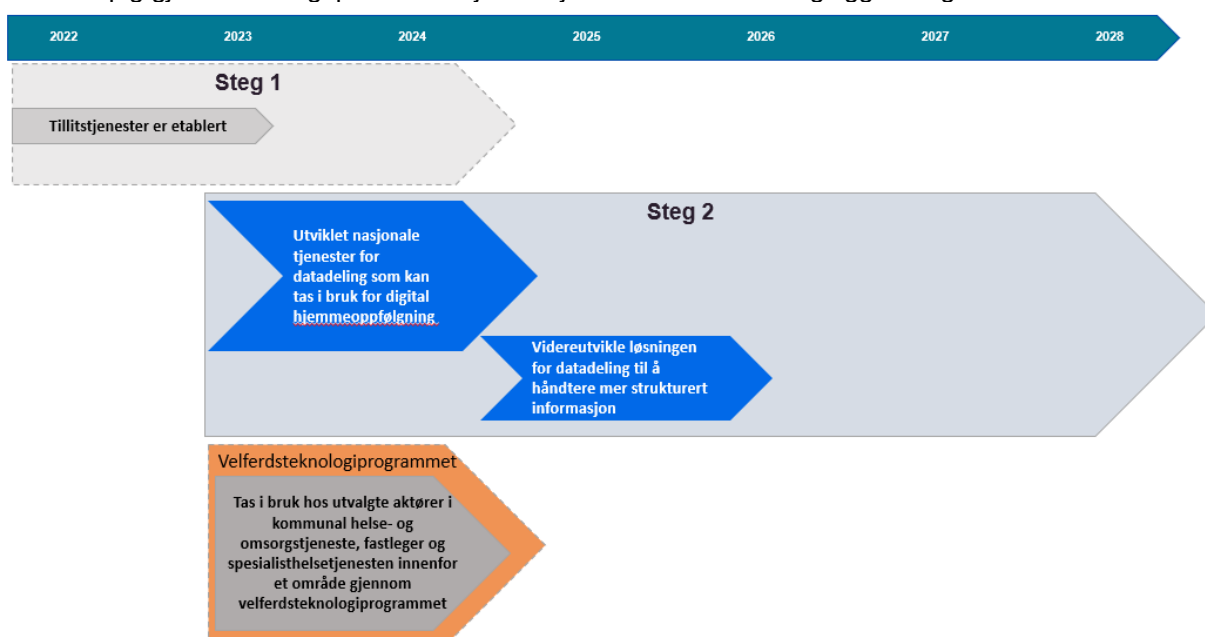
Tabell 4 Prioritert løsning funksjonalitet og aktører, samt plussliste for utvikling av nasjonale tjenester for datadeling

Prioritert løsning funksjonalitet	Prioritert løsning aktører	Plusslisten
<p>Utviklet nasjonale tjenester for datadeling som kan tas i bruk for digital hjemmeoppfølging.</p> <p>I første omgang skal løsningen fungere som et knutepunkt for datadeling mellom ulike fagsystemer og DHO-system, men der grensesnittene kun utveksler nødvendig informasjon om</p>	<p>Tas i bruk hos utvalgte aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste, fastleger og spesialisthelsetjenesten innenfor et område (gjøres gjennom velferdsteknologiprogrammet).</p>	<p>Videreutvikle løsningen for datadeling til å håndtere mer strukturert informasjon.</p>

kontekst (pasient, informasjonskategori etc)		
--	--	--

Det er forprosjektets mening at prioritert løsning bør omfatte en begrenset mengde data, men som minimum har strukturerte data for å koble til riktig innbygger og informasjonskategori. Nyttene av tiltaket er stort sett indirekte, da det legger til rette for bedre informasjonsflyt gjennom videreutvikling av samhandlingsplattformen. Utvikling og tilgjengeliggjøring av en generisk tjeneste og standard vil ha markedseffekter og bidra til at leverandørene konkurrerer på likevilkår og bruker samme standarder. Dette reduserer risikoen for innelåsningseffekter og vil over tid gi lavere kostnader enn om hver leverandør og kommune utvikler egne løsninger.

En foreløpig gjennomføringsplan for nasjonale tjenester for datadeling ligger i Figur 7.



Figur 8 Foreløpig gjennomføringsplan for nasjonale tjenester for datadeling

5. Foreløpig vurdering av tiltak som ikke bør inngå i steg 2

Beskrivelse av tiltak	Begrunnelse
Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører	<p>Det er uklart hvilken informasjon som bør deles og hvilken nytte andre aktører vil ha av denne informasjonen. Mye av informasjonsbehovet antas dekket av PLL, e-meldinger og kritisk informasjon.</p> <p>Nytten av dokumentdeling fra fastlege er vurdert som høy, men kostnadene og belastningen på fastlegene ved innføring vurderes som svært høy. Dokumentdeling fra fastlege er derfor fremdeles noe umodent. Fastlegenes</p>

	<p>kapasitet bør derfor prioriteres på de foreslåtte tiltakene i steg 2.</p>
<p>Innføring av dokumentdeling fra øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste (utenom fastleger, ØHD og legevakt) til andre aktører</p>	<p>Det er uklart hvilken informasjon som bør deles fra øvrig helse- og omsorgstjeneste og hvilken nytte andre aktører vil ha av denne informasjonen. Mye av informasjonsbehovet antas dekket av pasientens legemiddelliste og pleie- og omsorgsmeldinger.</p> <p>Kostnadene vurderes som høye, samtidig som det også vil kreve kapasitet i kommunehelsetjenesten å innføre dokumentdeling med andre aktører.</p> <p>Kommunehelsetjenestens kapasitet til å innføre nye digitale løsninger bør prioriteres på de foreslåtte tiltakene i steg 2.</p> <p>Nytten av at kommune- og helsetjenesten deler dokumenter vurderes som positiv, men ikke tilstrekkelig positiv til at tiltaket anbefales prioritert i steg 2.</p>
<p>Resterende helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon</p>	<p>Eksempel på aktører i denne gruppen er tannleger, private helseaktører uten avtale og forsvarets sanitet. Det antas at disse relativt sjeldent vil ha behov for å registrere ny kritisk informasjon, og de vil da kunne registrere dette gjennom kjernejournal sin portal. Siden dette er relativt sjeldent vil det være lite gevinster på at aktørene tar i bruk API. Aktører som ønsker å ta i bruk API vil kunne gjøre dette uten at det gjennomføres et nasjonalt tiltak på dette.</p>
<p>Innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan for enkelte behandlingsgrupper</p>	<p>Helsedirektoratet har allerede fått investeringsmidler til dette prosjektet over medfinansieringsordningen til Digitaliseringsdirektoratet. Direktoratet for e-helse kan derfor ikke be Finansdepartementet om en investeringsbeslutning for å realisere den samme nytten.</p>
<p>Legevakt tar i bruk API for å dele kritisk informasjon</p>	<p>Det antas at legevakten i størst grad har behov for tilgang til å lese kritisk informasjon, men relativt sjeldent vil ha behov for å registrere ny informasjon. Nyttien av at legevakten deler kritisk informasjon anses å være lav, og deres kapasitet bør prioriteres på de andre tiltakene i steg 2.</p>

6. Prinsipper gjennomføringsstrategi for steg 2

Forprosjektet har utarbeidet følgende prinsipper som gir overordnet retning for gjennomføringsstrategien, se figur nedenfor:



Figur 9 Prinsipper for gjennomføringsstrategi steg 2

Programstyret ga sin tilslutning til prinsippene for gjennomføringsstrategi i programstyremøte 20.oktober 2021.

Steg 2 brytes ned i mindre trinn for å redusere risiko og for å gjøre det mulig å ta ut nytte så tidlig som mulig. Prinsippet skal også legge til rette for læring, og sørge for at det jobbes med kontinuerlige forbedringer og justeringer underveis i steg 2.

Forprosjektet vil i gjennomføringsstrategien legge til rette for at det kan gjøres endringer basert på erfaringer, samt legge opp til kvalitetssikring og målinger underveis slik det er godt grunnlag for å styre underveis i steget. I gjennomføringen vil det også legges opp til forankring og beslutning før hvert trinn.

Forprosjektet har etter innspill fra programstyret og oppdatert oppdrag fra HOD fra 16 juni 2021 utarbeidet et forslag til det videre planarbeidet basert på veikartet for nasjonale e-helseløsninger. Veikartet omfatter tiltak som både er høyt prioritert av sektoren og som dekker høyt prioriterte informasjonsbehov.

Prioritering basert på nytte i forhold til kostnader, skal sikre god oversikt over nytte og ressursbruk knyttet til de ulike aktivitetene. Vurderinger av nytte og ressursbruk skal justeres etter hvert som man får erfaring ute i sektor. Hensikten er å sikre at det er de aktivitetene som har størst effekt blir prioritert. Dette krever fleksibilitet og evne til å kunne justere underveis, samt god oversikt over avhengigheter.

Det siste prinsippet skal bidra til å sikre nytterealisering. Helseforetakene og kommunene må bestille utviklingskapasitet hos leverandørene og leverandørene må ha kapasitet til å utvikle nødvendig funksjonalitet for å ta i bruk løsningene, og helsepersonell må ha tid og anledning til å motta nødvendig opplæring.

7. Prinsipper for styringsmodell for steg 2

Forprosjektet har utarbeidet følgende prinsipper for styringsmodellen for steg 2. De prinsippene som er markert i grå påvirkes av prosesser som ligger utenfor forprosjektet å løse. Se prinsippene i figuren nedenfor:

- 1 Styringsmodellen skal understøtte en smidig gjennomføring og nyttestyring av tiltak i steg 2.
- 2 Programmet skal styres i tråd med de overordnede målene og føringene som følger av forprosjektet for steg 2 og målbildet for helhetlig samhandling.
- 3 Alle aktører som berøres av endringen og er ansvarlig for at gevinster blir realisert skal være representert i programstyret.
- 4 Programeier må ta ansvar for å balansere ulike interesser og sikre at vi skaper mest mulig felles nytte for investeringene som oppfyller regjeringens intensjoner/krav
- 5 Saker av strategisk betydning for steg 2 skal behandles i nasjonal styringsmodell for e-helse i henhold til de retningslinjene som gjelder.*
- 6 Samarbeids- og leveransemodellen mellom Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett vil ligge til grunn for ansvaret for gjennomføringen av steg 2.
- 7 MSP® legges til grunn for styringsstrukturen og programorganiseringen.
- 8 Investerings- og forvaltningskostnad for helhetlig samhandling utover steg 1 skal fordeles mellom regionale helseforetak og kommuner.**

*Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å fornye nasjonal styringsmodell, sektor er involvert i dette arbeidet.

**Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med å utrede finansieringsmodell.

Figur 10 Prinsipper for styringsmodell steg 2

Programstyret ga sin tilslutning til prinsipper for styringsmodell i programstyremøtet 20.oktober 2021

Prinsippene skal bidra til å sikre en smidig og nyttedrevet gjennomføring av steg 2, samt understøtte målbildet og videre steg for helhetlig samhandling.

Innspill fra sektor er at den største utfordringen ligger i operasjonaliseringen av for eksempel prinsipp 1, en styringsmodell som understøtter smidig gjennomføring og nyttestyring: Hvordan lykkes man i praksis med å etablere en styringsmodell hvor aktørene som deltar i styringsmodellen må ha en forpliktelse fra egen virksomhet med seg inn i styringsmodellen? Særlig kommunene kom med innspill på at det er svært utfordrende og tidskrevende med forankring av forpliktende beslutninger i kommunestyrene. Dette er også noe man har erfart i arbeidet med felles kommunal journal.

Videre kom det innspill fra sektor på at i hvilken grad man lykkes med disse prinsippene avhenger av endelig finansiering og kostnadsdeling.

Det kom også innspill på prinsipp nummer 4, og behovet for at et sektorsammensatt programstyre må kunne ha mulighet til å kunne prioritere og ta beslutninger. Basert på innspillene som har kommet fra sektor vil forprosjektet jobbe videre med å detaljere styringsmodellen for steg 2. Dette innebærer blant annet å tydeliggjøre juridiske forhold, definere roller og ansvar, beskrive styringsmekanismer og beslutningsmyndighet (fullmakter og eskalering), samt identifisere organisatoriske grensesnitt og avhengigheter.

Vedlegg 1: Beskrivelse av vurderte tiltak til steg 2 v. 0.8

Vedtak på tilsluttende saker

Sak	Tema	Vedtaksformulering
28/21	Steg 2 digital samhandling	Nasjonalt e-helsestyre drøftet saken og ba programmet ta med seg innspillene i det videre arbeid. Forslag til SSD v 0.9 for forprosjekt steg 2 digital samhandling vil løftes til Nasjonalt e-helsestyre i desember før leveranse til HOD

Kopi til:

Programstyret for program digital samhandling

Program digital samhandling – forprosjekt steg 2

Beskrivelse av vurderte tiltak til steg 2

FORELØPIG UTKAST

VERSJON 0.8 (27.10.2021)

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn og historie	3
1.1	Veien mot hovedmålene i én innbygger – én journal	3
1.2	Veien frem til samhandlingsområdene og tiltakene for steg 2	5
2	Oversikt over samhandlingsområder og tiltak.....	7
2.1	Samhandlingsområder i omfang for steg 2	7
2.2	Tiltak fordelt på samhandlingsområder	8
2.3	Hvordan tiltakene er beskrevet.....	9
3	Pasientens legemiddelliste	11
3.1	LM-1 Videre innføring av pasientens legemiddelliste	12
4	Dokumentdeling	17
4.1	JD-1 Videre innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører.....	18
4.2	JD-2 Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD til andre aktører.....	23
4.3	JD-3 Innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til andre aktører	26
4.4	JD-4 Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører	30
5	Kritisk informasjon	33
5.1	KI-1 Spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon.....	34
5.2	KI-2 Fastleger og avtalespesialister tar i bruk API for å dele kritisk informasjon.....	38
5.3	KI-3 Kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk API for å dele kritisk informasjon ..	41
5.4	KI-4 Resterende helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	44
6	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	47
6.1	DBEP-1 Innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan for enkelte behandlingsgrupper	50
7	Digital hjemmeoppfølging	52
7.1	DHO-3 Utvikling av nasjonale tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging	54
8	Begreper	59

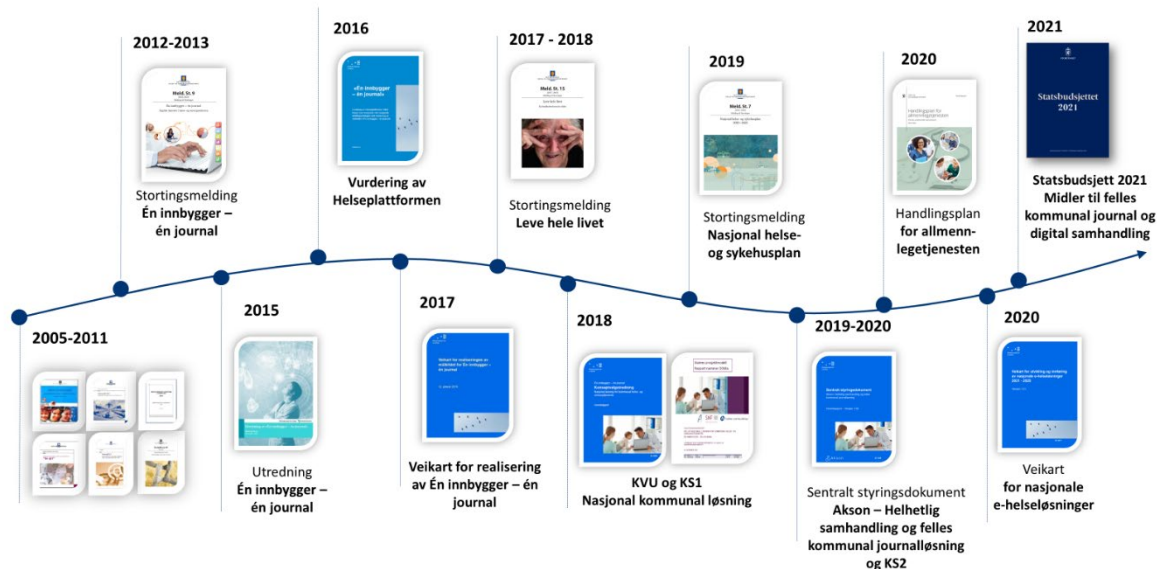
1 Bakgrunn og historie

1.1 Veien mot hovedmålene i én innbygger – én journal

I stortingsmelding 9 fra 2012-2013 Én innbygger – én journal ble det formulert tre hovedmål:

1. Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til helseopplysninger
2. Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
3. Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåkning, styring og forskning.

Siden 2012 har det pågått en rekke planleggings- og utviklingsaktiviteter i regionene for å understøtte målene. Samtidig har overordnede planer ¹og reformer gitt retning for ønsket utvikling.

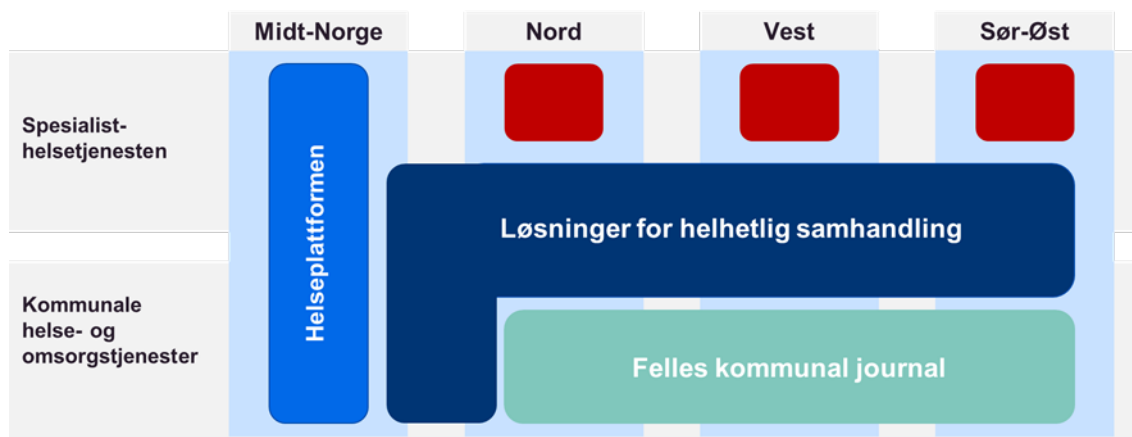


••••• Direktoratet for e-helse

Figur 1 Overordnede planer og reformer som har gitt retning for målbildet Én innbygger – én journal

Veikart for realisering av målbildet Én innbygger – én journal ble utarbeidet i 2017 med anbefaling om realisering gjennom tre strategiske og parallelle tiltak: videreutvikling av eksisterende løsninger i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst, etablering av Helseplattformen i region Midt-Norge og etablering av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. En vellykket realisering av de strategiske tiltakene og god oppfyllelse av det nasjonale målbildet stiller store krav til nasjonale løsninger for samhandling.

¹ Leve Hele Livet – En kvalitetsreform for eldre (Meld St.15 (2017-2018), Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Meld St. 7 (2019-2020)), Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert.



Figur 2 Realisering av målbildet *Én innbygger – én journal* gjennom tre strategiske og parallelle tiltak

Konseptvalgutredningen for nasjonal kommunal løsning resulterte i en anbefaling om at behovene i kommunal helse- og omsorgstjeneste utenfor Midt-Norge bør løses gjennom etablering av en nasjonal løsning for pasientjournal med helhetlig samhandling. Anbefalingen bygget på målene om at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasientopplysninger og at innbyggere skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester. God involvering av helsepersonell og pasient- og brukerrepresentanter er en viktig forutsetning for å lykkes i arbeidet. Konseptvalget skulle understøtte behov knyttet til klinisk dokumentasjon og pasient- og brukeradministrasjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og for samhandlingen med øvrig helsetjeneste. Arbeidet skulle også ta høyde for behovet for samhandling mellom helsetjenesten og andre kommunale og statlige tjenesteområder.

Målbildet for samhandling inkluderer muligheten til å skaffe oversikt over innbyggers tilstand og behov for helsehjelp, kunne gjøre oppslag i tidligere journalopplysninger, anmode om eller bestille tjenester og ytelser med svar samt kommunisere om saksbehandling, innhente innbyggers opplysninger, slå opp i generelle informasjonskilder (grunndata), rapportere egen aktivitet og arrangere og delta i møter, konsultasjoner og samtaler. Målbildet begrenser seg til å understøtte deling av informasjon for ytelse av helse- og omsorgshjelp. Dette inkluderer å sikre kontinuitet i direkte helsehjelp, for eksempel når innbygger beveger seg mellom ulike virksomheter eller skrives ut fra sykehus, og å sikre samhandling med medisinsk utstyr når det benyttes digital hjemmeoppfølging. Målbildet inkluderer også å understøtte samhandling med andre tjenester og aktører utenfor helse- og omsorgstjenesten der det har betydning for helsehjelpen (eks hjelpemidler fra NAV), eller administrative sider av helse- og omsorgshjelpen som følges opp av aktører utenfor helsetjenesten (eks HELFO, nasjonale helseregistre)².

For å legge til rette for gode og sammenhengende helsetjenester, er det viktig med nasjonal samordning av digitaliseringsarbeidet i helse- og omsorgssektoren. Strukturene og styringen av helse- og omsorgssektoren gjør det utfordrende å få på plass god samhandling, men gjennom etableringen av nasjonale e-helseløsninger som helsenorge, kjernejournal og e-resept, kan sektoren vise til flere gode resultater de siste årene. Meldingsutveksling, grunndata, HelseID og felles kodeverk og terminologi, utgjør bærebjelkene i dagens samhandlingsstruktur. I dag kan hver enkelt helsevirksomhet selvstendig beslutte i hvilken grad nasjonale e-helseløsninger skal tas i bruk. Fra et innbygger- og helsepersonellperspektiv vil flere av de digitale tjenestene gi begrenset nytte før et stort flertall av aktørene deler informasjon og samhandler gjennom de nasjonale e-helseløsningene. Helse- og omsorgsdepartementet pekte derfor på behovet for et veikart som viser sammenhengen og avhengighetene mellom de ulike tiltakene i sektoren og hvordan de bidrar til at nasjonale e-helseløsninger blir tatt i bruk. Veikart for nasjonale e-helseløsninger 2021-2025 kom i 2020. For å få

² Bilag G2 Helhetlig samhandling

en oversikt over hvor langt sektoren var kommet i endringsprosessene knyttet til de nasjonale e-helseløsningene ble det etablert en verdikjede med ulike faser for tilrettelegging og tilgjengeliggjøring av nasjonale e-helseløsninger³. Denne verdikjeden er videreført i dette arbeidet med vurdering av aktuelle tiltak for steg 2 i program digital samhandling.

Parallelt med at helseregionene har innført og videreutviklet sine regionale journalløsninger, har det blitt stilt krav til denne utviklingen for å sikre at det nasjonale målbildet understøttes⁴. Med etablering av selskapet Felles kommunal journal interim A/S er det tatt et viktig og nytt steg i samarbeidsprosjektet mellom kommune og stat for å få til bedre samhandling og et journalløft for kommunene.

Gjennom statsbudsjettet for 2021 ble det satt av penger til digitale samhandlingsløsninger i helse- og omsorgssektoren. Program for digital samhandling etableres for å ivareta arbeidet med de nasjonale løsningene for samhandling og ledes av Direktoratet for e-helse og gjennomføres i tett samarbeid med Norsk helsenett. Digital samhandling representerer en utviklingsretning som gjennomføres stegvis. Steg 1 i samhandlingsløsningen omfatter grunndata og tillitstjenester, kjernejournal, nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar, samt forprosjekt og ekstern kvalitetssikring av neste steg i utviklingsretningen for helhetlig samhandling.

Arbeidet gjennomføres med et sektorsammensatt programstyre som bidrar til blant annet god prioritering av sektorens samlede behov, forankring og informasjonsflyt om programmets mål og leveranser samt forslag til tiltak.

Forprosjektet for helhetlig samhandling innebærer utarbeidelse av et sentralt styringsdokument for steg 2. Forprosjektet kobler eksisterende veikart for innføring og utvikling av nasjonale e-helseløsninger med en gjennomføringsplan for utvalgte samhandlingstiltak mot målbildet for helhetlig samhandling og hovedmålene i stortingsmelding 9 fra 2012-2013 Én innbygger – én journal.

Eksisterende nasjonale e-helseløsninger, og det rettslige grunnlaget disse bygger på, vil trolig ikke være tilstrekkelig for å realisere *hele* målbildet om helhetlig samhandling. Realiseringen av målbildet innebærer trolig at det må etableres både nye spesifikke tjenester og felleskomponenter som gjør det mulig å dele relevante helseopplysninger, utover dagens nasjonale e-helseløsninger. Dette vil trolig kreve lovendringer.

1.2 Veien frem til samhandlingsområdene og tiltakene for steg 2

Forprosjektet i Program digital samhandling har som oppgave å planlegge gjennomføring av neste steg mot målbildet for helhetlig samhandling. I det opprinnelige oppdraget som ble gitt av HOD bes det om at det utarbeides en plan for steg 2 til n med oppstart fra 2023.

Forprosjektet har etter innspill fra programstyret og oppdatert oppdrag fra HOD fra 16 juni 2021 utarbeidet et forslag til det videre planarbeidet basert på veikartet for nasjonale e-helseløsninger, for å konkretisere steg 2 i utviklingen av helhetlig samhandling. Veikartet for nasjonale e-helseløsninger omfatter tiltak som både er høyt prioritert av sektoren og som dekker høyt prioriterte informasjonsbehov.

³ Veikart for nasjonale e-helseløsninger

⁴ Felles plan 2021 RHF

Ved at forprosjekt for steg 2 tar utgangspunkt i veikart for nasjonale e-helseløsninger utnyttes kapasitet og kompetanse i pågående arbeid. Det er ønskelig at allerede påbegynte tiltak slutføres og tas i bruk av sektor, før man flytter oppmerksomhet og ressurser over på nye tiltak.

Forprosjektet gjennomførte i begynnelsen av 2021 dialogmøter med henholdsvis Norsk helsenett SF, KS og kommuner, RHF-er og Legeforeningen. Formålet med dialogmøtene var å få innspill til det pågående arbeidet med å koble helhetlig samhandling med veikartet, hvordan arbeidet kan organiseres og få frem alternativer for innretning og gjennomføring av forprosjektet. Veikart for nasjonale e-helseløsninger 2021 – 2025 viser et situasjonsbilde av de nasjonale e-helseløsningene og inneholder konsepter som skal redusere samhandlingsutfordringen i helse- og omsorgssektoren.

Områdene som er beskrevet i dagens veikart, har leveranser som bidrar til å realisere deler av informasjonstjenestene i målbildet for helhetlig samhandling. I steg 2 vil program digital samhandling ta utgangspunkt i eksisterende veikart og bygge videre på konseptene som finnes. Det er gjennomført en analyse av nasjonal e-helseportefølje for å identifisere hvordan prosjektene/programmene i e-helseporteføljen realiserer målene i veikartet, status på finansiering av disse og hvilken del av utviklingen og innføringen av ny samhandlingsfunksjonalitet som omfattes av forpliktet finansiering.

Veikartet omfatter syv hovedområder:

- Digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorger
- Pasientens legemiddelliste
- Kritisk informasjon
- Journaldokumenter
- Laboratorie- og radiologisvar
- Dialogmeldinger og forbedrede henvisninger
- Digital hjemmeoppfølging, inkludert digitale behandlingsplaner og egenbehandlingsplaner

Forprosjektet har lagt til grunn at områdene digital dialog og innsynstjenester, laboratorie- og radiologisvar og dialogmeldinger og forbedrede henvisninger ikke er relevante å vurdere som tiltak i steg 2. Begrunnelsen for dette er at disse områdene allerede har pågående aktiviteter som er tilstrekkelig for å sikre utvikling og at ny praksis blir tatt i bruk. For eksempel har Helsenorger eget produktstyre og det er opprettet et eget prosjekt for laboratorie- og radiologisvar (NILAR).

Med dette som utgangspunkt har forprosjektet gjennomført en prioriteringsprosess for å avgrense omfanget av tiltak som skal inngå i steg 2. Totalt fem samhandlingsområder med 18 tiltak ble vurdert i prioriteringsprosessen. Mer om dette er beskrevet i vedlegg X. Alle samhandlingsområdene, men kun 11 tiltak, ble anbefalt for videre arbeid. Tiltakene som ble anbefalt sammenfaller med de informasjonsbehovene som ble prioritert høyest i arbeidet med løsningsomfang i Akson, jf. vedlegg G2.

Det er også vurdert behov for felles språk som et eget samhandlingsområde, men det er vurdert som mer hensiktsmessig å vurdere behov for arbeid med felles språk innenfor hvert av tiltakene.

2 Oversikt over samhandlingsområder og tiltak

I dette kapittelet beskrives overordnet de fem samhandlingsområdene og de 11 prioriterte tiltakene for steg 2.

Tiltaksbeskrivelsene i de påfølgende kapitlene er beskrevet på et nivå som skal gi grunnlag for forståelse av omfang, kost-/nytteanalyse og gjennomføringsstrategi. Kap. 8 inneholder forklaring av viktige begreper i dokumentet.

Tiltaksbeskrivelsene er resultat av en kartleggingsfase i regi av forprosjektet i program digital samhandling. 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.

2.1 Samhandlingsområder i omfang for steg 2

ID	Navn på samhandlingsområde	Kort beskrivelse	Aktører som har vært i dialog med forprosjektet
LM	Pasientens legemiddelliste	Pasientens legemiddelliste (PLL) skal etablere og tilgjengeliggjøre pasientens legemiddelopplysninger i én felles nasjonal oversikt.	<ul style="list-style-type: none">• Direktoratet for e-helse, Program pasientens legemiddelliste
JD	Dokumentdeling	Samhandling gjennom deling av journaldokumenter på tvers av forvaltningsnivåer ved bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen	<ul style="list-style-type: none">• Helse Sør-Øst• NHN• Direktoratet for e-helse, EPJ-løftet• KS• Helse Vest
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• Direktoratet for e-helse, EPJ-løftet• KS
DBEP	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	Behandlings- og egenbehandlingsplan kan deles med pasient og helsepersonell på tvers av forvaltningsnivå gjennom kjernejournal og Helsenorger	<ul style="list-style-type: none">• Helsedirektoratet
DHO	Digital hjemmeoppfølging	Pasienten følges opp i hjemmet ved at f.eks. pasientens egenmålinger, pasientrapporterte opplysninger om egen helsetilstand eller automatiske målinger, sendes digitalt til helsetjenesten, som vurderer og ved behov følger opp	<ul style="list-style-type: none">• Nasjonalt velferdsteknologiprogram, prosjektet DHO infrastruktur og arkitektur• NHN

		pasienten primært via digitale verktøy (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) ⁵	
--	--	--	--

2.2 Tiltak fordelt på samhandlingsområder

Tabellen under gir en oversikt over de tiltakene som er beskrevet i dokumentet med en tilhørende kort beskrivelse.


Tiltaks-ID	Navn på samhandlingsområde/tiltak	Kort beskrivelse
LM	Pasientens legemiddelliste	
LM-1	Videre innføring av pasientens legemiddelliste	Koordinere nasjonal innføring av pasientens legemiddelliste (PLL), Sentral forskrivningsmodul (SFM) og elektronisk multidose
JD	Dokumentdeling	
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 aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste 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.
KI	Kritisk informasjon	
KI - 1	Spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Det er lagt til rette for at 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	Det er lagt til rette for at 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	Det er lagt til rette for at kritisk informasjon kan endres og deles av kommunale helse- og omsorgstjenester gjennom felles grensesnitt i kjernejournal

KI - 4	Resterende helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Det er lagt til rette for at 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	
DBEP - 1	Innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan for enkelte behandlingsgrupper	Innføring av løsning for digital behandlings- og egenbehandlingsplan hos aktører i én helseregion.
DHO	Digital hjemmeoppfølging	
DHO-3	Utvikling av nasjonale tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging	Tiltaket skal utvikle nasjonale tjenester for datadeling som kan brukes for å gjøre data fra digital hjemmeoppfølging tilgjengelig via grensesnitt, slik at helsepersonell enkelt kan få tilgang til aktuelle data

2.3 Hvordan tiltakene er beskrevet

De prioriterte tiltakene er beskrevet på samme format, men det vil være ulik detaljeringsgrad avhengig av hvor mye arbeid som tidligere er gjort på samhandlingsområdet. I tillegg vil de tiltakene som er vurdert til å starte først, være mer detaljert beskrevet enn dem som vil starte opp senere. For ytterligere beskrivelse av denne prosessen henvises det til gjennomføringsstrategien for steg 2.

Tiltakene beskrives innenfor to hovedområder; måloppnåelse og beskrivelse av omfang. Beskrivelsen av omfang peker blant annet på elementer som driver kostnader. Tabellen under viser hvilke delkapitler hver av disse innehar og en beskrivelse.

Kapittel	Beskrivelse
Måloppnåelse	
Beskrivelse	Kapittelet beskriver hva tiltaket skal løse og hvordan det skal løses.
Veikartfase	<p>Kapittelet beskriver i hvilken fase tiltaket estimert er per 2023 og hvor tiltaket vil være etter gjennomføring av steg 2. Fasene er hentet fra «Veikart for nasjonale e-helseløsninger»⁶ og det henvises til kap. 1.3.1 der for detaljert beskrivelse av de ulike fasene.</p>  <p>Disse fasene er en forenkling av den faktiske gjennomføringen og et tiltak kan i teorien være i flere faser samtidig og foregå i flere iterasjoner.</p>

⁶ <https://www.ehelse.no/publikasjoner/veikart-for-nasjonale-e-helselosninger/Veikart%20for%20nasjonale%20e-hesel%C3%B8sninger.pdf>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Konseptfase (grå)</i>: Denne fasen skal etablere et konsept for den nasjonale tjenesten og gi god forståelse for arbeidet som kreves i de etterfølgende fasene for at den nye tjenesten skal bli tatt i bruk hos berørte aktører. • <i>Nasjonal tilrettelegging (gul)</i>: I denne fasen utvikles tjenesten, nødvendige standarder etableres, helsefaglige veiledere utarbeides, forskrifter endres og lignende. Som en del av denne fasen skal tjenesten testes og utprøves med et mindre antall aktører. • <i>Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten (blå)</i>: I denne fasen overføres ansvaret til hver enkelt virksomhet og de må legge til rette i lokal infrastruktur, gjennomføre nødvendige endringer i prosesser og organisasjon for å tilgjengeliggjøre tjenesten til brukerne sine. • <i>Endring i virksomhetene (lys grønn)</i>: Denne fasen innebærer mye av det samme som den forrige, men i større grad fokus på den organisatoriske. Blå og lysegrønn fase omtales sammen som «innføring».
Resultatmål	Kapittelet beskriver hvilke resultatmål som er satt for tiltaket.
Informasjonstjenester og -behov	Kapittelet lister opp hvilke informasjonstjenester og -behov som tiltaket berører. Listen med informasjonstjenester og -behov er hentet fra bilag G2 ⁷ i Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning.
Samsvar med sektorens prioriteringer	Helse- og omsorgssektoren har i ulike fora prioritert hvilke behov og tiltak de mener bør realiseres først. Kapittelet beskriver hvordan tiltaket er i samsvar med de ulike prioriteringene.
Beskrivelse av omfang	
Juridisk samhandlingsevne	Kapittelet beskriver hva som er nødvendig for å sikre juridisk samhandlingsevne for det som tiltaket omhandler. Det inkluderer å identifisere om det er behov for regelverksutvikling for å bl.a. etablere rettsgrunnlag for løsningene.
Organisatorisk samhandlingsevne	Kapittelet beskriver hva som er nødvendig for å sikre organisatorisk samhandlingsevne. Det inkluderer blant annet å identifisere arbeidsprosesser som må endres, opplæringsbehov og omtale av roller og ansvar.
Semantisk samhandlingsevne	Kapittelet beskriver hva som er nødvendig for å sikre semantisk samhandlingsevne. Dette inkluderer blant annet å identifisere nødvendig arbeid med begreper og standardisering av informasjonsmodeller.
Teknisk samhandlingsevne	Kapittelet beskriver hva som er nødvendig for å sikre teknisk samhandlingsevne. Dette inkluderer blant annet å identifisere teknisk utvikling eller tilrettelegging av nasjonale løsninger, integrasjoner eller andre tilpasninger i lokale løsninger.

⁷ [https://www.ehelse.no/publikasjoner/sentralt-styringsdokument-akson-helhetlig-samhandling-og-felles-kommunal-journallosning/Bilag G2 Helhetlig samhandling.pdf](https://www.ehelse.no/publikasjoner/sentralt-styringsdokument-akson-helhetlig-samhandling-og-felles-kommunal-journallosning/Bilag%20Helhetlig%20samhandling.pdf)

Forutsetninger og avhengigheter	Kapittelet beskriver kjente forutsetninger og avhengigheter for tiltaket.
---------------------------------	---

3 Pasientens legemiddelliste

Pasientens legemiddelliste (PLL) er en oversikt som viser aktuelle legemidler, kosttilskudd og reseptfrie legemidler, samt legemiddelreaksjoner (CAVE) for en pasient. I tillegg inneholder den legens vurderinger og begrunnelser for sine valg og historisk legemiddelbehandling for de tre siste månedene. For pasienten innebærer dette at helsepersonell alltid skal være oppdatert på pasientens legemidler i bruk.

Pasientens legemiddelliste skal gi enklere og tryggere håndtering av legemidler og sikre at helsepersonell i en oppfølging- eller behandlingssituasjon har raskere og enklere tilgang til pasientens legemiddelbehandling. Dette bidrar til økt kvalitet og pasientsikkerhet. Helsepersonell vil redusere tiden de bruker på å bekrefte legemiddelopplysninger eller svare på henvendelser fra samarbeidsaktører. Dette kan for eksempel gjelde både ved overføring av pasienter mellom virksomheter eller omsorgsnivå, eller ved utlevering av legemidler i apotek.

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, Pasientens legemiddelliste, der Direktoratet for e-helse tar en koordinerende pådriver-rolle for å bistå aktørene med innføring. Programmet har flere prosjekter hvor Norsk Helsenett har en viktig rolle i utviklingen av løsningene. Virksomhetene vil selv være ansvarlig for opplæringen og innføring, samt realisering av gevinstene.

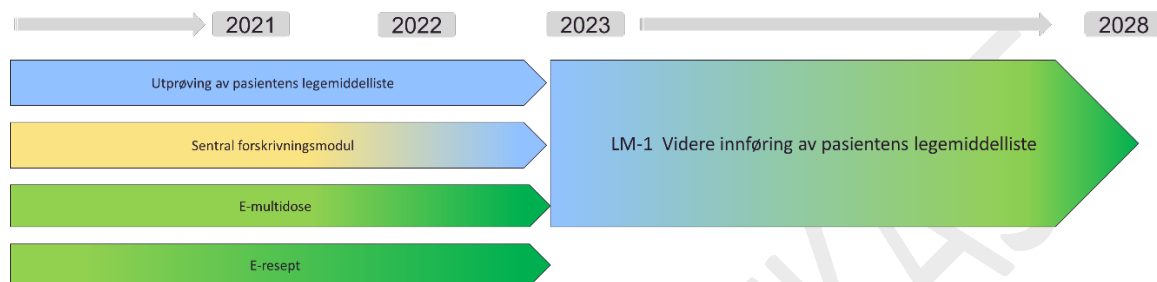
Informasjon om hvilke legemidler pasienten har fått forskrevet er lagret i reseptformidleren (RF) gjennom bruk av samhandlingsløsningen e-resept. Den består av ett sett ulike meldinger og systemer som i samspill håndterer en sikker rekvirering og utlevering til pasienten. Reseptformidleren er i etablert drift og forvaltning i dag, men programmet vil i perioden frem til 2023 bestille tilpasninger på denne for å sikre kvalitet og klargjøre for PLL.

I 2018 startet utviklingen av sentral forskrivningsmodul (SFM) som er et verktøy som skal bidra til et enhetlig grensesnitt mot innholdet i reseptformidleren. I tillegg til den eksisterende meldingsløsningen, tilbyr SFM to nye metoder for å koble seg mot reseptformidleren; SFM Basis API og SFM GUI. SFM Basis API er grensesnitt basert på FHIR-profiler som kan brukes av leverandører som ønsker å utvikle egne legemiddelmoduler i sin journalløsning. SFM GUI er en ferdig løsning med brukerflate som kan benyttes av leverandører som ikke ønsker å utvikle dette selv. Prosjektet SFM planlegger å starte utprøving med SFM i 2021-2022, og innføring etter dette.

Multidose i e-resept er et prosjekt som skal styrke pasientsikkerheten. Multidose er maskinell pakking av legemidler i poser til personer som trenger hjelp til å dosere og huske å ta legemidlene sine, men brukes også i kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Multidoseansvarlig lege (ofte fastlege) viderefører fullstendig liste over alle legemidler og kosttilskudd som en multidosepasient bruker. Denne legemiddellisten kalles en "multidosemelding" og sendes via reseptformidleren til et apotek som har ansvar for pakking og leveranse av multidose. Prosjektet planlegger at elektronisk multidose er ferdig innført i løpet av 2024.

Pasientens legemiddelliste bygger videre på elektronisk multidose som allerede har en løsning for legemiddelliste i e-resept. På tilsvarende måte som leger i dag sender e-resepter til

reseptformidleren, vil pasientens legemiddelliste også sendes til reseptformidleren gjennom bruk av SFM eller meldinger. Pasientens legemiddelliste vil kunne oppdateres av alle leger og baseres på et «stafettpinne-prinsipp» hvor den siste legen sørger for at listen til enhver tid er oppdatert før den sendes videre. Innbyggere vil få tilgang til å se sin legemiddelliste på Helsenorge. Programmet for Pasientens legemiddelliste skal gjennomføre utprøving av PLL i Helse Vest sammen med Bergen Kommune og noen fastleger. Denne utprøvingen er planlagt ferdig i slutten av 2023. Den nasjonale innføringen planlegges parallelt, og starter opp med forberedelser i 2022, utprøving i nye innføringsområder i 2023 etterfulgt av nasjonal innføring i 2024. Pasientens legemiddelliste er planlagt ferdig innført i 2028.



Figur 3 Tidslinje for tiltak knyttet til samhandlingsområdet Pasientens legemiddelliste

BEHOV SOM MÅ DEKKES	KONSEPT FOR TILTAK	NYTTE
Helsepersonell har ikke en komplett oversikt over legemidler som pasienten har fått eller som er planlagt.	Pasientens legemiddelliste gjøres tilgjengelig via grensesnitt i reseptformidleren og kjernejournal, slik at helsepersonell gjennom egen journalløsning eller en integrert applikasjon som sentral forskrivningsmodul, kan endre eller dele legemiddelinformasjon som er lagret sentralt i reseptformidleren.	Tilgang til en oppdatert legemiddelliste gir bedre oversikt over pasientens legemidler som vil øke pasientsikkerheten (mindre pasientskade), og helsepersonell vil bruke mindre tid på å lete etter informasjon.

3.1 LM-1 Videre innføring av pasientens legemiddelliste

3.1.1 Måloppnåelse

3.1.1.1 Beskrivelse

Tiltaket skal sikre at aktivitetene som er startet i programmet Pasientens legemiddelliste videreføres etter 2023. Det er da hovedsakelig aktiviteter på områdene pasientens legemiddelliste, multidose og SFM.

Tiltaket peker på tre hovedaktiviteter:

- Innføre sentral forskrivningsmodul
- Forberede og koordinere nasjonal innføring av Pasientens legemiddelliste
- Innføre elektronisk multidose

Innføringen av PLL vil skje trinnvis i område for område innenfor hver helseregion. Innbyggere og pårørende vil få tilgang gjennom Helsenorge.

3.1.1.2 Veikartfase

Tiltaket sørger for innføring av elektronisk multidose, sentral forskrivningsmodul og pasientens legemiddelliste. Innføringsaktiviteter ligger til veikartfasen *tilrettelegging i helse- og omsorgssektoren* hvor mye av det tekniske legges til rette og til *endring i virksomhetene* hvor det største fokuset vil være organisatorisk. I tiltaket gjøres mye av dette i parallell. Når tiltaket er gjennomført, er det forventet at det skal være en ny praksis i bruk.



Figur 4: Verdikjedefaser for tiltaket

3.1.1.3 Resultatmål

- E-Multidose innført ved 80% av legekantor senest i løpet av 2024
- Pasientens legemiddelliste er prøvd ut og innført hos 80% av prioriterte aktører⁸ i løpet av 2028
- Innbygger og pårørende har digital tilgang til en oppdatert legemiddelliste

3.1.1.4 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

3.1.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

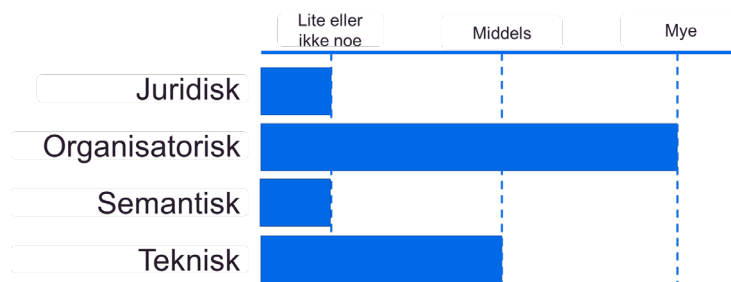
Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er høyt prioritert av sektoren, jf. [bilag G2 helhetlig samhandling](#).

3.1.2 Beskrivelse av omfang (kostnader)

3.1.2.1 Samhandlingsevne

For å realisere tiltaket kreves det først og fremst mye arbeid for å sikre organisatorisk samhandlingsevne, men i tillegg er det nødvendig å tilpasse den tekniske løsningen.

⁸ Fastlegekantor, sykehus, avtalespesialister, sykehjem, hjemmetjeneste, legevakt, ØHD/KAD og apotek



Figur 5 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

3.1.2.1.1 Juridisk

Det forventes ikke behov for å vedta endringer i lov- og forskrift for å realisere tiltaket. For å etablere PLL som en nasjonal løsning i reseptformidleren (RF) forutsetter det at samtlige vedtatte bestemmelser for å innføre PLL trer i kraft. Nødvendige bestemmelser som p.t. ikke har trådt i kraft er reseptformidlerforskriften § 2-1 sjette ledd, § 3-3 fjerde ledd og pasientjournalforskriften § 6 bokstav e og § 9. Når § 2-1 sjette ledd trer i kraft vil leger som gjør endringer i en pasients legemiddelbehandling ha plikt til å registrere dette i PLL med mindre pasienten motsetter seg dette. Når pasientjournalforskriften § 9 trer i kraft vil det være plikt til at opplysninger i PLL lagres og behandles i en nasjonal database på elektroniske resepter (RF). PLL skal da være "en samlet og oppdatert oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling", jf. § 9. Videre innebærer ikrafttredelse av § 9 at leger som gjør endringer i en pasients legemiddelbehandling vil ha plikt til å oppdatere legemiddellisten tilsvarende som etter § 2-1 sjette ledd. Etter § 9 skal oppdatering senest utføres ved skifte av omsorgsnivå eller ved utskriving når pasienter har opphold i en helseinstitusjon. Ikrafttredelse av pasientjournalloven § 6 vil innebære at det i virksomhetenes lokale pasientjournaløsninger skal ligge en kopi av PLL slik den sendes inn til RF. Videre angir § 6 hvilke opplysninger som i tillegg kan være relevant og nødvendig for helsepersonell og dokumentere i eget lokalt pasientjournalssystem.

I program pasientens legemiddelliste er følgende avklart:

- Offentlig finansiering av SFM er ikke i strid med statsstøtteregelverket
- SFM er en legemiddelmodul som skal brukes i journaløsninger.

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

Utprøving av PLL er i dag blant annet basert på frivillig deltagelse fra leger og helsevirksomheter. Erfaringer hittil er at for å få leger til å delta, er det behov for å kompensere disse økonomisk for arbeidet med å etablere legemiddelliste for egne pasienter. Etablering av en ordning tilsvarende den ordinære takstordningen med kompensasjon, men med finansiering fra direktoratet, er ikke fullt ut juridisk mulig. For å motivere leger til å etablere legemiddelliste for egne pasienter, før plikten trer i kraft, kan det være aktuelt å vurdere om det bør innføres en egen takst for etablering av en legemiddelliste for pasienten i den ordinære takstordningen. Dette er i så fall noe direktoratet vil komme tilbake til.

3.1.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «dele og endre» ved at en felles PLL kan endres og deles gjennom grensesnittene til reseptformidleren.

Innføring av pasientens legemiddelliste medfører endring i arbeidsprosesser for mange klinikere. Leger på sykehjem, KAD/ØHD, fastlegekontorer, avtalespesialister, sykehus og legevakt skal kunne lese, opprette og oppdatere PLL fra sin journaløsning. Annet helsepersonell i de samme

virksomhetene, samt helsepersonell i hjemmesykepleien, vil få tilgang til å lese PLL i journalløsningen. Dette gjelder også apotek. Innbyggere vil få tilgang via Helsenorge. Omfanget av endringene som kreves for å realisere PLL gjør at det er avgjørende å sikre felles tilnærming og koordinering på tvers av aktører. Dette er spesielt viktig i forbindelse med oppstart med aktører rundt et helseforetak.

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

- Opplæring i nye og endrede arbeidsprosesser for klinikere som blir berørt
- Opprette den første legemiddellisten for pasientene
- At et visst minimum av aktørene i et geografisk område (rundt et helseforetak) tar i bruk løsningen samtidig.

Andre aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

- Sikre at SFM har rutiner og prosesser for drift og forvaltning og at ansvaret for dette er avtalt

3.1.2.1.3 Semantisk

Hovedkonseptet baserer seg på gjenbruk av dagens samhandlingsløsning e-Resept. Informasjonsbehovet baseres på etablerte standarder og bruk av multidosemeldingen M25.1. Det benyttes HL7-FHIR profiler i SFM.

Det bør vurderes om virkestoffordining basert på Felles språk skal innarbeides i PLL for at denne skal bli korrekt. Det er kommet tilbakemeldinger fra RHF-ene i rapporten *Felles plan for strukturert journal i PAS/EPJ v.090 2021*. De anbefaler ikke å fortsette utover [pilotutprøvingen for PLL uten at dette er på plass](#).

3.1.2.1.4 Teknisk

Pasientens legemiddelliste skal realiseres ved å gjenbruke dagens nasjonale infrastruktur for deling av legemiddelopplysninger. Det vil si at opplysninger om pasientens legemiddelbehandlinger skal deles via de nasjonale behandlingsrettede registrene reseptformidleren (RF) og kjernejournal (KJ), men også Helsenorge og HelseID vil bli brukt.

Teknisk sett er PLL en melding, M25.1-meldingen, som lagres i Reseptformidleren og sendes som kopi videre til kjernejournal.

Aktørene som skal endre PLL må være påkoblet e-reseptkjeden. Dette kan gjøres ved at EPJ benytter Sentral forskrivningsmodul (SFM) eller har direkteintegrasjon til reseptformidleren og/eller kjernejournal. 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 bygger eget brukergrensesnitt og benytte API for å kommunisere med sentrale registre.

Aktiviteter i tiltaket som skal sikre teknisk samhandlingsevne:

- Bidra til at aktørene har teknisk støtte i sin EPJ eller kurve ved bruk av enten SFM GUI, SFM Basis API eller eksisterende meldingsløsning
- Gjøre tilpasninger i nasjonale løsninger, blant annet Helsenorge, SFM, HelseID, kjernejournal, reseptformidleren, FEST, mv.

3.1.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- PLL inneholder en delmengde av kategorien overfølsomhetsreaksjoner på kritisk informasjon, legemiddelreaksjoner. Det er derfor en sterk avhengighet til tiltakene i samhandlingsområdet for kritisk informasjon. Disse må være koordinerte, spesielt dersom PLL realiseres før API for kritisk informasjon grunnet mulige endringer i standard for kritisk informasjon.
- Det forutsettes at etableringen av meldeplikt i Reseptformidlerforskriften §2-1 har tredd i kraft innen innføringen av PLL er avsluttet
- Det forutsettes at SFM er ferdig utviklet i løpet av 2023
- Det forutsettes at innføring av kjernejournal til de aktørene som ikke har tilgang må fortsette for å sikre at disse også får nytte av pasientens legemiddelliste.
- Det forutsettes at uoverensstemmelsen mellom felles språk og PLL om virkestoffordinering er avklart før innføring av PLL.

FORELØPIG UTKAST

4 Dokumentdeling

Innbyggere vil, som en del av den offentlige helse- og omsorgstjenesten, ha registrert helseinformasjon om seg hos mange aktører både i primær- og spesialisthelsetjenesten. I dag er det en utfordring at helseinformasjon som er registrert hos andre virksomheter, ofte ikke er tilgjengelig for helsepersonell som behandler pasienten.

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 dokumentdeling⁹ og det er gjennomført utprøving i prosjekter i Helse Sør-Øst og i Helse Nord. Disse prosjektene har prøvd ut dokumentdeling fra utvalgte helseforetak og gjort dem tilgjengelige i kjernejournal. Det er begrenset hvem som deler informasjon og hvem som kan slå opp informasjon i etter utprøvingen. Frem mot 2023 skal alle helseforetak i disse regionene tilby deling av journaldokumenter.

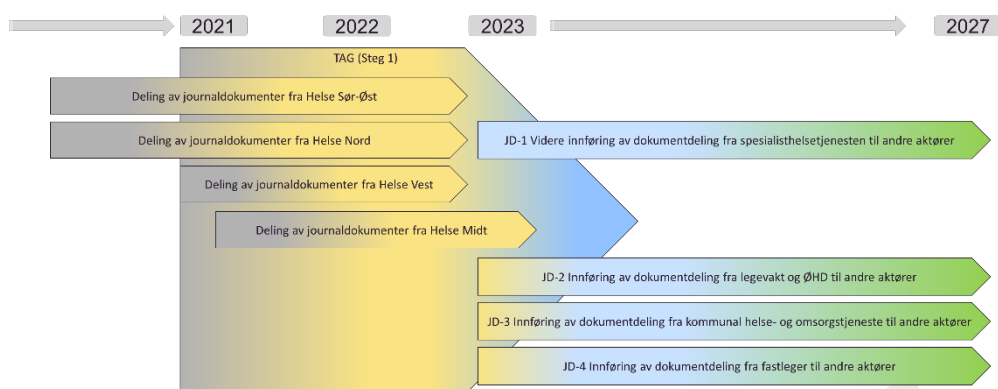
Det er behov for å tilgjengeliggjøre løsningen til flere aktører, slik at flere kan dele dokumenter og flere kan få tilgang til informasjon fra andre. Dette vil gi innbyggerne tjenester av høyere kvalitet og økt pasientsikkerhet da helsepersonell vil få tilgang til et bredere beslutningsgrunnlag og økt trygghet ved beslutninger. Personvern og informasjonssikkerhet blir styrket ved at innbyggere får bedre oversikt og økt tilgang til informasjon om seg selv. Videre vil det bli en mer effektiv ressursbruk som følge av at helsepersonell får enklere tilgang til relevant informasjon og kan redusere tidkrevende dialog med annet helsepersonell. Dette innebærer også at pasienter kan få færre gjentakende undersøkelser og slipper å gjenta samme informasjon til flere helsepersonell.

Utbredelse av innsyn i journaldokumenter vil avhenge av at det etableres en felles tillitsmodell, og moderniserte tillits- og grunndatatjenester. Tiltak er derfor lagt til Program digital samhandling Steg 1 og prosjektet Tillitstjenester, API-håndtering og Grunndata (TAG). Prosjektet skal sikre at innføringen av innsyn i journaldokumenter blir basert på en felles tillitsmodell, og moderniserte tillits- og grunndatatjenester. Prosjektet har i tillegg overtatt ansvaret for å klargjøre de nasjonale løsningene for å starte innføring av tjenesten dokumentdeling. Målet for steg 1 er at innføringen av dokumentdeling via kjernejournal er gjennomført slik at alle som har tilgang til kjernejournal får tilgang til tjenesten samt at spesialisthelsetjenesten deler sine dokumenter via tjenesten. Det er valgt en stegvis innføring til ulike helsepersonellgrupper.

Helse Vest har også startet opp et prosjekt på dokumentdeling. Prosjektet vil utrede og realisere utprøving av journaldeling i Helse Vest og vil i utprøvingen dele journaldokumenter fra sin journalløsning (DIPS) gjennom kjernejournal med utvalgte bestemte parter innen primær eller spesialisthelsetjenesten. Dette skal etter planen være ferdigstilt i løpet av 2022.

Helse Midt-Norge har igangsatt et arbeid for å avklare hvordan de kan delta som dokumentkilde. Helseplattformen har kartlagt EPICs mest aktuelle løsning for IHE/XDS standardisert dokumentdeling og planlagt et mulig løp som kan medføre at Helseplattformen blir en kilde i løpet av andre halvår 2023. Denne planen forutsetter at tilpasninger til EPICs løsninger bestilles desember 2021, samt forutsetter noen tilpasninger til bruken av IHE/XDS standarden i nasjonal sentral løsning.

⁹ <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/malarkitektur-for-dokumentdeling>



Figur 6 Tidslinje for tiltak knyttet til samhandlingsområdet Dokumentdeling

BEHOV SOM MÅ DEKkes	KONSEPT FOR TILTAK	NYTTE
Helseinformasjon som er registrert hos andre virksomheter er ofte ikke tilgjengelig for helsepersonell som behandler pasienten.	Informasjonstjenesten journaldokumenter gjøres tilgjengelig via grensesnitt i kjernejournal, slik at helsepersonell gjennom egen journalløsning, kan slå opp i aktuelle dokumenter som er lagret hos andre aktører.	Høyere kvalitet og økt pasientsikkerhet som følge av at helsepersonell får bedre beslutningsgrunnlag, samt at helsepersonell får enklere tilgang til relevant informasjon

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

4.1.1 Måloppnåelse

4.1.1.1 Beskrivelse

Formålet med tiltaket er å tilrettelegge for at alle aktørene i spesialisthelsetjenesten kan dele journaldokumenter med andre aktører, gjennom gjenbruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen. Denne består av et nasjonalt koblingspunkt (XCA), sikkerhetsmodell og tillitstjenester og et brukergrensesnitt i kjernejournal. Det er tidligere utarbeidet en målarkitektur for nasjonal dokumentdeling¹⁰ som vil være den konseptuelle beskrivelsen for dette tiltaket.

I henhold til denne arkitekturen, vil de nye aktørene som skal dele journaldokumenter, danne hensiktsmessige samarbeidsområder og etablere, for hver av disse, et koblingspunkt og et dokumentregister, samt avklare hvilke dokumentlagre som skal brukes. Per 2021 utgjør Helse Sør-Øst og Helse Nord to samarbeidsområder og Helse Vest er i ferd med å etablere ett. En del av tiltaket er å sikre bredding av dokumentdeling fra aktører i spesialisthelsetjenesten innenfor disse samarbeidsområdene, og i tillegg innføre dokumentdeling i Helse Midt og for avtalespesialister som er knyttet til samarbeidsområdene for spesialisthelsetjenesten.

Journaldokumentene som tilgjengeliggjøres vil kunne slås opp og leses av alle aktører som har tilgang til kjernejournal og som tilfredsstiller sikkerhets- og tilgangskravene for dokumentdeling. Dette vil både være helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I kommunal helse- og omsorgstjeneste vil kjernejournal ved utgangen av 2022 være utbredt til de fleste fastleger og legevakter, samt en god del i pleie- og omsorgstjenesten. Tiltaket må ivareta innføring av kjernejournal til de aktørene som ikke har tilgang for å sikre at disse også får nytte av dokumentene som deles fra spesialisthelsetjenesten.

¹⁰ <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/malarkitektur-for-dokumentdeling.pdf>

Innbygger vil kunne få innsyn i tilgjengeliggjorte dokumenter gjennom eksisterende løsning for dette i Helsenorge.

Tiltaket vil ferdigstille innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten og etter at tiltaket er gjennomført skal følgende aktører dele dokumenter:

- Helseforetak i Helse Sør-Øst, Helse Nord, Helse Vest og Helse Midt.
- Avtalespesialister, samt andre institusjoner, som bidrar til å oppfylle RHF-enes sørge-for-ansvar (typisk private ideelle sykehus som har avtale med det regionale helseforetaket)

Dokumenter fra private laboratorier og røntgeninstitutter dekkes ikke av tiltaket, og prøvesvar fra disse dekkes av løsningen NILAR som innføres som del av steg 1.

Når det gjelder Helse Midt er det viktig å påpeke at tiltaket først og fremst skal sikre at helseforetakene i Helseplattformen kan dele dokumenter. For aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste i Helse Midt og som tar i bruk Helseplattformen, vil den tekniske løsningen være den samme. Det blir derfor en vurdering i dialog med Helseplattformen om tiltaket også skal tilrettelegges for at de også vil være produsenter av dokumenter som deles, eller om deling fra disse blir håndtert i tiltakene JD-2-4.

4.1.1.2 Veikartfase

Den nasjonale tilretteleggingen er gjort gjennom utprøvningsprosjektene og tiltaket skal bidra til at all tilrettelegging i spesialisthelsetjenesten er på plass og at det tilrettelegges for endringer i virksomhetene som skal konsumere dokumentene som deles.



Figur 7: Verdikjedefaser for tiltaket

4.1.1.3 Resultatmål

- Det er etablert en informasjonstjeneste for deling av dokumenter fra aktører i spesialisthelsetjenesten til helsepersonell og innbyggere

I dette resultatmålet ligger det også at alle aktører som skal konsumere dokumenter, uavhengig av hvem som er kilde, skal få tilgang til dette.

4.1.1.4 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten Journaldokumenter gjennom behovet:

- Journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten inkl. avtalespesialister

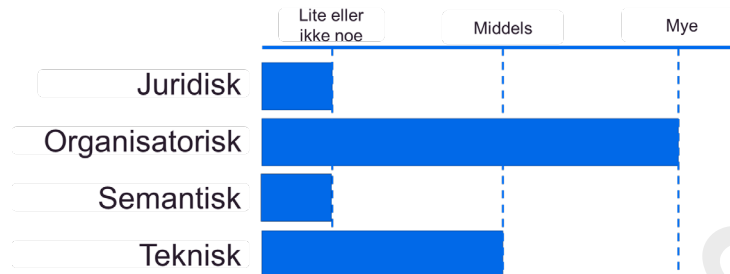
4.1.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

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

4.1.2 Beskrivelse av omfang

4.1.2.1 Samhandlingsevne

Tiltaket vil kreve mye arbeid for å sikre organisatorisk samhandlingsevne. Når det gjelder det tekniske, er det først og fremst etablering av infrastruktur hos aktørene som skal dele, som må på plass for å sikre teknisk samhandlingsevne.



Figur 8 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

4.1.2.1.1 Juridisk

I henhold til helsepersonelloven §§ 25 og 45 er det både adgang og en plikt til å dele helseopplysninger når dette er nødvendig for en forsvarlig helsehjelp, med mindre pasienten motsetter seg det. Slik tilgjengeliggjøring av journalopplysninger kan gjøres av det helsepersonellet som har dokumentert opplysningene eller den dataansvarlige for opplysningene. Det følger av pasientjournalloven § 19 at den dataansvarlige plikter å sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige for det personell som trenger dem, og at det er den dataansvarlige som bestemmer på hvilken måte opplysningene skal tilgjengeliggjøres. Det er et krav at opplysningene skal gjøres tilgjengelige på en måte som ivaretar informasjonssikkerheten. Helsepersonelloven § 45, som altså fastsetter plikt til å tilgjengeliggjøre journalopplysninger, regulerer imidlertid verken på hvilket tidspunkt eller på hvilken måte vurderingen av hvorvidt vilkårene for deling er oppfylt, skal gjøres. Vurderingen av om vilkårene er oppfylt kan følgelig gjøres både ved en konkret forespørsel om deling av helseopplysninger, eller i forkant når opplysningene nedtegnes, uavhengig av om det er en konkret delingssituasjon eller om det vil komme til å bli en delingssituasjon på et senere tidspunkt. Det vil i praksis være det helsepersonellet som benytter opplysningene som vurderer hva som er relevante og nødvendige opplysninger i den konkrete helsehjelpssituasjon. Det følger av helsepersonellens individansvar at de opplysninger man tilegner seg er innen rammen av tjenstlig behov.

Hva kjernejournal kan inneholde er fastsatt i kjernejournalforskriften § 4. Det følger av § 4 første ledd nr. 7 at kjernejournal blant annet kan inneholde «referanse til ytterligere informasjon, herunder epikriser, prøvesvar, billedundersøkelser og henvisninger». Det er denne bestemmelsen som er det rettslige grunnlaget for visning av referansen og dermed danner rammen for hvilken type dokumenter som kan deles via kjernejournal. Tilgjengeliggjøringen av selve dokumentene, altså innholdet i dokumentene, vil ha sitt rettslige grunnlag i pasientjournalloven § 19, jf. helsepersonelloven §§ 25 og 45.

I tillegg til bestemmelsen om hva kjernejournal kan inneholde, vil andre bestemmelser som regulerer kjernejournal også komme til anvendelse, og dermed danne rammen for dokumentdeling via kjernejournal. Eksempelvis gjelder dette kjernejournalens formål og bestemmelser om lagringstidsbegrensninger for enkelte kategoriers referanser. Det følger av kjernejournalforskriften §10 at referanser til laboratoriesvar og henvisninger skal slettes etter ett år, mens referanser til prøvesvar fra billedundersøkelser skal slettes etter fem år. Videre har den registrerte rett til å motsette seg at helseopplysninger behandles i kjernejournal, jf. pasientjournalloven § 13 tredje ledd

andre punktum. Løsningen med dokumentdeling via kjernejournal vil da heller ikke være tilgjengelige for dem som har benyttet denne retten.

Forutsatt at tiltaket holdes innen ovennevnte rammer, forventes det ikke behov for å gjennomføre endringer i lov eller forskrift for å realisere tiltaket. Behov for regelverksendringer kan imidlertid følge av tiltak knyttet til felles tillitsmodell mv. (TAG) som utarbeides i steg 1. For å sikre forutberegnelighet, kan det videre være behov for at kravene til forhåndsvurdering av hvilke journalopplysninger som kan deles tydeliggjøres, eksempelvis i forskrift hjemlet i helsepersonelloven § 45 tredje ledd.

4.1.2.1.2 Organisasjon

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «slå opp og tilgjengeliggjøre». Aktører som samarbeider gjennom et samarbeidsområde, tilgjengeliggjør dokumenter gjennom en felles front som er koordinert med andre samarbeidsområder, deriblant det nasjonale. Her trengs det felles avtaler (bl.a. bruksvilkår), prosesser og regler i tillegg til at de har felles infrastruktur. Det er behov for å koordinere og avklare hvilke dokumenttyper som er aktuelle å dele, med utgangspunkt i de dokumenttypene som er tilgjengeliggjort i utprøvingene. Det forventes at alle samarbeidsområdene i spesialisthelsetjenesten skal dekke det samme informasjonsbehovet av det som deles.

Helsepersonell hos de aktørene som tilgjengeliggjør dokumenter, må være kjent med at dette skjer og eventuelt kunne ta stilling til om det er innhold som ikke er egnet for deling med andre eller innbygger selv.

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 som i dag sendes blir tilgjengelige for oppslag.

Når nye aktører gjør flere dokumenter og dokumenttyper tilgjengelig, er det nødvendig å informere og eventuelt endre arbeidsprosesser hos konsumentene av disse. Det vil spesielt være viktig for de aktørene som i dag ikke har eller har kjernejournal, men ikke har for vane å slå opp i kjernejournal, men vil ha nytte av å gjøre dette når dokumentdeling er tilgjengelig.

Dagens nasjonale løsning for dokumentdeling er delvis sikret midler til drift så lenge utprøvningsprosjektene pågår. Når løsningen går fra prosjekt til forvaltning i linjen er det nødvendig at det kommer på plass prosesser, rutiner og midler som sikrer en stabil drift og forvaltning videre. Jo flere aktører som tar i bruk dokumentdeling, jo større behov for brukerstøtte og saksbehandling er det.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

- Avklare hvilke(t) samarbeidsområde(r) avtalespesialistene skal være en del av
- Avklare hvilke dokumenttyper helseforetakene i Helse Midt skal dele
- Avklare hvilke dokumenttyper avtalespesialistene skal dele
- Avklare om det er flere dokumenttyper som skal deles fra Helse Vest, Helse Sør-Øst og Helse Nord og hvis ja, hvilke
- Sikre at aktører som får mulighet til å konsumere dokumenter, får tilrettelagt for dette i arbeidsprosessene sine
- Sikre at helsepersonell hos aktører som skal dele dokumenter, har forstått hvilke dokumenter som vil bli tilgjengelig for deling og hvilke som ikke vil bli det, både for innbygger og til annet helsepersonell.
- Sikre at den nasjonale løsningen har rutiner og prosesser for drift og forvaltning og at ansvaret for dette er avtalt.

- Sikre at resterende aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste som får tilgang til kjernejournal, får opplæring i bruk og tilrettelagt sine arbeidsprosesser til dette.

4.1.2.1.3 Semantisk

For å sikre semantisk samhandlingsevne og lik implementasjon av IHE XDS, er det utviklet en norsk profil for metadata¹¹. Denne ble oppdatert etter utprøvingen i Helse Sør-Øst og Helse Nord og vil være gjeldende for de kommende innføringene.

Tiltaket vil kreve mapping av informasjonselementer/dokument-typer i journalløsning mot de dokumentkategorier som kan deles via kjernejournal (jf. forskrift). Denne mappingen skal skje i henhold til IHE XDS metadatastandard (SOAP). Profilen IHE MHD (FHIR og REST-basert) kan være aktuell å ta i bruk på sikt, men det vil kreve arbeid på informasjonsmodell og FHIR.

Helse Vest vil kunne gjenbruke mye av det som er gjort ifm. utprøvingene i Helse Sør-Øst og Helse Nord da de alle bruker DIPS som journalløsning. Helse Midt må gjøre egne vurderinger for å mappe mot det som EPIC tilbyr gjennom Helseplattformen.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

- Mapping av dokumenttyper som deles av helseforetakene i Helse Midt mot dokumentkategoriene som kan deles via kjernejournal
- Mapping av dokumenttyper som deles av avtalespesialistene mot dokumentkategoriene som kan deles via kjernejournal

4.1.2.1.4 Teknisk

Den nasjonale infrastrukturen for å slå opp journaldokumenter gjennom kjernejournal er etablert og i drift og det er ikke forventet større endringer på denne for å sikre teknisk samhandlingsevne. Det må vurderes om det er behov for oppgradering av komponentene for å sikre at de skalerer når man legger til nye produsenter og konsumenter.

For å kunne tilgjengeliggjøre journaldokumenter fra de ulike systemene som benyttes, må det tilrettelegges hos den enkelte aktør. For de etablerte samarbeidsområdene, Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest, vil dette være på plass når steg 2 starter.

Per 2021 mangler det løsning og arkitektur på flere komponenter (dokumentlager, dokumentregister, og samhandlingskomponent (XCA)) for at avtalespesialistene skal kunne dele. Når det gjelder helseforetakene i Helse Midt, vil det være Helseplattformen som tilbyr disse komponentene. Det er planlagt et mulig løp som kan medføre at Helseplattformen blir en kilde i løpet av andre halvår 2023. Denne planen forutsetter at tilpasninger til EPICs løsninger bestilles desember 2021.

Det er forutsatt at prosjekt TAG i steg 1 vil etablere enighet om tillitstjenestene som kreves for at konsumentene av dokumentdeling tilfredsstillir sikkerhetskravene de dataansvarlig har ved deling av dokumenter. Det er forventet at disse sikkerhetskravene vil påvirke de eksisterende integrasjonene mellom kjernejournal og journalsystemene til konsumentene og at disse dermed må oppgraderes for at alle som bruker kjernejournal kan slå opp og lese dokumentene som deles fra de ulike aktørene. I utprøvingene er dette løst ved en såkalt «white-list» som lister spesifikt hvilke brukere og aktører som får tilgang til tjenesten.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

¹¹ <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/ihe-xds-metadata>

- Etablere infrastruktur for avtalespesialistene. Det vil være dokumentlager, dokumentregister og samhandlingskomponent (koblingspunkt/XCA)
- Etablere infrastruktur for Helse Midt. Det vil være dokumentlager, dokumentregister og samhandlingskomponent (koblingspunkt/XCA)
- Etablere integrasjoner mellom nye koblingspunkter og det nasjonale koblingspunktet, deriblant konfigurering av det nasjonale koblingspunktet
- Sikre at alle helseforetak i Helse Vest og Helse Midt kan dele dokumenter fra henholdsvis sine samarbeidsområder
- Justere løsning mot Helsenorge som sikrer at innbyggere også får tilgang til dokumenter fra nye aktører
- Oppgradere eksisterende nasjonal infrastruktur for å kunne håndtere økt antall konsumenter og produsenter
- Oppgradere integrasjonene mellom EPJ og kjernejournal for alle aktører som skal være konsumenter slik at de tilfredsstiller sikkerhetskrav til de som deler dokumenter
- Innføre kjernejournal for resterende aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste som ikke har tilgang på dette per 2022.
- Sikre teknisk drift og forvaltning hos NHN når spesialisthelsetjenesten deler

4.1.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket forutsetter at drift og forvaltning av den nasjonale løsningen for dokumentdeling er etablert i steg 1 leveransene
- Tiltaket er avhengig av at felles tillitsmodell og sikkerhetsmodell, som utarbeides i steg 1 (TAG) av program digital samhandling er avklart, herunder mulige behov for regelverksendringer.
- Tiltaket er avhengig av tidlig dialog og samarbeid med EPJ-leverandørene og videreføre dette frem til realisering
- Det forutsettes at Helseplattformen prioriterer inn arbeid med dokumentdeling i tidsrommet for steg 2

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

4.2.1 Måloppnåelse

4.2.1.1 Beskrivelse

Formålet med tiltaket er å få tilrettelagt for at legevakter og øyeblikkelig hjelp døgnetenhet (ØHD – også kalt KAD, kommunal akutt døgnetenhet) kan dele journaldokumenter med andre aktører, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen. Denne består av et nasjonalt koblingspunkt (XCA), sikkerhetsmodell og tillitstjenester og et brukergrensesnitt i kjernejournal. Det er tidligere utarbeidet en målarkitektur for nasjonal dokumentdeling som vil være den konseptuelle beskrivelsen for dette tiltaket. I henhold til denne arkitekturen, vil de nye aktørene som skal dele journaldokumenter, danne hensiktsmessige samarbeidsområder og etablere, for hver av disse, et koblingspunkt og et dokumentregister, samt avklare hvilke dokumentlagre som skal brukes. Det er uavklart hvilke samarbeidsområder som legevakter og ØHD vil utgjøre eller være en del av. Det er også uavklart hvilke dokumenter som det er nyttig at disse aktørene deler, men det er naturlig å ta utgangspunkt i hva de i dag deler manuelt eller ved hjelp av meldingsutveksling. Journalnotatene fra legevakt sendes ofte til fastleger og pasienter får med papirutskrift. Etter innleggelse på ØHD lages en oppsummering som sendes fastlege og trolig også andre kommunale tjenester. ØHD er en kommunal helse og omsorgstjeneste. Dette understøtter oppfatningen om at de fleste kommuner og ØHD-samarbeid bruker kommunens eller vertskommunens journalløsning.

Journaldokumentene som tilgjengeliggjøres vil kunne slås opp og leses av alle aktører som har tilgang til kjernejournal og som tilfredsstillers sikkerhets- og tilgangskravene for dokumentdeling. Dette vil både være helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Innbygger vil kunne få innsyn i tilgjengeliggjorte dokumenter gjennom eksisterende løsning for dette i Helsenorge.

Tiltaket vil innføre dokumentdeling fra legevakt og ØHD i alle regioner i Norge. I Helse Midt vil det være et skille mellom de som er en del av Helseplattformen og de som er utenfor.

4.2.1.2 Veikartfase

Den nasjonale tilretteleggingen er gjort gjennom utprøvningsprosjektene og tiltaket skal bidra til at det tilrettelegges for legevakt og ØHD skal dele dokumenter og arbeid med å sikre endring i virksomhetene. Hvordan dette gjøres er ikke avklart, og det kan være elementer av nasjonal tilrettelegging også. Veikartfasene er ikke en lineær prosess.



Figur 9: Verdikjedefaser for tiltaket

4.2.1.3 Resultatmål

- Det er etablert informasjonstjeneste for deling av dokumenter fra legevakt og ØHD til helsepersonell og innbygger

4.2.1.4 Informasjonstjenester og behov

Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten Journaldokumenter gjennom behovet:

- Journaldokumenter fra legevakt og ØHD

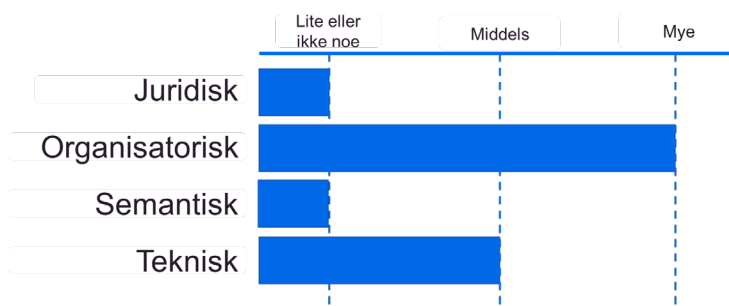
4.2.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

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

4.2.2 Beskrivelse av omfang

4.2.2.1 Samhandlingsevne

Det er forventet mye arbeid i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne. Når det gjelder det tekniske, vil det kreve en del arbeid i forbindelse med etablering av infrastruktur hos aktørene som skal dele.



Figur 10 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

4.2.2.1.1 Juridisk

Vurderingen av den juridiske samhandlingsevnen er lik den som er beskrevet i tiltak JD-1, kap. 4.1.2.1.1.

4.2.2.1.2 Organisasjon

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «slå opp og tilgjengeliggjøre». Aktører som samarbeider gjennom et samarbeidsområde, tilgjengeliggjør dokumenter gjennom en felles front som er koordinert med andre samarbeidsområder, deriblant det nasjonale. Her trengs det felles avtaler (bl.a. bruksvilkår), prosesser og regler i tillegg til at de har felles infrastruktur. For aktørene i tiltaket er det ikke avklart hvem som utgjør et samarbeidsområde og det vil være en sentral del av tiltaket å få på plass dette. For region midt vil det være naturlig at legevakt- og ØHD-aktørene som tar i bruk Helseplattformen er en del av det samarbeidsområdet. For resten av landet vil aktører knyttet til Felles kommunal journal trolig inngå et samarbeidsområde, men det er uklart når dette vil være aktuelt.

Videre vil det være behov for å koordinere og avklare hvilke dokumenttyper som er aktuelle å dele. Helsepersonell på legevakt og ØHD er vant til at mange av deres dokumenter deles med andre ved at de sendes til henvisende leger og fastleger. Det vil bli nødvendig med opplæring og avklaring av om dokumentdeling vil 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.

Når nye aktører gjør flere dokumenter og dokumenttyper tilgjengelig, er det nødvendig å informere og eventuelt endre arbeidsprosesser hos konsumentene av disse.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

- Avklare hvilke(t) samarbeidsområde(r) legevakt og ØHD skal være en del av
- Avklare hvilke dokumenttyper legevakt og ØHD skal dele
- Sikre at aktører som får mulighet til å konsumere dokumenter, får tilrettelagt for dette i arbeidsprosessene sine
- Sikre at helsepersonell hos aktører som skal dele dokumenter, har forstått hvilke dokumenter som vil bli tilgjengelig for deling og hvilke som ikke vil bli det, både for innbygger og til annet helsepersonell.

4.2.2.1.3 Semantisk

For å sikre semantisk samhandlingsevne og lik implementasjon av IHE XDS må implementeringen være i henhold til den norske profilen for metadata. Denne ble oppdatert etter utprøvingen i Helse Sør-Øst og Helse Nord og vil være gjeldende for de kommende innføringene.

Tiltaket vil kreve mapping av informasjonselementer/dokumenttyper i journalsystemene til legevakt og ØHD mot de dokumentkategorier som kan deles via kjernejournal (jf. forskrift). Denne mappingen skal skje i henhold til IHE XDS metadatastandard (SOAP). Profilen IHE MHD (FHIR og REST-basert) kan være aktuell å ta i bruk på sikt, men det vil kreve arbeid på informasjonsmodell og FHIR.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

- Mapping av dokumenttyper som deles av legevakt mot dokumentkategoriene som kan deles via kjernejournal
- Mapping av dokumenttyper som deles av ØHD mot dokumentkategoriene som kan deles via kjernejournal

4.2.2.1.4 Teknisk

Den nasjonale infrastrukturen for å slå opp journaldokumenter gjennom kjernejournal er etablert og i drift og det er ikke forventet større endringer på denne for å sikre teknisk samhandlingsevne. Det må løpende vurderes om det er behov for oppgradering av komponentene for å sikre at de skalerer når man legger til nye produsenter og konsumenter.

Det er ikke etablert noen samarbeidsområder som legevakt og ØHD er en del av og det mangler løsning og arkitektur på flere komponenter (dokumentlager, dokumentregister, og samhandlingskomponent (XCA)) for at legevakt og ØHD skal kunne dele. For å kunne tilgjengeliggjøre journaldokumenter fra de ulike systemene som benyttes, må det tilrettelegges i journalsystemene hos den enkelte aktør.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

- Etablere infrastruktur i hvert samarbeidsområde som etableres for legevakt og ØHD. Det vil være et dokumentregister, en samhandlingskomponent (koblingspunkt/XCA) og ett eller flere dokumentlager.
- Etablere integrasjoner mellom nye koblingspunkter og det nasjonale koblingspunktet, deriblant konfigurering av det nasjonale koblingspunktet
- Oppgradere løsning mot Helsenorge som sikrer at innbyggere også får tilgang til dokumenter fra nye aktører
- Oppgradere eksisterende nasjonal infrastruktur for å kunne håndtere økt antall konsumenter og produsenter
- Sikre teknisk drift og forvaltning hos NHN når legevakt og ØHD deler

4.2.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

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

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

4.3.1 Måloppnåelse

4.3.1.1 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. Denne består av et nasjonalt koblingspunkt (XCA), sikkerhetsmodell og tillitstjenester og et brukergrensesnitt i kjernejournal.

Det er tidligere utarbeidet en målarkitektur for nasjonal dokumentdeling som vil være den konseptuelle beskrivelsen for dette tiltaket. I henhold til denne arkitekturen, vil de nye aktørene som skal dele journaldokumenter, danne hensiktsmessige samarbeidsområder og etablere, for hver av

disse, et koblingspunkt og et dokumentregister, samt avklare hvilke dokumentlagre som skal brukes. Det er uavklart hvilke samarbeidsområder kommunal helse- og omsorgstjeneste vil utgjøre eller være en del av.

Det er også uavklart hvilke dokumenter som det er nyttig at disse aktørene deler, men det er naturlig å ta utgangspunkt i hva de i dag deler manuelt eller ved hjelp av meldingsutveksling. Dette kan eksempelvis være kvalitetsindikatorer, årskontroll, mottatte tilbud av tjenester, utskrivningsnotat, vekstkurver, hørselstester, faste årskontroller, m.m.

Journaldokumentene som tilgjengeliggjøres vil kunne slås opp og leses av alle aktører som har tilgang til kjernejournal og som tilfredsstiller sikkerhets- og tilgangskravene for dokumentdeling. Dette vil både være helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Innbygger vil kunne få innsyn i tilgjengeliggjorte dokumenter gjennom eksisterende løsning for dette i Helsenorge.

Tiltaket vil legge til rette for innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste i alle regioner og man vil jobbe for at følgende aktører kan dele dokumenter:

- Kommunal helse- og omsorgsinstitusjon (sykehjem, Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige eller barn og unge under 18 år m.fl.)
- Hjemmebaserte tjenester
- Lokal rehabilitering
- Privatpraktiserende fysioterapeuter og manuellterapeuter med driftstilskudd fra kommunen
- Helsestasjon og skolehelsetjeneste, jordmortjeneste

Fastleger ansatt i kommunen vil være en del av tiltak JD-4. I Helse Midt vil det være et skille mellom de som er en del av Helseplattformen og de som er utenfor.

4.3.1.2 Veikartfase

Den nasjonale tilretteleggingen er gjort gjennom utprøvningsprosjektene og tiltaket skal bidra til at det tilrettelegges for kommunal helse- og omsorgssektor skal dele dokumenter og arbeid med å sikre endring i virksomhetene. Hvordan dette gjøres er ikke avklart, og det kan være elementer av nasjonal tilrettelegging også. Veikartfasene er ikke en lineær prosess.



Figur 11: Verdikjedefaser for tiltaket

4.3.1.3 Resultatmål

- Det er etablert informasjonstjeneste for deling av dokumenter fra kommunale helse- og omsorgstjenester til helsepersonell og innbygger

4.3.1.4 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

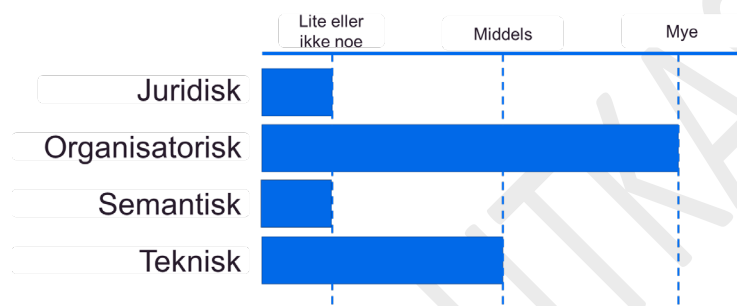
4.3.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

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

4.3.2 Beskrivelse av omfang

4.3.2.1 Samhandlingsevne

Det er forventet mye arbeid for å sikre organisatorisk samhandlingsevne. Når det gjelder det tekniske, vil det kreve en del arbeid i forbindelse med etablering av infrastruktur hos aktørene som skal dele.



Figur 12 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

4.3.2.1.1 Juridisk

Vurderingen av den juridiske samhandlingsevnen er lik den som er beskrevet i tiltak JD-1, kap. 4.1.2.1.1.

4.3.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «slå opp og tilgjengeliggjøre». Aktører som samarbeider gjennom et samarbeidsområde, tilgjengeliggjør dokumenter gjennom en felles front som er koordinert med andre samarbeidsområder, deriblant det nasjonale. Her trengs det felles avtaler (bl.a. bruksvilkår), prosesser og regler i tillegg til at de har felles infrastruktur. For aktørene i tiltaket er det ikke avklart hvem som utgjør samarbeidsområder og det vil være en sentral del av tiltaket å få på plass dette. For Helse Midt vil det være naturlig at aktørene som tar i bruk Helseplattformen, er en del av det samarbeidsområdet, men det er uavklart for resten i Helse Midt. For resten av landet vil det være naturlig at aktører knyttet til Felles kommunal journal inngår et samarbeidsområde.

Videre vil det da være behov for å koordinere og avklare hvilke dokumenttyper som er aktuelle å dele. Enkelte av aktørene sender i dag utvalgte journalelementer eller journalinformasjon som meldinger.

Det vil bli nødvendig med opplæring og avklaring av om dokumentdeling vil 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. Det kan være snakk om kvalitetsindikatorer, årskontroll, mottatte tilbud av tjenester, utskrivningsnotat, vekstkurver, hørsestester, faste årskontroller, m.m. 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.

Når nye aktører gjør flere dokumenter og dokumenttyper tilgjengelig, er det nødvendig å informere og eventuelt endre arbeidsprosesser hos konsumentene av disse.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

- Avklare hvilke(t) samarbeidsområde(r) kommunal helse- og omsorgstjeneste skal være en del av
- Avklare hvilke dokumenttyper kommunal helse- og omsorgstjeneste skal dele
- Sikre at aktører som får mulighet til å konsumere dokumenter, får tilrettelagt for dette i arbeidsprosessene sine
- Sikre at helsepersonell hos aktører som skal dele dokumenter, har forstått hvilke dokumenter som vil bli tilgjengelig for deling og hvilke som ikke vil bli det, både for innbygger og til annet helsepersonell.

4.3.2.1.3 Semantisk

For å sikre semantisk samhandlingsevne og lik implementasjon av IHE XDS må implementeringen være i henhold til den norske profilen for metadata. Denne ble oppdatert etter utprøvingen i Helse Sør-Øst og Helse Nord og vil være gjeldende for de kommende innføringene.

Tiltaket vil kreve mapping av informasjonselementer/dokumenttyper i journalsystemene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten mot de dokumentkategorier som kan deles via kjernejournal (jf. forskrift). Virksomhetene må gjøre en faglig vurdering og mappe aktuelle dokumenttyper. Denne mappingen skal skje i henhold til IHE XDS metadatastandard (SOAP). Profilen IHE MHD (REST) kan være aktuell å ta i bruk på sikt, men det vil kreve arbeid på informasjonsmodell og FHIR.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

- Mapping av dokumenttyper som deles av kommunal helse- og omsorgstjeneste mot dokumentkategoriene som kan deles via kjernejournal

4.3.2.1.4 Teknisk

Den nasjonale infrastrukturen for å slå opp journaldokumenter gjennom kjernejournal er etablert og i drift og det er ikke forventet større endringer på denne for å sikre teknisk samhandlingsevne. Det må løpende vurderes om det er behov for oppgradering av komponentene for å sikre at de skalerer når man legger til nye produsenter og konsumenter.

Det er ikke etablert noen samarbeidsområder som kommunal helse- og omsorgstjeneste er en del av og det mangler løsning og arkitektur på flere komponenter (dokumentlager, dokumentregister, og samhandlingskomponent (XCA)) for at de skal kunne dele. For å kunne tilgjengeliggjøre journaldokumenter fra de ulike systemene som benyttes, må det tilrettelegges i journalsystemene hos den enkelte aktør.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

- Etablere infrastruktur i hvert samarbeidsområde som etableres for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det vil være et dokumentregister, en samhandlingskomponent (koblingspunkt/XCA) og ett eller flere dokumentlager.
- Etablere integrasjoner mellom nye koblingspunkter og det nasjonale koblingspunktet, deriblant konfigurering av det nasjonale koblingspunktet
- Oppgradere løsning mot Helsenorge som sikrer at innbyggere også får tilgang til dokumenter fra nye aktører
- Oppgradere eksisterende nasjonal infrastruktur for å kunne håndtere økt antall konsumenter og produsenter
- Sikre teknisk drift og forvaltning hos NHN når kommunal helse- og omsorgstjeneste deler

4.3.2.2 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, herunder mulige behov for regelverksendringer.
- 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
- Helsestasjon og skolehelsetjeneste har ikke tilgang til kjernejournal per 2021 og det foreligger ingen innføringsplaner på dette. Det hindrer ikke at de kan være en del av aktørene som deler dokumenter, men de kan ikke konsumere før dette er på plass.

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

4.4.1 Måloppnåelse

4.4.1.1 Beskrivelse

Formålet med tiltaket er å få tilrettelagt for at fastleger kan dele journaldokumenter med andre aktører, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen. Denne består av et nasjonalt koblingspunkt (XCA), sikkerhetsmodell og tillitstjenester og et brukergrensesnitt i kjernejournal.

Det er tidligere utarbeidet en målarkitektur for nasjonal dokumentdeling som vil være den konseptuelle beskrivelsen for dette tiltaket. I henhold til denne arkitekturen, vil fastlegene som skal dele journaldokumenter, danne hensiktsmessige samarbeidsområder og etablere, for hver av disse, et koblingspunkt og et dokumentregister, samt avklare hvilke dokumentlagre som skal brukes. Det er uavklart hvilke samarbeidsområder fastlegene vil utgjøre eller være en del av.

Det er også uavklart hvilke dokumenttyper det er aktuelt å dele fra fastlegene, men eksempelvis kan dette være en form for klinisk oppsummering.

Journaldokumentene som tilgjengeliggjøres vil kunne slås opp og leses av alle aktører som har tilgang til kjernejournal og som tilfredsstillere sikkerhets- og tilgangskravene for dokumentdeling. Dette vil både være helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Innbygger vil kunne få innsyn i tilgjengeliggjorte dokumenter gjennom eksisterende løsning for dette i Helsenorge.

Tiltaket vil innføre dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste i alle regioner, men i Helse Midt vil det være et skille mellom de som er en del av Helseplattformen og de som er utenfor.

4.4.1.2 Veikartfase

Den nasjonale tilretteleggingen er gjort gjennom utprøvningsprosjektene og tiltaket skal bidra til at det tilrettelegges for at fastleger skal dele dokumenter og arbeid med å sikre endring i virksomhetene. Hvordan dette gjøres er ikke avklart, og det kan være elementer av nasjonal tilrettelegging også. Veikartfasene er ikke en lineær prosess.



Figur 13: Verdikjedefaser for tiltaket

4.4.1.3 Resultatmål

- Det er etablert informasjonstjeneste for deling av dokumenter fra fastleger til helsepersonell og innbygger

4.4.1.4 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten Journaldokumenter gjennom behovet:

- Journaldokumenter fra fastleger

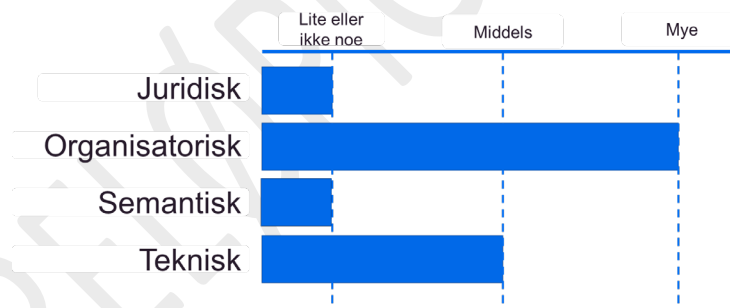
4.4.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

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

4.4.2 Beskrivelse av omfang

4.4.2.1 Samhandlingsevne

Det er forventet mye arbeid for å sikre organisatorisk samhandlingsevne. Når det gjelder det tekniske, vil det kreve en del arbeid i forbindelse med etablering av infrastruktur hos aktørene som skal dele.



Figur 14 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

4.4.2.1.1 Juridisk

Vurderingen av den juridiske samhandlingsevnen er lik den som er beskrevet i tiltak JD-1, kap. 4.1.2.1.1.

4.4.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «slå opp og tilgjengeliggjøre». Aktører som samarbeider gjennom et samarbeidsområde, tilgjengeliggjør dokumenter gjennom en felles front som er koordinert med andre samarbeidsområder, deriblant det nasjonale. Her trengs det felles avtaler (bl.a. bruksvilkår), prosesser og regler i tillegg til at de har felles infrastruktur. For fastlegene er det ikke avklart hvilke samarbeidsområder som skal opprettes og det vil være en sentral del av tiltaket å få på plass dette. For Helse Midt vil det være naturlig at fastleger som tar i bruk Helseplattformen, er en del av det samarbeidsområdet, men det er uavklart for resten i Helse Midt. For resten av landet vil fastleger knyttet til Felles kommunal journal trolig inngå et samarbeidsområde.

Videre vil det da være behov for å koordinere og avklare hvilke dokumenttyper som er aktuelle å dele. 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. Det vil bli nødvendig med opplæring og avklaring av hvordan dokumentdeling vil medføre endringer i dokumentasjonspraksis. 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.

Når fastleger gjør dokumenter tilgjengelig, er det nødvendig å informere og eventuelt endre arbeidsprosesser hos de som vil konsumere disse.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

- Avklare hvilke(t) samarbeidsområde(r) fastlegene skal være en del av
- Avklare hvilke dokumenttyper fastlegene skal dele
- Sikre at aktører som får mulighet til å konsumere dokumenter, får tilrettelagt for dette i arbeidsprosessene sine
- Sikre at fastleger som skal dele dokumenter, har forstått hvilke dokumenter som vil bli tilgjengelig for deling og hvilke som ikke vil bli det, både for innbygger og til annet helsepersonell.

4.4.2.1.3 Semantisk

For å sikre semantisk samhandlingsevne og lik implementasjon av IHE XDS må implementeringen være i henhold til den norske profilen for metadata. Denne ble oppdatert etter utprøvingen i Helse Sør-Øst og Helse Nord og vil være gjeldende for de kommende innføringene.

Tiltaket vil kreve mapping av informasjonselementer/dokumenttyper i journalløsningen til fastlegene mot de dokumentkategorier som kan deles via kjernejournal (jf. forskrift). Fastlegene må gjøre en faglig vurdering og mappe aktuelle dokumenttyper. Denne mappingen skal skje i henhold til IHE XDS metadatastandard (SOAP). Profilen IHE MHD (REST) kan være aktuell å ta i bruk på sikt, men det vil kreve arbeid på informasjonsmodell og FHIR.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

- Mapping av dokumenttyper som deles av fastlegene mot dokumentkategoriene som kan deles via kjernejournal

4.4.2.1.4 Teknisk

Den nasjonale infrastrukturen for å slå opp journaldokumenter gjennom kjernejournal er etablert og i drift og det er ikke forventet større endringer på denne for å sikre teknisk samhandlingsevne. Det må løpende vurderes om det er behov for oppgradering av komponentene for å sikre at de skalerer når man legger til nye produsenter og konsumenter.

Det er ikke etablert noen samarbeidsområder som fastlegene er en del av og det mangler løsning og arkitektur på flere komponenter (dokumentlager, dokumentregister, og samhandlingskomponent (XCA)) for at de skal kunne dele. For å kunne tilgjengeliggjøre journaldokumenter fra de ulike systemene som benyttes, må det tilrettelegges i journalsystemene hos den enkelte aktør.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

- Etablere infrastruktur i hvert samarbeidsområde som etableres for fastlegene. Det vil være et dokumentregister, en samhandlingskomponent (koblingspunkt/XCA) og ett eller flere dokumentlager.
- Etablere integrasjoner mellom nye koblingspunkter og det nasjonale koblingspunktet, deriblant konfigurering av det nasjonale koblingspunktet
- Oppgradere løsning mot Helsenorge som sikrer at innbyggere også får tilgang til dokumenter fra nye aktører
- Oppgradere eksisterende nasjonal infrastruktur for å kunne håndtere økt antall konsumenter og produsenter
- Sikre teknisk drift og forvaltning hos NHN når fastleger deler

4.4.2.2 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, herunder mulige behov for regelverksendringer.
- 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

5 Kritisk informasjon

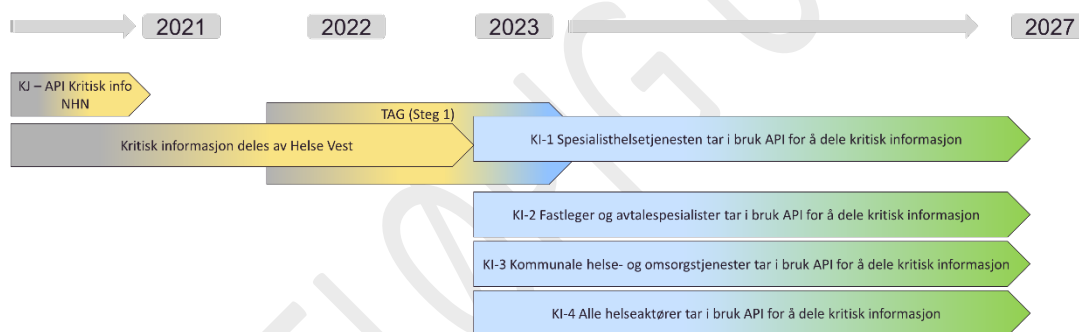
Kritisk informasjon er helseopplysninger om pasienten som det er viktig å kjenne til for å kunne gi en god og sikker helsehjelp. Dette er informasjon som i en behandlingssituasjon eller ved en undersøkelse kan medføre at planlagte tiltak endres, og kanskje redder pasientens liv eller forhindrer alvorlig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

Kritisk informasjon er tilgjengelig for helsepersonell gjennom direkteintegrasjon med kjernejournal eller webapplikasjonen «kjernejournal portal». Informasjonen synkroniseres imidlertid ikke med journalløsningene til helsepersonell, og krever at de må registrere kritisk informasjon både i egenjournalløsning og i kjernejournal. Da samme informasjon må registreres flere steder viser det seg at dette i varierende grad blir gjort. Dette gjør at kritisk informasjon i kjernejournal ofte ikke er oppdatert og helsepersonell kan derfor ikke være sikre på om de har oversikt over all registrert kritisk informasjon.

Norsk helsenett har på oppdrag fra Direktoratet for e-helse ferdigstilt et grensesnitt for utveksling av kritisk informasjon med kjernejournal. Grensesnittet støtter de seks ulike kategoriene (FHIR-profiler) av kritisk informasjon som er spesifisert i standarden for kritisk informasjon. Helsepersonell skal da, gjennom egen journalløsning, kunne endre eller dele kritisk informasjon som lagres i kjernejournal. Dette vil gi innbyggerne tjenester av høyere kvalitet og økt pasientsikkerhet da helsepersonell vil få tilgang til et bredere beslutningsgrunnlag og der kritisk informasjon registrert i lokal journalløsning alltid vil være synlig i kjernejournal. Dette vil kunne gi en mer effektiv ressursbruk som følge av at helsepersonell får enklere tilgang til relevant informasjon og redusert administrativ byrde ved færre dobbeltregistreringer.

Utprøvingen av grensesnittet vil skje i samarbeid med Helse Vest som har startet arbeidet med å tilrettelegge i sine fagsystemer. Utprøvingen i Helse Vest omfatter foreløpig kun én kategori av kritisk informasjon, overfølsomhetsreaksjoner. De andre kategoriene er komplikasjoner ved anestesi, kritiske medisinske tilstander, pågående behandlinger/implantater, endringer i behandlingsrutiner (eks. avgrensning av livsforlengende behandling) og smitte og Helse Vest vil fortsette med disse i 2023. For å realisere informasjonstjenesten kritisk informasjon, er det behov for å gjøre utprøvinger på de fem andre kategoriene, samt få flere aktører til å ta i bruk grensesnittet. I Helse Vest er det journalløsningen deres (DIPS) som vil bli integrert med kjernejournal og så vil de koordinere kritisk informasjon fra andre kliniske fagsystemer med DIPS. I utprøvingen er det kun kurveløsningen som integreres med DIPS av fagsystemene i Helse Vest.

Prosjekt Tillitstjenester, API-håndtering, Grunndata (TAG) i program digital samhandling steg 1, vil som en del av steg 1 gjennomføre en begrenset utprøving av grensesnitt for kritisk informasjon sammen med Helse Vest og NHN. I forkant av utprøvingen vil de gjøre en GAP-analyse av forskjellene mellom den nåværende standarden for kritisk informasjon og International Patient Summary¹² (IPS) og oppdatere standarden for kritisk informasjon og grensesnittet dersom det er behov. IPS er et overordnet internasjonalt rammeverk for strukturering og utveksling av oppsummerende pasientopplysninger og tilbakemeldinger fra aktører i helse- og omsorgssektoren er at det er nødvendig å se på hvorvidt den nasjonale standarden for kritisk informasjon må harmonisere bedre med denne.



Figur 15 Tidslinje for tiltak knyttet til samhandlingsområdet Kritisk informasjon

BEHOV SOM MÅ DEKkes	KONSEPT FOR TILTAK	NYTTE
Kritisk informasjon om pasienten er ofte ikke oppdatert i kjernejournal og helsepersonell kan derfor ikke være sikker på at de har oversikt over all registrert kritisk informasjon.	Informasjonstjenesten kritisk informasjon gjøres tilgjengelig via grensesnitt i kjernejournal, slik at helsepersonell gjennom egen journalløsning kan endre eller dele kritisk informasjon som lagres i Kjernejournal.	Økt pasientsikkerhet ved at oppdatert kritisk informasjon er tilgjengelig, samt tidsbesparelser ved å unngå dobbeltregistrering og leting etter informasjon.

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

5.1.1 Måloppnåelse

5.1.1.1 Beskrivelse

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

¹² NS-EN 17269 Health informatics - The International Patient Summary

Aktører i omfanget til tiltaket:

- Helseforetak i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest.
- Aktører tilknyttet Helseplattformen i Helse Midt

Tiltaket vil treffe helsepersonell i spesialisthelsetjenesten som skal registrere, oppdatere eller lese kritisk informasjon om en pasient. I tillegg vil alle som har tilgang til kjernejournal gjennom portal eller egen EPJ, få tilgang til å lese informasjonen. Deling av kritisk informasjon fra avtalespesialister er ikke en del av dette tiltaket (se tiltak KI-2).

Tiltaket skal sikre at aktørene tar i bruk grensesnitt for kritisk informasjon (KI API) i sine sentrale fagsystemer og dermed kan lese, registrere og oppdatere kritisk informasjon, innenfor alle de seks spesifiserte kategoriene, mot kjernejournal. Kjernejournal skal etter innføringen inneholde den samme kritiske informasjonen som helseforetakene har i sine kliniske fagsystemer. Ved bruk av KI API slipper helsepersonell i spesialisthelsetjenesten å bruke kjernejournal portal for å registrere, oppdatere eller lese kritisk informasjon, og vil få den samme informasjonen i sitt EPJ.

Utprøvingen i Helse Vest vil gi nyttig erfaring for andre i spesialisthelsetjenesten. Denne erfaringen vil gi mest verdi dersom Helse Vest velger å ta i bruk grensesnittet mellom kjernejournal og DIPS.

Det vil i steg 1 bli gjort vurderinger på om standarden for kritisk informasjon skal oppdateres. Tiltaket skal være i henhold til den oppdaterte standarden som er gjeldende etter utprøvingen. Denne vil ikke være normert og tiltaket må også omfatte arbeid med dette.

5.1.1.2 Veikartfase

API for kritisk informasjon er utviklet og det vil i steg 2 være utprøvd i Helse Vest. Steg 2 vil derfor være innføringsaktiviteter gjennom tilrettelegging i helse- og omsorgssektoren og endring i virksomhetene.



Figur 16: Verdikjedefaser for tiltaket

5.1.1.3 Resultatmål

- De sentrale kliniske fagsystemene i spesialisthelsetjenesten er integrert med API-et for kritisk informasjon i kjernejournal
- Standarden for kritisk informasjon er normert, minimum som «anbefalt standard»

5.1.1.4 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

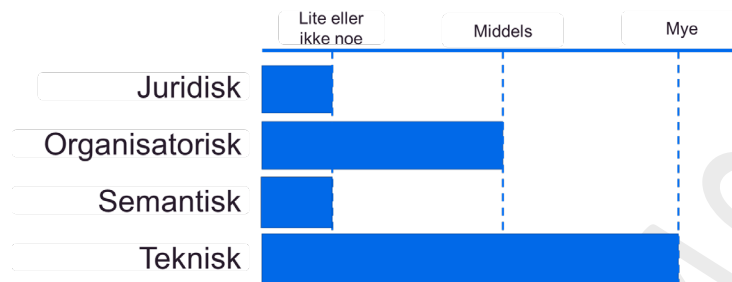
5.1.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

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

5.1.2 Beskrivelse av omfang

5.1.2.1 Samhandlingsevne

Det meste av arbeidet som sikrer samhandlingsevne innenfor det juridiske, organisatoriske og semantiske blir avklart i forkant av steg 2. Til dels også det tekniske, men det forventes mange tekniske tilpasninger i de kliniske fagsystemene som tar i bruk KI API, samt justeringer i forbindelse med at de siste kategoriene utprøves før bredding.



Figur 17 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

5.1.2.1.1 Juridisk

I henhold til helsepersonelloven §§ 25 og 45 er det både adgang og plikt til å dele helseopplysninger når dette er nødvendig for en forsvarlig helsehjelp, med mindre pasienten motsetter seg det. Slik tilgjengeliggjøring av journalopplysninger kan gjøres av det helsepersonellet som har dokumentert opplysningene eller den dataansvarlige for opplysningene. Det følger av pasientjournalloven § 19 at den dataansvarlige plikter å sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige for det personell som trenger dem, og at det er den dataansvarlige som bestemmer på hvilken måte opplysningene skal gjøres tilgjengelige. Opplysningene skal gjøres tilgjengelige på en måte som ivaretar informasjonssikkerheten.

Kjernejournalforskriften § 4 angir hvilken informasjon som kan tilgjengeliggjøres gjennom løsningen. Det følger av § 4 første ledd nr. 5 at opplysninger om kritisk informasjon omfattes av kjernejournal.

Bestemmelsens ordlyd er konkret med tanke på spesifikke opplysninger om kritisk informasjon, men det gis også en vid mulighet for å legge inn andre kritiske opplysninger om en pasient. Her vil konkret behandlingssituasjon og konkret pasienthistorikk være avgjørende for hvilke opplysninger som legges inn.

Det er tenkt at kjernejournalen skal «speile» kritisk informasjon som er nedtegnet i ordinær journal, men at selve sammenstillingen av den kun vil foreligge i kjernejournal. Ordinære journaler inneholder diagnoser og kritisk informasjon om pasienten, men omfatter ikke en sammenstilling av informasjonen slik den vil fremgå av kjernejournal.

Det er på denne bakgrunn viktig at pasienten er informert om konsekvenser av å reservere seg mot opprettelse av kjernejournal. Helsepersonell er etter helsepersonelloven § 7 pålagt en omfattende hjelpeplikt i akutt- og øyeblikkelig hjelp-situasjoner, men vil ikke ha tilgang til pasientens kritiske informasjon dersom pasienten har reservert seg mot kjernejournal. Helsepersonell er ikke pålagt å registrere kritisk informasjon om pasienten i kjernejournal. Som følge av plikten til å yte forsvarlig hjelp etter helsepersonelloven § 4 kan det bli vurdert som en forpliktelse at informasjonen faktisk registreres i kjernejournal. Det kan også være et helsefaglig behov for å pålegge meldeplikt til å

registrere kritisk informasjon i kjernejournalen. Informasjon ut til helsepersonell knyttet til dette punkt vil derfor være viktig.

Forutsatt at tiltaket holdes innen ovennevnte rammer, forventes det ikke behov for å gjennomføre endringer i lov eller forskrift for å realisere tiltaket. Det kan imidlertid vurderes nærmere om helsepersonell bør pålegges en plikt til å registrere eller melde kritisk informasjon i kjernejournal. Dette vil eventuelt kreve endringer i kjernejournalforskriften.

5.1.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «endre og dele». For dette tiltaket betyr det at alle aktørene i spesialisthelsetjenesten jobber med de samme dataene og helsepersonell med tjenstlig behov skal kunne endre og dele kritisk informasjon som er lagret i kjernejournal. Dette innebærer også et behov for avtalte rutiner mellom aktørene for å følge opp eventuelle feil og mangler i dataene.

Alle aktører i spesialisthelsetjenesten skal i dag registrere kritisk informasjon som en del av sine arbeidsprosesser når det er aktuelt. De har også rutiner for når man trenger å få tak i denne informasjonen. Tilbakemeldingene fra utprøvingen i Helse Vest, er at det er svært mange fagsystemer som inneholder denne typen informasjon. Helseforetakene må internt i sine systemer, rutiner og arbeidsprosesser, avklare og dokumentere hvor og hvordan kritisk informasjon skal dokumenteres før man tar i bruk grensesnittet mot kjernejournal.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

- Etablering av rutiner for oppfølging av feil og mangler
- Etablering av arbeidsprosesser internt i helseforetakene for å sikre at kritisk informasjon kan endres og deles i kjernejournal

5.1.2.1.3 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).

Informasjonsmodellen er i tråd med innholdsstandarden som Helsedirektoratet laget med sektoren og er vedlikeholdt av Direktoratet e-helse og NHN, men den er ikke normert. Det vurderes om det er aktuelt å oppdatere standarden slik at den er harmonisert med den internasjonale standarden International patient summary (IPS) for informasjonselementene som utgjør kritisk informasjon. I steg 1 av program digital samhandling er det planlagt å utføre en gap-analyse av forskjellene mellom dagens standard for kritisk informasjon og IPS. Hva som skal gjøres med standarden i steg 2 avhenger av denne analysen.

API-et støtter dagens kodeverk, samt felles språk og SNOMED CT-kodene.

Det er forskjeller i hvordan legemiddelreaksjoner semantisk registreres i reseptformidleren (RF) ifm. PLL og bruk av e-resept-kjeden og hvordan det gjøres i kjernejournal når den lagrer tilsvarende som kritisk informasjon.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

- Utføre de aktivitetene som trengs for å normere omforent standard for kritisk informasjon

5.1.2.1.4 Teknisk

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

KI API er ferdig utviklet basert på dagens standard for kritisk informasjon. Det er forventet videreutvikling ifm. utprøvingen før steg 2, samt resultatet av gap-analysen mot IPS. Utprøvingen før steg 2 tar kun for seg en kategori av kritisk informasjon. Før full bredding av API-et til aktører i spesialisthelsetjenesten, er det nødvendig å prøve ut de fem andre kategoriene for eventuelt å kunne gjøre justeringer.

Webapplikasjonen til kjernejournal vil fortsatt kunne benyttes av alle aktører som ikke har tatt i bruk grensesnittene enda.

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

- Utvikling i kliniske fagsystemer når API skal tas i bruk
- Justeringer av KI API ifm. utprøvingen av de fem resterende kategoriene
- Justeringer av KI API ved bredding

5.1.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket er avhengig av at Norsk Helsenett har gjort nødvendig utvikling av grensesnitt (API) i kjernejournal. Dette er planlagt i Steg 1
- Tiltaket forutsetter at innhold i standarden for kritisk informasjon er avklart i steg 1
- Tiltaket forutsetter at løsningen er prøvd ut og tilpasset i prosjekt i Helse Vest og at sentrale valg som 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 integrerer sine systemer som bruker kritisk informasjon med den/de systemene som omfattes av tiltaket
- Tiltaket forutsetter strukturert kritisk informasjon i EPJ på aktørsiden. Dagens journalløsninger har ulik grad av dette per 2021.

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

5.2.1 Måloppnåelse

5.2.1.1 Beskrivelse

Tiltaket skal sikre at fastlegene og avtalespesialistene tar i bruk grensesnitt for kritisk informasjon (KI API) i sine kliniske fagsystemer og dermed kan lese, registrere og oppdatere kritisk informasjon mot kjernejournal, innenfor alle de seks spesifiserte kategoriene av kritisk informasjon. Disse aktørgruppene bruker mange av de samme journalløsningene og det kan være hensiktsmessig å koordinere innføringen hos disse.

Ved bruk av KI API slipper fastleger og avtalespesialister å bruke kjernejournal portal for å registrere, oppdatere eller lese kritisk informasjon, men vil få den samme informasjonen i sin journaløsning.

Aktører i omfanget av tiltaket:

- Fastleger i alle regioner, både private og kommunale
- Avtalespesialister i alle regioner

Tiltaket vil treffe fastleger og avtalespesialister som skal registrere, oppdatere eller lese kritisk informasjon om en pasient. I tillegg vil alle som har tilgang til kjernejournal gjennom portal eller egen journaløsning, fortsatt få tilgang til å lese informasjonen.

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

5.2.1.2 Veikartfase

API for kritisk informasjon er utviklet og det vil i steg 2 være utprøvd i Helse Vest. Steg 2 vil derfor være innføringsaktiviteter gjennom tilrettelegging i helse- og omsorgssektoren og endring i virksomhetene.



Figur 18: Verdikjedefaser for tiltaket

5.2.1.3 Resultatmål

- Journalløsningene hos fastleger og avtalespesialister er integrert med API-et for kritisk informasjon i kjernejournal

5.2.1.4 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

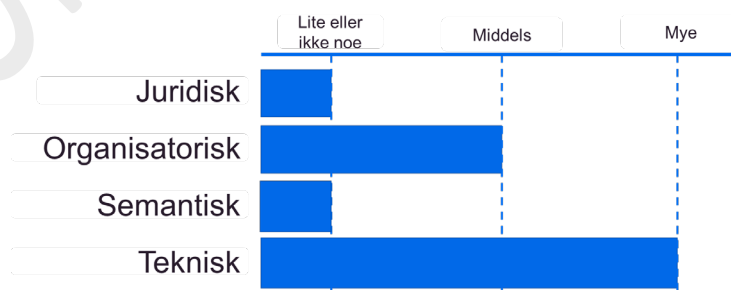
5.2.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

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

5.2.2 Beskrivelse av omfang

5.2.2.1 Samhandlingsevne

Det meste av det juridiske, organisatoriske og semantiske blir avklart i forkant av steg 2. Til dels også det tekniske, men det forventes mange tekniske tilpasninger i de kliniske fagsystemene som tar i bruk KI API, samt justeringer i forbindelse med at de siste kategoriene utprøves før bredding.



Figur 19 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

5.2.2.1.1 Juridisk

Vurderingen av den juridiske samhandlingsevnen er lik den som er beskrevet i tiltak KI-1, kap.5.1.2.1.1.

5.2.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «endre og dele». For dette tiltaket betyr det at også fastleger og avtalespesialister jobber med de samme dataene som andre som bruker KI API og at helsepersonell med tjenstlig behov skal kunne endre og dele den samme kritiske informasjonen som er lagret i kjernejournal. Dette innebærer også et behov for å ha avtalte rutiner mellom aktørene for å følge opp eventuelle feil og mangler i dataene.

Fastleger og avtalespesialister skal i dag registrere kritisk informasjon som en del av sine arbeidsprosesser når det er aktuelt. De har også rutiner for når man trenger å få tak i denne informasjonen.

Aktørene må internt i sine systemer, rutiner og arbeidsprosesser, avklare og dokumentere hvor og hvordan kritisk informasjon skal dokumenteres og brukes før man tar i bruk grensesnittet mot kjernejournal.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

- Etablering av rutiner for oppfølging av feil og mangler
- Etablering av arbeidsprosesser hos fastleger og avtalespesialister for å sikre at kritisk informasjon kan endres og deles i kjernejournal

5.2.2.1.3 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).

Informasjonsmodellen er i tråd med innholdsstandarden som Helsedirektoratet laget med sektoren og er vedlikeholdt av Direktoratet e-helse og NHN, men den er i 2021 ikke normert. I steg 1 er det planlagt å utføre en gap-analyse av forskjellene mellom dagens standard for kritisk informasjon og slik IPS støtter kritisk informasjon. Hva som skal gjøres med standarden i steg 2 avhenger av denne analysen. Tiltak KI-1 vil ha aktiviteter for å normere denne, men det er mulig at standarden vil trenge en revidering i forbindelse med KI-2.

API-et støtter dagens kodeverk, men er også mappet mot SNOMED CT-kodene.

Det er uavklart om det er noen forskjeller i hvordan legemiddelreaksjoner semantisk registreres i reseptformidleren (RF) ifm. PLL og bruk av e-resept-kjeden og hvordan det gjøres i kjernejournal når den lagrer tilsvarende som kritisk informasjon.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

- Utføre de aktivitetene som eventuelt kreves for å revidere standarden ifm. innføring av KI API hos fastleger og avtalespesialister

5.2.2.1.4 Teknisk

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

KI API er ferdig utviklet basert på dagens standard for kritisk informasjon. Det er forventet videreutvikling ifm. utprøvingen før steg 2, samt resultatet av gap-analysen mot IPS.

Webapplikasjonen til kjernejournal vil fortsatt kunne benyttes av alle aktører som ikke har tatt i bruk grensesnittene enda.

De kliniske fagsystemene hos fastleger og avtalespesialister må utvikles for å kunne endre og dele kritisk informasjon ved hjelp av API (datadeling).

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

- Utvikling i kliniske fagsystemer når API skal tas i bruk
- Justeringer av KI API ved bredding

5.2.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket er avhengig av at Norsk Helsenett har gjort nødvendig utvikling av grensesnitt (API) i kjernejournal. Dette er planlagt i Steg 1
- Tiltaket forutsetter at innhold i standarden for kritisk informasjon er avklart i steg 1
- Tiltaket forutsetter at løsningen er prøvd ut og tilpasset i prosjekt i Helse Vest og at sentrale valg som 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 integrerer sine systemer som bruker kritisk informasjon med den/de systemene som omfattes av tiltaket
- Tiltaket forutsetter strukturert kritisk informasjon i EPJ på aktørsiden. Dagens journalløsninger har ulik grad av dette per 2021.

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

5.3.1 Måloppnåelse

5.3.1.1 Beskrivelse

Tiltaket skal sikre at kommunal helse- og omsorgstjeneste tar i bruk grensesnitt for kritisk informasjon (KI API) i sine journalløsninger og dermed kan lese, registrere og oppdatere kritisk informasjon mot kjernejournal, innenfor alle de seks spesifiserte kategoriene av kritisk informasjon. Ved bruk av KI API slipper helsepersonell å bruke kjernejournalens webapplikasjon for å registrere, oppdatere eller lese kritisk informasjon, men vil få den samme informasjonen i sin journalløsning.

Aktører i kommunale helse- og omsorgstjenesten som er omfattet av tiltaket:

- Kommunal helse- og omsorgsinstitusjon (sykehjem, Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige eller barn og unge under 18 år m.fl.)
- Legevakt
- Øyeblikkelig hjelp døgnenhet (ØHD, også kalt kommunal akutt døgnenhet – KAD)
- Hjemmebaserte tjenester
- Andre kommunale aktører som yter helsehjelp og som bruker kjernejournal

Fastlegetjenesten er dekket av tiltak KI-2.

Videre vil det kunne være aktuelt for skolehelsetjenesten og helsestasjon og andre, men de har ikke tilgang til kjernejournal per i dag, og et tiltak for disse må i tilfelle også inkludere innføring av 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. I tillegg vil alle som har tilgang til kjernejournal gjennom portal eller egen journalløsning, fortsatt få tilgang til å lese informasjonen.

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

5.3.1.2 Veikartfase

API for kritisk informasjon er utviklet og det vil i steg 2 være utprøvd i Helse Vest. Steg 2 vil derfor være innføringsaktiviteter gjennom tilrettelegging i helse- og omsorgssektoren og endring i virksomhetene.



Figur 20: Verdikjededefaser for tiltaket

5.3.1.3 Resultatmål

- Journalløsningene i kommunehelsetjenesten er integrert med API-et for kritisk informasjon i kjernejournal

5.3.1.4 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

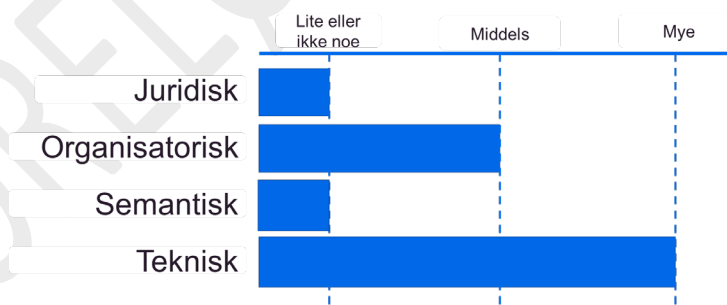
5.3.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

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

5.3.2 Beskrivelse av omfang

5.3.2.1 Samhandlingsevne

Det meste av det juridiske, organisatoriske og semantiske blir avklart i forkant av steg 2. Til dels også det tekniske, men det forventes mange tekniske tilpasninger i de kliniske fagsystemene som tar i bruk KI API, samt justeringer i forbindelse med at de siste kategoriene utprøves før bredding.



Figur 21 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

5.3.2.1.1 Juridisk

Vurderingen av den juridiske samhandlingsevnen er lik den som er beskrevet i tiltak KI-1, kap.5.1.2.1.1.

5.3.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «endre og dele». For dette tiltaket betyr det at også helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste jobber med de samme dataene som andre som bruker KI API og alt helsepersonell med tjenstlig behov skal kunne endre og dele den

samme kritiske informasjonen som er lagret i kjernejournal. Dette innebærer også et behov for å ha avtalte rutiner mellom aktørene for å følge opp eventuelle feil og mangler i dataene.

Helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste skal i dag registrere kritisk informasjon som en del av sine arbeidsprosesser når det er aktuelt. De har også rutiner for når man trenger å få tak i denne informasjonen.

Aktørene må internt i sine systemer, rutiner og arbeidsprosesser, avklare og dokumentere hvor og hvordan kritisk informasjon skal dokumenteres og brukes før man tar i bruk grensesnittet mot kjernejournal.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

- Etablering av rutiner for oppfølging av feil og mangler
- Etablering av arbeidsprosesser i kommunal helse- og omsorgstjeneste for å sikre at kritisk informasjon kan endres og deles i kjernejournal

5.3.2.1.3 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).

Informasjonsmodellen er i tråd med innholdsstandarden som Helsedirektoratet laget med sektoren og er vedlikeholdt av Direktoratet e-helse og NHN, men den er i 2021 ikke normert. I steg 1 er det planlagt å utføre en gap-analyse av forskjellene mellom dagens standard for kritisk informasjon og slik IPS støtter kritisk informasjon. Hva som skal gjøres med standarden i steg 2 avhenger av denne analysen. Tiltak KI-1 vil ha aktiviteter for å normere denne, men det er mulig at standarden vil trenge en revidering i forbindelse med KI-3.

API-et støtter dagens kodeverk, men er også mappet mot SNOMED CT-kodene.

Det er uavklart om det er noen forskjeller i hvordan legemiddelreaksjoner semantisk registreres i reseptformidleren (RF) ifm. PLL og bruk av e-resept-kjeden og hvordan det gjøres i kjernejournal når den lagrer tilsvarende som kritisk informasjon.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

- Utføre de aktivitetene som eventuelt kreves for å revidere standarden ifm. innføring av KI API hos kommunal helse- og omsorgstjeneste

5.3.2.1.4 Teknisk

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

KI API er ferdig utviklet basert på dagens standard for kritisk informasjon. Det er forventet videreutvikling ifm. utprøvingen før steg 2, samt resultatet av gap-analysen mot IPS.

Webapplikasjonen til kjernejournal vil fortsatt kunne benyttes av alle aktører som ikke har tatt i bruk grensesnittene enda.

De kliniske fagsystemene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten må utvikles for å kunne endre og dele kritisk informasjon ved hjelp av API (datadeling).

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

- Utvikling i kliniske fagsystemer når API skal tas i bruk
- Justeringer av KI API ved bredding

5.3.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket er avhengig av at Norsk Helsenett har gjort nødvendig utvikling av grensesnitt (API) i kjernejournal. Dette er planlagt i Steg 1
- Tiltaket forutsetter at innhold i standarden for kritisk informasjon er avklart i steg 1
- Tiltaket forutsetter at løsningen er prøvd ut og tilpasset i prosjekt i Helse Vest og at sentrale valg som 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 integrerer sine systemer som bruker kritisk informasjon med den/de systemene som omfattes av tiltaket
- Tiltaket forutsetter strukturert kritisk informasjon i EPJ på aktørsiden. Dagens journalløsninger har ulik grad av dette per 2021.

5.4 KI-4 Resterende helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon

5.4.1 Måloppnåelse

5.4.1.1 Beskrivelse

Tiltaket skal sørge for at informasjonstjenesten kritisk informasjon i kjernejournal er oppdatert og kan benyttes av aktuelle fagsystemer hos andre helseaktører utenfor det som omfattes av spesialisthelsetjeneste, fastleger og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette kan være:

- Tannleger
- Private helseaktører uten avtale
- Forsvarets sanitet m.fl.

Fullstendig aktørgruppe er ikke avklart.

Tiltaket vil treffe leger og annet helsepersonell i disse aktørgruppene, som skal registrere, oppdatere eller lese kritisk informasjon om en pasient. I tillegg vil alle som har tilgang til kjernejournal gjennom webapplikasjon eller egen journalløsning, fortsatt få tilgang til å lese informasjonen.

Tiltaket skal sikre at helsepersonell i aktørgruppen tar i bruk grensesnitt for kritisk informasjon (KI API) i sine journalløsninger og dermed kan lese, registrere og oppdatere kritisk informasjon mot kjernejournal, innenfor alle de seks spesifiserte kategoriene av kritisk informasjon. Ved bruk av KI API slipper helsepersonell å bruke kjernejournal portal for å registrere, oppdatere eller lese kritisk informasjon, men vil få den samme informasjonen i sin journalløsning.

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

5.4.1.2 Veikartfase

API for kritisk informasjon er utviklet og det vil i steg 2 være utprøvd i Helse Vest. Steg 2 vil derfor være innføringsaktiviteter gjennom tilrettelegging i helse- og omsorgssektoren og endring i virksomhetene.



Figur 22: Verdikjedefaser for tiltaket

5.4.1.3 Resultatmål

- Journalløsningene hos øvrige helseaktører er integrert med API-et for kritisk informasjon i kjernejournal

5.4.1.4 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

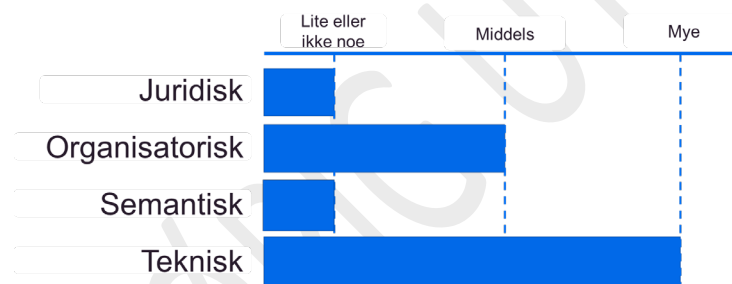
5.4.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

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

5.4.2 Beskrivelse av omfang

5.4.2.1 Samhandlingsevne

Det meste av det juridiske, organisatoriske og semantiske blir avklart i forkant av steg 2. Til dels også det tekniske, men det forventes mange tekniske tilpasninger i de kliniske fagsystemene som tar i bruk KI API, samt justeringer i forbindelse med at de siste kategoriene utprøves før bredding.



Figur 23 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

5.4.2.1.1 Juridisk

Vurderingen av den juridiske samhandlingsevnen er lik den som er beskrevet i tiltak KI-1, kap.5.1.2.1.1.

5.4.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «endre og dele». For dette tiltaket betyr det at også helsepersonell hos andre helseaktører har tilgang til de samme dataene som andre som bruker KI API og alt helsepersonell med tjenstlig behov skal kunne endre og dele den samme kritiske informasjonen som er lagret i kjernejournal. Dette innebærer også et behov for å ha avtalte rutiner mellom aktørene for å følge eventuelle opp feil og mangler i dataene.

Alle helseaktører skal i dag registrere kritisk informasjon som en del av sine arbeidsprosesser når det er aktuelt. De har også rutiner for når man trenger å få tak i denne informasjonen.

Aktørene må internt i sine systemer, rutiner og arbeidsprosesser, avklare og dokumentere hvor og hvordan kritisk informasjon skal dokumenteres og brukes før man tar i bruk grensesnittet mot kjernejournal.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

- Etablering av rutiner for oppfølging av feil og mangler

- Etablering av arbeidsprosesser hos alle helseaktører for å sikre at kritisk informasjon kan endres og deles i kjernejournal

5.4.2.1.3 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).

Informasjonsmodellen er i tråd med innholdsstandarder som Helsedirektoratet laget med sektoren og er vedlikeholdt av Direktoratet e-helse og NHN, men den er i 2021 ikke normert. I steg 1 er det planlagt å utføre en gap-analyse av forskjellene mellom dagens standard for kritisk informasjon og slik IPS støtter kritisk informasjon. Hva som skal gjøres med standarden i steg 2 avhenger av denne analysen. Tiltak KI-1 vil ha aktiviteter for å normere denne, men det er mulig at standarden vil trenge en revidering i forbindelse med KI-4.

API-et støtter dagens kodeverk, men er også mappet mot SNOMED CT-kodene.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

- Utføre de aktivitetene som eventuelt kreves for å revidere standarden ifm. innføring av KI API hos alle helseaktører

5.4.2.1.4 Teknisk

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

KI API er ferdig utviklet basert på dagens standard for kritisk informasjon. Det er forventet videreutvikling ifm. utprøvingen før steg 2, samt resultatet av GAP-analysen mot IPS.

Webapplikasjonen til kjernejournal vil fortsatt kunne benyttes av alle aktører som ikke har tatt i bruk grensesnittene enda.

De kliniske fagsystemene hos alle helseaktører må utvikles for å kunne endre og dele kritisk informasjon ved hjelp av API (datadeling).

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

- Utvikling i kliniske fagsystemer når API skal tas i bruk
- Justeringer av KI API ved bredding

5.4.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket er avhengig av at Norsk helsenett har gjort nødvendig utvikling av grensesnitt (API) i kjernejournal. Dette er planlagt i Steg 1
- Tiltaket forutsetter at innhold i standarden for kritisk informasjon er avklart i steg 1
- Tiltaket forutsetter at løsningen er prøvd ut og tilpasset i prosjekt i Helse Vest og at sentrale valg som 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 integrerer sine systemer som bruker kritisk informasjon med den/de systemene som omfattes av tiltaket
- Tiltaket forutsetter strukturert kritisk informasjon i EPJ på aktørsiden. Dagens journalløsninger har ulik grad av dette per 2021.

6 Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner

Pasienter har i varierende grad tilgang til skriftlig informasjon om planer for videre behandling, og helsepersonell med ansvar for å følge opp pasienter har begrenset tilgang til informasjon og muligheter for å kunne samhandle om pasientoppfølgingen på en effektiv og god måte. Det er krevende å få oversikt over igangsatt og planlagt behandling og utfordrende å innhente nødvendig informasjon. Egenbehandlings- og behandlingsplaner benyttes i de pågående prosjektene Primærhelseteam og Digital hjemmeoppfølging i regi av Helsedirektoratet. Det ble der etterlyst digitale løsninger for deling av planene mellom helsepersonell og med pasienter. Tilsvarende behov er også avdekket gjennom behovsanalysen i konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesifisering av informasjonstjenesten Plan i Bilag G2: Helhetlig samhandling.

Konseptet Digital behandling- og egenbehandlingsplan (DBEP) er et verktøy som er tenkt benyttet til strukturering av behandlingsopplegg for innbygger. Behandlings- og egenbehandlingsplaner opprettes av helsepersonell med det formål å planlegge tiltak i et behandlingsløp. En behandlingsplan kan opprettes i et pasientjournalssystem av den som til enhver tid er ansvarlig for en pasients behandling, eller annet helsepersonell som har et behandlende forhold til pasienten (som for eksempel en sykepleier, ernæringsfysiolog, helsepersonell i hjemmetjenesten).

En behandlingsplan beskriver behandling for én eller flere problemstillinger. Dersom pasienten har flere problemstillinger/diagnoser, kan pasienten ha flere behandlingsplaner, eller det kan samordnes i en felles behandlingsplan. Behandlingsplanen utarbeides i samarbeid med pasienten ¹³.

En egenbehandlingsplan kan opprettes som en selvstendig egenbehandlingsplan eller i tilknytning til en eller flere behandlingsplaner. Det er alltid en hovedansvarlig (helsepersonell) for oppfølging av pasientens egenbehandlingsplan. Dersom det ikke er angitt en annen hovedansvarlig, er det fastlegen som automatisk blir hovedansvarlig for oppfølging av pasientens egenbehandling.

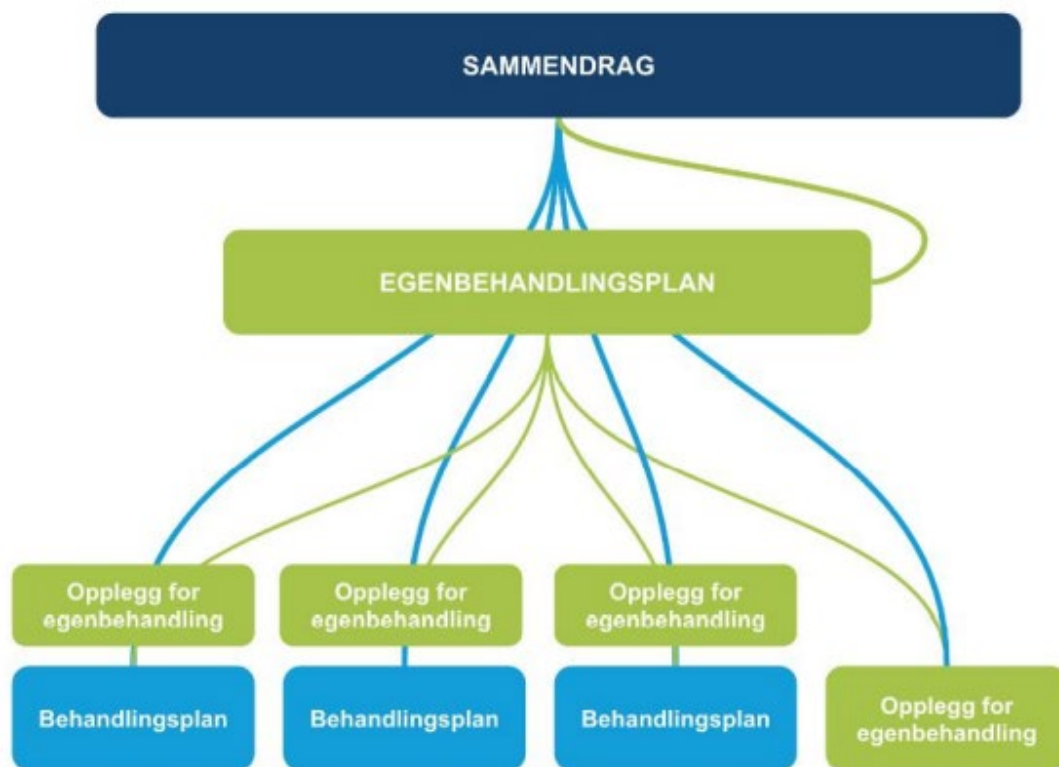
En innbygger kan ha behandlingsplaner hos ulike aktører, men skal kun trenge å forholde seg til én egenbehandlingsplan. Egenbehandlingsplanen skal bidra til at innbyggeren får økt trygghet og selvstendighet i hverdagen, og mestrer livet med sykdom bedre. Det blir opprettet konkrete mål for behandlingsplaner og egenbehandlingsplan.

En del behandlingsløp er kompliserte og trenger en lang rekke tiltak som involverer flere ulike aktører. En innbygger kan trenge ulike behandlingsplaner for tiltak etter hvert som man er til behandling hos sykehus, rehabiliteringsinstitusjon og kommunehelsetjenesten. Gjennom de ulike stadiene av behandlingsopplegget vil det i varierende grad være behov for tiltak innbygger selv kan/skal utføre som del av behandlingsplanen. Disse tiltakene utgjør da en egenbehandlingsplan som endrer seg i tråd med de ulike behandlingsplanene innbygger følger.

I disse behandlingsoppleggene blir det å kommunisere hvilke tiltak som er utført, blir utført og skal utføres viktig mellom de involverte aktørene. I den grad behandlingsplaner/egenbehandlingsplan blir kommunisert mellom aktørene i dag er det i ustrukturert form (faks, muntlig, epikrise, journalnotat). Tilgjengeliggjøring av behandlingsplaner/egenbehandlingsplan på samme måte og hver gang disse opprettes tilknyttet en innbygger vil gjøre at helsepersonell hos involverte aktører får raskere og enklere tilgang til relevant informasjon om innbyggere. Innbygger/pårørende har i liten grad innsikt i eksisterende behandlingsplaner, foruten den informasjon de får gjennom kontaktpunkter med helsepersonell hos aktørene involvert i behandlingsopplegget til innbygger. Innbygger kan nok delta i planleggingen av tiltak de selv skal utføre som del av egenbehandlingsplan, men revisjon og oppdateringer av denne er mindre tilgjengelig.

¹³ Digital behandlings- og egenbehandlingsplan – Innholds- og løsningsbeskrivelse. Rapport fra planleggingsfasen – juni 2021

Høsten 2021 starter Helsedirektoratet sitt prosjekt «Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner» med NHN som leverandør. Prosjektet har som målsetning å ferdigstille en løsning til mars 2023 hvor aktører kan dele behandlings- og egenbehandlingsplaner gjennom tjeneste-API på kjernejournal/samhandlingsplattform og sentral lagring av disse. Prosjektet vil benytte FHIR-kompatible strukturer for sentral lagring og tjenstekontrakter (Spesifikt FHIR-ressurs «careplan» og «activity») Løsningen vil gjøre det mulig for aktører å opprette egne behandlingsplaner, redigere behandlingsplaner og få innsyn i innbyggers øvrige behandlingsplaner gjennom egen journalløsning (EPJ) integrert mot tjeneste-API kjernejournal/samhandlingsplattform. Integrasjon med tjeneste-API for det enkelte journalsystemet bekostes av leverandørene og/eller aktører med behov. Prosjektet vil tilby en brukerflate i webapplikasjonen «kjernejournal portal» som alternativ til integrasjon av journalsystem mot kjernejournal/samhandlingsplattform API. Innbygger vil gjennom «Helsenorge.no» gis tilgang til egne behandlingsplaner og egenbehandlingsplan. Prosjektet vil foreta utprøving av løsningen hos fire helseforetak (sykehus) og fire kommuner i Helse Nord. Prosjektet har som mål å utarbeide veiledningsmateriell som gi et godt grunnlag for videre bruk og implementering samt å utarbeide en realistisk og gjennomførbar plan for implementering. Prosjektet har ikke som mål å foreta innføring av løsning til aktører foruten det som blir gjort i forbindelse med utprøving.



Figur 24: Sammendragsfigur, hentet fra dokumentet «Digital behandlings- og egenbehandlingsplan – Innholds- og løsningsbeskrivelse», Helsedirektoratet, juni 2021.

Strukturen på digitale behandlingsplaner og egenbehandlingsplan er tenkt oppdelt i behandlingsplaner (som kan inneholde konkrete aktiviteter definert som egenbehandling), en egenbehandlingsplan (samlet oversikt over egenbehandlingsaktiviteter) og et sammendrag som skal vise aggregert, generert informasjon fra alle behandlingsplaner og egenbehandlingsplan. En pasient vil kunne ha flere, ulike, behandlingsløp gående i parallell. Typisk vil en pasient med flere diagnoser eller sammensatte diagnoser følge flere behandlingsløp med hver sin behandlingsplan. Helsepersonell med ansvar for en slik behandlingsplan vil eksempelvis ha stor nytte av tilgang til pasientens øvrige behandlingsplaner i planleggingen av behandlingsløp i «sin» behandlingsplan for

pasienten. Pasienten oppnår koordinering mellom aktiviteter på de ulike behandlingsplanene slik at timeavtaler samkjøres, egenbehandlingsaktiviteter blir hensiktsmessig lagt opp og en tilgang til de ulike behandlingsplaner og ens egenbehandlingsplan.

Sammendraget gir et oppdatert bilde på pågående behandling for pasient og behandlere/helsepersonell.

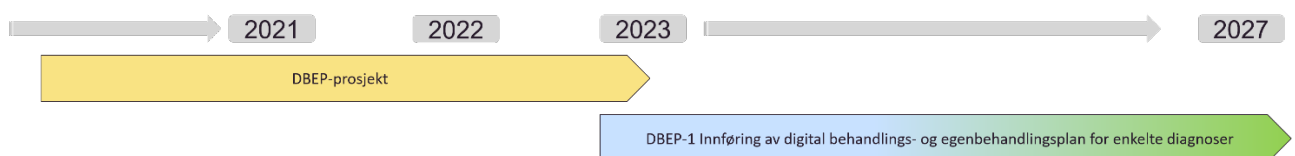
Prosjektet til Helsedirektoratet, Digital behandlingsplan og egenbehandlingsplan, er relevant for arbeidet med digital hjemmeoppfølging. Helsepersonell skal kunne se og ta stilling til hverandres behandlingsplaner og ut fra dette tilrettelegge innbyggers egenbehandlingen og unngå behandlingskonflikt. Dette skal bidra til at innbyggeren opplever sammenheng og helhet i oppfølgingen. En etablert løsning med deling av behandlings- og egenbehandlingsplaner på tvers av foretak og omsorgsnivå betyr at behandlingsplanenes aktiviteter kan integreres med tjenesten digital hjemmeoppfølging via datadelingstjenester på samhandlingsplattform. Integrasjonen gir spesialister, helsepersonell og pasient/innbygger et grensesnitt for deling av og innsyn på fremgang og effekt av aktiviteter på behandlingsplan og vil gi et bredere og dagsaktuelt beslutningsgrunnlag for endringer i plan(-er) og videre oppfølging av pasient/innbygger. En løsning for «Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner» (DBEP) vil gi økt samhandling mellom innbygger/pårørende og tjenesteytere på tvers av fag, nivå og sektor. Helsepersonell vil med en DBEP-løsning få raskere og enklere tilgang til relevant informasjon om innbyggers pågående behandling eller oppfølging.

En DBEP-løsning er helt avhengig av utstrakt bruk blant aktører i samme helseregion som er tilknyttet pasientens behandlingsforløp. Dette ettersom planer aktivt må deles ved hjelp av løsningen på samhandlingsplattformen for at nytteeffekten skal kunne tas ut hos andre relevante aktører og hos innbygger selv. Hvordan løsningen tas i bruk av aktørene vil med stor sannsynlighet påvirke den faktiske bruken og datakvaliteten på delt informasjon. Det er bare hos aktører som sørger for en integrasjon i sin journalløsning mot tjeneste-API brukerne vil kunne opprette og redigere planer ett sted og en gang. Hos aktører som baserer seg på bruk av webapplikasjon i kjernejournal portal vil brukerne måtte dobbeltføre og kopiere planer/inhold for å dele med øvrige aktører.

For samhandlingsområde DBEP under PDS steg 2 er det nødvendig å tilrettelegge for en innføring av løsningen tatt frem i DBEP-prosjekt hos en signifikant andel av aktørene i regionen utprøvingen allerede er påstartet hos (Helse Nord).

Samhandlingsområdet kan gjennomføres som en minimumsløsning ved å basere innføring på organisk vekst, det vil si at aktørene i den helseregionen utprøvingen er foretatt i over tid adopterer løsningen selv, på egen kost, basert på høy opplevd nytteverdi. Det er likevel sterkt tilrådelig å bevare tilgjengeliggjort funksjonalitet hos aktører utprøving har vært foretatt hos. Man vil da ha referanser i bruk som vil drive adopsjonen hos øvrige aktører i regionen. Konkret trenger en minimumsløsning for samhandlingsområde DBEP under PDS steg 2 å bestå av:

- Stabilisering av produkt hos de 8 aktørene Helsedirektoratet vil foreta utprøving hos under sitt utviklingsprosjekt
- Opprettelse av en forvaltning for produktet DBEP



Figur 25: Tidslinje for tiltak knyttet til samhandlingsområdet Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner

BEHOV SOM MÅ DEKkes	KONSEPT FOR TILTAK	NYTTE
---------------------	--------------------	-------

<p>Informasjon i behandlings- og egenbehandlingsplaner fra andre aktører er ikke elektronisk tilgjengelig for helsepersonell eller pasient/innbygger.</p>	<p>Helsepersonell skal gis tilgang til innbygger/pasient sine tilgjengeliggjorte behandlings- og egenbehandlingsplan. Helsepersonell skal gis tilgang til å lage nye, tilgjengeliggjøre og redigere behandlingsplaner for innbygger/pasient. Innbygger/pasient skal via Helsenorge.no ha tilgang til, og kunne interagere med sitt/sine behandlingsløp i form av behandlingsplan(-er) og egenbehandlingsplan.</p>	<p>Helsepersonell får raskere og enklere tilgang til relevant informasjon om pasient/innbygger gjennom koordinerte behandlingsplaner og egenbehandlingsplan. Løsningen muliggjør samhandling mellom innbygger/pårørende og tjenesteytere på tvers av fag, nivå og sektor.</p>
---	---	---

6.1 DBEP-1 Innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan for enkelte behandlingsgrupper

6.1.1 Måloppnåelse

6.1.1.1 Beskrivelse

Tiltaket innebærer en helhetlig innføring av digital behandlings- 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 egen journalløsning 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 behandlingsgruppene KOLS, diabetes, psykisk helse og rus og en generisk behandlingsplan for primærhelseteam¹⁴.

6.1.1.2 Veikartfase

Tiltaket baserer seg på en videreføring av løsning utviklet i Helsedirektoratets prosjekt for digital behandlings- og egenbehandlingsplan, utprøvd hos totalt 8 aktører i Helseregion Nord og tilrettelagt for implementasjon og adopsjon nasjonalt. Tiltaket skal besørge videre innførsel og adopsjon av løsningen for DBEP. Tiltaket er således definert til fasene «Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten» og «Endring i virksomhetene».



Figur 26: Verdikjedefaser for tiltaket

6.1.1.3 Resultatmål

- Løsning for DBEP (digital behandlings- og egenbehandlingsplan) er innført hos majoriteten av kommuner og spesialister innen én utvalgt helseregion for prioriterte behandlingsgrupper

¹⁴ Primærhelseteam i fastlegepraksiser består av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer, og teamet ledes av en fastlege. Formålet med organiseringen er å tilby bedre fastlegjetjenester til pasienter som trenger det mest. Pilotprosjektet omfatter også utprøving av to nye finansieringsmodeller. Helsedirektoratet.no

6.1.1.4 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 og planlagte oppgaver
 - Status og evt. tidspunkt for oppgaver og tiltak
 - Ansvar for oppgaver eller tiltak

6.1.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

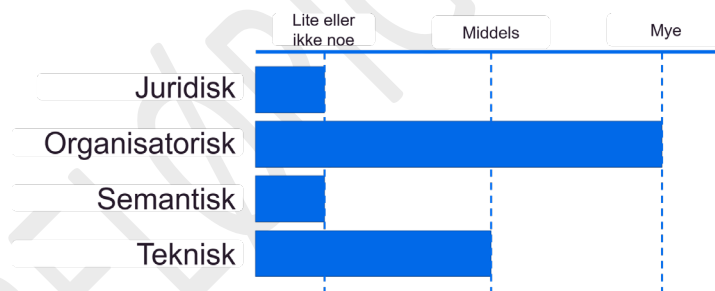
Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er høyt prioritert av sektoren for å sikre samhandling innen helse- og omsorgstjenesten, jf. [bilag G2 helhetlig samhandling](#).

6.1.2 Beskrivelse av omfang

6.1.2.1 Samhandlingsevne

Tiltaket tar i hovedsak for seg innføring og adopsjon av ny løsning hos aktører i én gitt helseregion. Således vil organiseringen av dette og utnyttelse av erfaringer fra tidligere utprøving til fordeler for videre innførsel hos andre aktører utgjøre en stor del av omfanget.

Ettersom det er svært viktig med implementasjon mot sentralt API fra journalløsninger fremfor bruk av webklient i kjernejournal for å ta ut ønsket nyttegevinst vil det påløpe kostnader hos aktørene for tekniske tilpasninger og arbeid med integrasjon.



Figur 27 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

6.1.2.1.1 Juridisk

Behandlingsplaner som informasjonselement er det som gjennom samhandlingsområdet skal sentralt lagres og gis tilgang til hos en rekke aktører. DBEP-prosjekt styrt av Helsedirektoratet har, i samråd med sin leverandør NHN, i forarbeidet til sitt prosjekt vurdert sentral lagring av planer til å være i henhold til gjeldende forskrift for kjernejournal.

6.1.2.1.2 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 utarbeide egenbehandlingsplaner vil i liten grad endres
- Prosessen med å innhente informasjon om behandlingsplaner og tilhørende innhold må endres
- Prosessen med å innhente informasjon om egenbehandlingsplaner og tilhørende innhold må endres

- Det er usikkert i hvilken grad eksisterende behandlingsplaner og egenbehandlingsplaner må restruktureres for å kunne tilgjengeliggjøres i kjernejournal og hvor mye arbeid dette vil medføre

6.1.2.1.3 Semantisk

Digital behandlingsplan og egenbehandlingsplan baserer seg på FHIR-ressursen Careplan og norske basisprofiler. Arbeidet må understøttes med bruk av standardisert terminologi (Felles språk) og utnytte det referansesettet for terminologi som er utarbeidet ifm. nasjonale veiledende planer, evt. også utvide eksisterende nasjonale veiledende planer til å innbefatte leger m.m.

6.1.2.1.4 Teknisk

Aktørenes journalløsninger må tilpasses for å ta i bruk funksjonaliteten i kjernejournal for digital behandlings- og egenbehandlingsplan. Integrasjonen kan gjøres ved hjelp av API (datadeling) direkte fra journalsystemet, ved bruk av en SMART-on-FHIR applikasjon eller ved at helsepersonell får tilgang til ny funksjonalitet via kjernejournal portal (webapplikasjon). Det siste alternativet er å betrakte som et minimumsnivå for å bruke DBEP da det vil innebære mer dobbeltføring og lavere nytteeffekt.

6.1.2.2 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, med avgrensninger på spesifikke behandlingsløp for diagnoser, er støttet av maler i løsningskonseptet til DBEP-prosjektet
- Tiltaket er avhengig av at journalløsninger blir oppdatert med funksjonalitet for å utveksle informasjon med Kjernejournal, med utgangspunkt i FHIR-ressursen Careplan, eller et tilsvarende funksjonsrikt brukergrensesnitt tilgjengeliggjort for brukere hos aktørene
- For lettere å oppnå tett integrasjon mellom journalløsninger og DBEP, og understøtte en raskere innføring, er det en fordel å gjennomføre tiltaket SMART on FHIR for DBEP (DBEP-2)

7 Digital hjemmeoppfølging

Digital hjemmeoppfølging (DHO) er helsetjenester som ytes helt eller delvis på avstand ved hjelp av teknologi. Tjenestene understøttes av verktøy for hjemmemålinger, digitale skjemaer for pasientregistrerte opplysninger og egenbehandlingsplan, ofte i kombinasjon med video, digitalt tilsyn og andre velferdsteknologier.¹⁵

Når medisinsk utstyr benyttes i digital hjemmeoppfølging til oppfølging av innbygger, er det ønskelig at informasjon fra medisinsk utstyr deles med helsepersonells fagsystem på en effektiv og sikker måte. Helseaktørene som tilbyr digital hjemmeoppfølging må utarbeide rutiner for å følge opp innbyggere som skal starte opp med tjenesten. Strukturen i oppfølgingen, rollefordeling, ansvar o.l. må være beskrevet. Med "oppfølgingsansvarlig" forstås i denne beskrivelsen ansvar som virksomheten har i oppfølging av innbygger som benytter digital hjemmeoppfølging. I Nasjonalt velferdsteknologiprogram utprøving av tjenesten digital hjemmeoppfølging kalles dette gjerne for *oppfølgingstjeneste*. Oppfølgingsansvarlig er mottaker av innbyggers data, for eksempel fra det

¹⁵ De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Nord RHF, utarbeide forslag til definisjoner og mulige nasjonale måltall for digital hjemmeoppfølging samt redegjøre for arbeidet med tilrettelegging for digital hjemmeoppfølging. Helseledelse skal involveres i arbeidet. En rapport om arbeidet leveres innen 15. oktober 2021: [oppdagsdokument-2021-hmn.pdf \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/oppdagsdokument-2021-hmn.pdf)

medisinske utstyret. Dette kan være målinger, hendelser, henvendelser fra innbygger og egenrapporterte data.

Oppfølgingsansvarlig vurderer informasjonen og vurderer behovet for videre oppfølging og tiltak. Oppfølgingsansvarlig har behov for at informasjon som kommer fra medisinske utstyr automatisk registreres i journalløsningen, når det er relevant. Helsepersonell i fastlegetjenesten, spesialisthelsetjenesten og annet helsepersonell kan ha behov for innsyn i informasjon fra det medisinske utstyret, for eksempel i forbindelse med oppfølging av pasienten i en konsultasjon. Når denne informasjonen benyttes til å ta beslutninger er det relevant å få informasjonen over til egen journalløsning/klinisk fagsystem automatisk som ledd i å ta beslutninger om videre oppfølging. Dersom DHO initieres fra eksempelvis i spesialisthelsetjenesten, kan det være aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste og fastlegetjenesten som har behov for tilsvarende innsyn. Oppfølgingsansvaret kan være plassert enten i kommunal helse- og omsorgstjeneste, i spesialisthelsetjenesten eller i fastlegetjenesten, avhengig av hvem som utreder og igangsetter DHO.

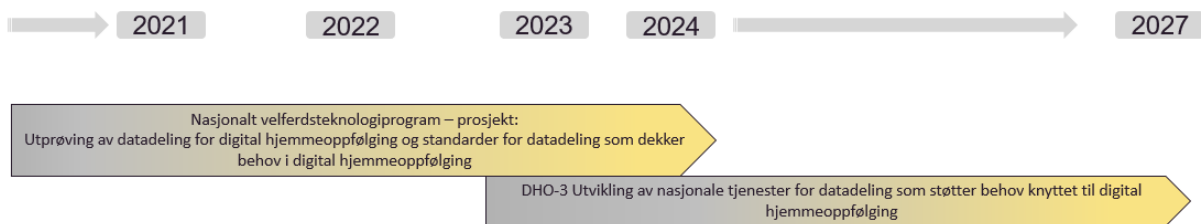
Det finnes flere initiativ og løsninger i dag som delvis løser behovet for datadeling innen digital hjemmeoppfølging. Disse løsningene har imidlertid begrenset utbredelse og er ikke tilrettelagt for nasjonal bruk.

Det er flere konsekvenser av dette. For det første må oppfølgingsansvarlig manuelt registrere informasjon som kommer fra medisinske utstyr i journalløsningen. Dette er tidkrevende og kan svekke datakvaliteten. For helsepersonell, for eksempel fastlege eller ansatte i spesialisthelsetjenesten, er konsekvensen at det enten blir svært tungvint, eller ikke mulig å få innsyn i informasjon fra det medisinske utstyret. I foreløpig fravær av nasjonal standardisering på området utvikles flere av løsningene gjennom enkeltsamarbeid mellom aktører i helse- og omsorgstjenesten og enkeltleverandører. Dette gir en risiko for leverandørinnlåsing, for eksempel ved bruk av 1-1 integrasjoner.

For å unngå disse konsekvensene må det eksistere nasjonale tjenester som kan brukes for å gjøre data fra digital hjemmeoppfølging tilgjengelig via grensesnitt, slik at helsepersonell enkelt kan få tilgang til aktuelle data (eksempelvis måledata, skjema og egenbehandlingsplan). Tjenestene må være innrettet slik at de mobiliserer leverandørindustrien og legger til rette for innovasjon og tjenesteutvikling. Å få på plass disse tjenestene vil kreve både teknisk utvikling og regelverksutvikling, samt normeringsaktiviteter.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP) har allerede i flere år jobbet med prosjekter for både utprøving. Programmet vil fortsette til slutten av 2024 og arbeidet skjer i nært samarbeid med helse- og omsorgssektoren. I tillegg til leveransene fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram, er det også nødvendig med nasjonale tjenester for datadeling som kan brukes innen digital hjemmeoppfølging. Arbeidet med å utvikle disse tjenestene må være smidig og basert på behovene som avdekkes i programmet eller andre pågående aktiviteter i sektoren, slik at tjenestene dekker reelle behov og gevinster kan realiseres kontinuerlig.

Det prinsipielle grepet for å dekke behovene for datadeling er å sørge for at standardiserte grensesnitt er tilgjengelig. Dette er viktig for å unngå innlåsing og stimulere til større mangfold i markedet. Dette bidrar til å understøtte effektmålene om at innbyggere får helse- og omsorgstjenester av høyere kvalitet og økt pasientsikkerhet og mer effektiv ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten.



Figur 28 Tidslinje for tiltak knyttet til samhandlingsområdet Digital hjemmeoppfølging

Opprinnelig var det identifisert flere tiltak på området for digital hjemmeoppfølging. Flere av disse ble imidlertid nedprioritert i forbindelse med prosjektets prosess for prioritering av tiltak. Det er bakgrunnen for at tiltaket som beskrives er nummerert som DHO-3. For mer informasjon om prioriteringsprosessen se vedlegg X.

BEHOV SOM MÅ DEKkes	KONSEPT FOR TILTAK	NYTTE
Det er ikke tilrettelagt for at data fra digital hjemmeoppfølging kan deles digitalt med de systemer og aktører i helsesektoren som har behov for dem.	Data fra digital hjemmeoppfølging kan gjøres tilgjengelig via grensesnitt, slik at helsepersonell enkelt kan få tilgang til disse.	Mer effektiv ressursbruk hos helsepersonell, bedre datakvalitet og enklere tilgang til informasjon fra digital hjemmeoppfølging for helsepersonell, både internt i egen virksomhet og mellom behandlingsnivåer.

7.1 DHO-3 Utvikling av nasjonale tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging

7.1.1 Måloppnåelse

7.1.1.1 Beskrivelse

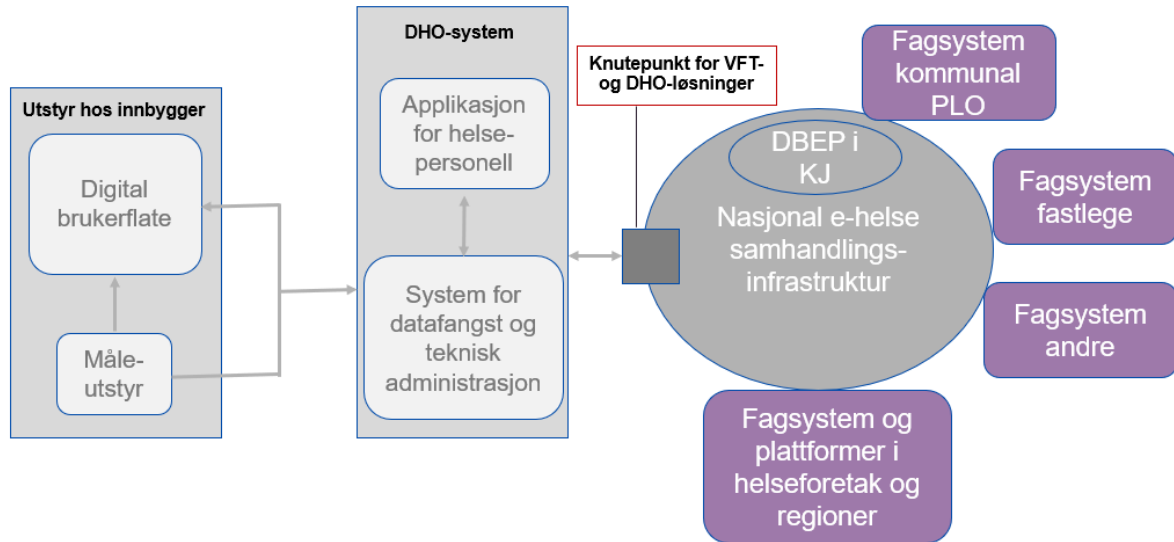
I dette tiltaket vil det av NHN trinnvis utvikles nasjonale tjenester for datadeling. Tjenestene skal kunne benyttes til forskjellige typer datadeling, både internt i virksomheter og mellom behandlingsnivåer, og må også kunne dekke datadelingsbehov mellom innbygger og helsepersonell knyttet til måleutstyr og pasientrapporterte skjema. Utviklingen av tjenestene skal ta utgangspunkt i erfaringer fra utprøvingsaktiviteter i pågående prosjekt for arkitektur og infrastruktur innunder Nasjonalt velferdsteknologi-program (NVP), normeringsaktiviteter og andre pågående aktiviteter i sektoren. I de pågående utprøvingsaktivitetene i NVP benyttes velferdsteknologisk knutepunkt (VKP). Utviklingen og erfaringen fra VKP vil være et solid fundament for videreutviklingen av de nasjonale tjenestene.

En tidlig versjon av denne gjennomføringsmetodikken er beskrevet i tidligere rapporter.¹⁶ Strategien bak metodikken er at utviklingen av et nasjonalt rammeverk for informasjonsdeling skal basere seg på en forståelse av behov som oppdateres i takt med erfaringer i pågående DHO-aktiviteter. Behovsforståelsen bygger videre på allerede gjennomførte behovskartlegginger og utvides løpende basert på praktiske erfaringer fra pågående utvalgte DHO-aktiviteter.

Figuren under viser en overordnet arkitekturskisse for datadeling for digital hjemmeoppfølging, på tvers av virksomhet og behandlingsnivå. Kjernen i konseptet er et eller flere knutepunkt som sørger for utveksling både av data fra DHO-system/medisinsk utstyr og annen informasjon som oppgis av

¹⁶ Anbefalte digitaliseringstiltak for digital hjemmeoppfølging, mai 2021
IE-1065: Digital hjemmeoppfølging – tilnærming til helhetlig samhandling, oktober 2020

brukeren på den ene side og journalløsning og andre kliniske fagsystem, som brukes av helsepersonell, på den andre. Knutepunktet vil representere alle de nødvendige nasjonale tjenestene som skal til for datadeling, i tillegg til validering av om løsningene som kobles til følger nasjonal normering knyttet til grensesnitt.



Figur 29 Overordnet arkitekturskisse for datadeling for digital hjemmeoppfølging

7.1.1.2 Veikartfase

Tiltaket er i hovedsak knyttet til fasen nasjonal tilrettelegging ved at det gjennomføres aktiviteter knyttet til juss, semantikk og teknologi som i sum skal sørge for at tjenester for deling av data blir tilgjengelig nasjonalt. Dette utviklingsarbeidet vil foregå i iterasjoner, i takt med læringen fra utprøvningsaktivitetene i Nasjonalt velferdsteknologi-program.



Figur 30: Verdikjedefaser for tiltaket

7.1.1.3 Resultatmål

- Det er etablert nasjonale tjenester som kan brukes for å gjøre data fra digital hjemmeoppfølging tilgjengelig via grensesnitt, slik at helsepersonell enkelt kan få tilgang til aktuelle data

7.1.1.4 Informasjonstjenester og -behov

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

- Plan
- Rapportering helsefag (Egenrapportering/ Skjema)
- Undersøkelser, målinger og funn
- Målinger fra medisinsk utstyr (Måledata)
- Klinisk oppsummering (Oppsummeringer)
- Tjenester, ytelser og hjelpemidler (Tjenester),

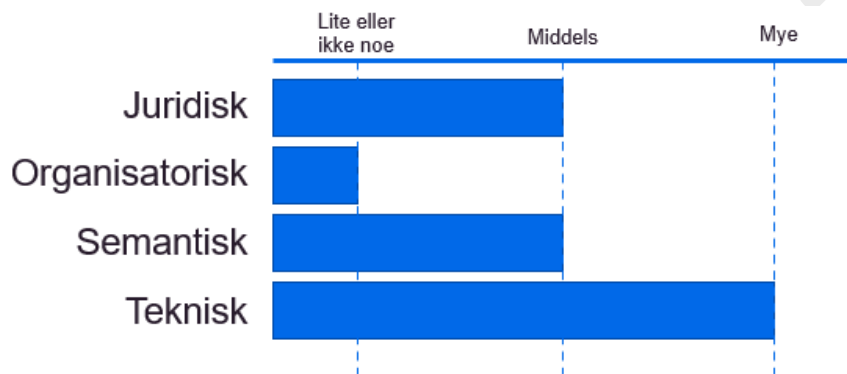
7.1.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

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

7.1.2 Beskrivelse av omfang

7.1.2.1 Samhandlingsevne

Hoveddelen av tiltaket innebærer arbeid av dette tiltaket handler om det tekniske arbeidet ved å ta frem de nasjonale tjenestene for datadeling. I tillegg må det jobbes med semantikk for å legge til rette for datadelingen. Tiltaket kan også innebære noe regelverksutvikling, avhengig av blant annet hvor data skal lagres.



Figur 31 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

7.1.2.1.1 Juridisk

Digital hjemmeoppfølging er underlagt det samme rettslige rammeverket som øvrig helsehjelp. Krav som stilles i helselovgivningen og personvernregelverket må følges som ved all annen behandling av helse- og personopplysninger. Ved bruk av digital hjemmeoppfølging må det dermed gjøres konkrete vurderinger i de enkelte tilfellene slik at det sikres at bestemmelsene om f.eks. dokumentasjonsplikt, tilgjengeliggjøring av opplysninger, taushetsplikt, ansvarsforhold, behandlingsgrunnlag, informasjonssikkerhet, mv oppfylles på vanlig måte.

Det er ikke behov for regelverksutvikling, slik digital hjemmeoppfølging benyttes i dag. Opplysninger kan tilgjengeliggjøres etter gjeldende regler, både internt i virksomheter og på tvers av behandlingsnivåer, forutsatt at ovennevnte krav ivaretas. Dette forutsetter at det i gjennomføringen av tiltaket særlig gjøres konkrete vurderinger knyttet til sikker tilgangsstyring.

I dagens løsning er det ikke noen sentral lagring. De innsamlede data ligger i ulike DHO-systemer/medisinsk utstyr og i lokal journalløsning. Det kan i fremtiden bli aktuelt å delvis lagre data fra digital hjemmeoppfølging sentralt. Dette vil i så fall kreve et annet juridisk handlingsrom enn det som finnes i dag og forutsetter regelverksutvikling. Hvorvidt data skal lagres sentralt eller distribuert er foreløpig ikke avklart og må vurderes nærmere som del av gjennomføring av tiltaket.

7.1.2.1.2 Organisasjon

De nasjonale tjenestene for datadeling som skal tas frem i dette tiltaket vil bli utviklet og forvaltet av NHN. Ut fra dagens kjennskap til behov for datadeling vil det være behov for å dekke samhandlingsformene «sende og motta», «slå opp og tilgjengeliggjøre» og «endre og dele».

Delingsbehovet utvikles i takt med utviklingen av tjenestene for digital hjemmeoppfølging i sektor. Direktoratet for e-helse har et ansvar for å forvalte en oversikt over sektorens prioriterte behov og

sørge for at disse omgjøres til krav i berørte produktlinjer/veikart i Direktoratet for e-helse og NHN. Utvikling/videreutvikling av nasjonale tjenester må skje fortløpende og vurderes ut fra summen av behov fra behovsområder gjennom en prioriteringsmodell.

Utbredelse av de nasjonale tjenestene for datadeling som utvikles i dette tiltaket vil skje gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram og aktiviteter for digital hjemmeoppfølging i sektoren. For de aktørene som deltar i utprøvningsprosjektene vil det kreves endringer i arbeidsprosesser, blant annet for oppfølging av innbygger.

7.1.2.1.3 Semantisk

Deling av data mellom DHO-systemer/medisinsk utstyr og kliniske fagsystem krever felles rammeverk i form av kodeverk og terminologi og FHIR-profiler. Samtidig må det også skapes en felles forståelse for overliggende logiske informasjonsmodeller, og mappingen mellom disse modellene og FHIR-profilene. Kodeverk og terminologi utvikles i samarbeid med Direktoratet for e-helse, mens FHIR-profilering gjennomføres ute i de ulike DHO-aktivitetene i sektor. Direktoratet for e-helse vil videreutvikle veiledere og områdeprofiler som sektoren kan benytte. Dette må skje i nært samarbeid med sektoren.

Aktiviteter som skal gjennomføres:

- Utarbeide felles rammeverk i form av kodeverk, terminologi og FHIR profiler for deling av data fra digital hjemmeoppfølging
- Skape felles forståelse for overliggende logiske informasjonsmodeller, og mappingen mellom disse modellene og FHIR-profilene

7.1.2.1.4 Teknisk

Gjennomføringen av tiltaket innebærer å utvikle et antall nasjonale tjenester for datadeling. Nøyaktig hvilke tjenester som skal utvikles vil avklares i gjennomføringen av tiltaket, blant annet basert på innmelding av behov og erfaringer fra aktiviteter om digital hjemmeoppfølging i sektoren gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Utbredelse av de nasjonale tjenestene for datadeling som utvikles i dette tiltaket vil skje gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram og DHO-aktiviteter i sektoren. For de aktørene som deltar i utprøvningsprosjektene vil det kreves endringer i journalløsninger og andre kliniske fagsystemer.

Nøyaktig hvilke tjenester som skal realiseres nasjonalt og hvilke tjenester som må dekkes gjennom regionale og lokale anskaffelser må avklares gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram og arbeidet med arkitektur og utprøving.

7.1.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Dette tiltaket henger nøye sammen med Nasjonalt velferdsteknologiprogram og arbeidet som gjøres der med arkitektur, infrastruktur og utprøving gjennom DHO-aktiviteter i sektoren. Dette arbeidet gir viktig erfaring og innspill til gjennomføring av tiltaket, blant annet til hvilke nasjonale tjenester som trengs og utformingen av disse. I tillegg vil Nasjonalt velferdsteknologiprogram, som vil pågå ut 2024, bidra til utbredelse av de nasjonale tjenestene som utvikles i tiltaket, etter hvert som de kommer på plass.
- Tiltaket er avhengig av at det beskrives en overordnet arkitektur og normerende produkter for datadeling mellom innbygger og helsepersonell, som også kan brukes for digital hjemmeoppfølging. Den overordnede arkitekturen må være i tråd med målarkitektur for datadeling og være uavhengig av enkeltleverandører.

- Tiltaket har også en særlig sammenheng med prosjektet digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner. Egenbehandlingsplanen beskriver tiltak som innbygger selv har ansvaret for å gjennomføre.¹⁷ For eksempel kan DHO-løsninger som samler inn måledata sees som både innledende veiledning til og videre oppfølging av brukerens egenbehandlingsplan. Denne sammenhengen må det tas spesielt hensyn til i gjennomføringen. Dette innebærer blant annet å avstemme arkitekturvalg slik at integrasjonen mot digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner er ivaretatt.
- 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 RHF-ene.
- Tiltaket har også avhengigheter til TAG i PDS steg 1 (eksempler - API management, Felles tillitsmodell, HelseID utvidelse).
- Tiltaket forutsetter tett samarbeid på tvers av fagmiljøer innen arkitektur, helsefag, standardisering og kodeverk og terminologi, i og utenfor Direktoratet for e-helse.

¹⁷ Formålet med egenbehandlingsplanen er å oppdage forverring tidlig, forebygge og å redusere utvikling av en forverring, hindre sykehusinnleggelse og gi økt trygghet og mestringsopplevelse. Den gir pasienten retningslinjer for hva som kan gjøres på egenhånd for å holde seg i best mulig form og hva som kan/bør gjøres ved en forverring av sykdommen. Pasienten følges opp av helsepersonell i tråd med egenbehandlingsplanen og avtale for oppfølging. Planen er individuell og kan være delt inn i områder som angir tilstand og grad av forverring med aktuelle tiltak knyttet til de ulike områdene.

8 Begreper

I tiltaksbeskrivelsene legger vi følgende forklaring til grunn for begreper som brukes:

Begrep	Forklaring
API	Forkortelse for Application Programming Interface. API er et programmeringsgrensesnitt som brukes for å utveksle data mellom to forskjellige applikasjoner. API som benyttet i dokumentet her, beskriver samlingen av webtjenester tilgjengeliggjort på en plattform, her i hovedsak samhandlingsplattformen.
Beslutningsstøtte	Elektronisk beslutningsstøtte er IT-verktøy som kombinerer medisinsk, helsefaglig og annen kunnskap med individuelle pasientopplysninger for å understøtte beslutninger i utredning, pleie og behandling av pasienter. Brukes også i forebygging av sykdom og i helsefremmende arbeid.
Behandlingsplan	Behandlingsplan opprettes av helsepersonell med det formål å planlegge tiltak i et behandlingsløp. En behandlingsplan beskriver behandling for én eller flere problemstillinger. Dersom pasienten har flere problemstillinger/diagnoser, kan pasienten ha flere behandlingsplaner, eller det kan samordnes i en felles behandlingsplan. Behandlingsplanen utarbeides i samarbeid med pasienten.
Dataansvarlig	En fysisk eller juridisk person, en offentlig myndighet, en institusjon eller ethvert annet organ som alene eller sammen med andre bestemmer formålet med behandlingen av personopplysninger og hvilke midler som skal benyttes, eller som i eller i medhold av lov er pålagt et dataansvar. «Dataansvarlig» benyttes som begrep innen helselovene og i helsesektoren som synonym til «behandlingsansvarlig» i personvernregelverket. Begrunnelsen er å unngå forvekslinger mellom behandlingsansvarlig for helsehjelp og dataansvarlig. (EUs personvernforordning artikkel 4 nr. 7).
DBEP	Forkortelse for digital behandlings- og egenbehandlingsplan.
DHO-system	Samlebetegnelse på system som brukes av oppfølgingsansvarlig i digital hjemmeoppfølging.
Digital hjemmeoppfølging (DHO)	Pasienten følges opp i hjemmet ved at f.eks. pasientens oppfølging egenmålinger, pasientrapporterte opplysninger om egen helsetilstand eller automatiske målinger, sendes digitalt til helsetjenesten, som vurderer og ved behov følger opp pasienten primært via digitale verktøy (Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023).
Egenbehandlingsplan (EBP)	En plan med beskrivelse av tiltak som pasienten selv har ansvaret for å gjennomføre. Formålet med egenbehandlingsplanen er å oppdage forverringer tidlig, forebygge og å redusere utvikling av en forverring, hindre sykehusinnleggelse og gi økt trygghet og mestringsopplevelse.
Elektronisk pasientjournal (EPJ)	Elektronisk ført samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp. Omtales også som journalsystem, journalløsning

Endre og dele	Organisatorisk samhandlingsform som benyttes når det er viktig å ha en felles kilde til informasjonen, som kan oppdateres av ulike aktører. Et eksempel er en liste over kritisk informasjon. Et annet eksempel er plan, hvor flere aktører har behov for å oppdatere en felles plan for innbyggeren med nye planlagte avtaler, og holde hverandre løpende oppdatert.
Felles språk	Med Felles språk menes en helsefaglig terminologi som skal brukes til strukturert dokumentasjon av informasjon knyttet til helsehjelp, samt relasjonene som binder den til andre kodeverk og registervariabler.
FHIR	«Fast Healthcare Interoperability Resources". Et standard rammeverk for utveksling av helseinformasjon mellom ulike informasjons-systemer. Skal i Norge benyttes som en standard for elektronisk utveksling av helseinformasjon mellom fagsystemer. Utviklet av HL7. Se www.hl7.org/fhir .
Helsehjelp	Enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell. Beskrives også som helse- og omsorgshjelp.
Helsepersonell	Med helsepersonell menes: 1. personell med autorisasjon etter §48 a eller lisens etter §49, 2. personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd, 3. elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører handlinger som nevnt i tredje ledd. Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell. Se Helsepersonelloven §3. Definisjoner for fullstendig liste.
Informasjonsbehov	Informasjon som det er behov for å samhandle med andre aktører om.
Journalløsning	Elektronisk ført samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp. Omtales også som elektronisk pasientjournal (EPJ).
Klinisk fagsystem	Elektronisk system som ivaretar særskilte funksjoner innen klinisk behandling. Eksempelvis fagsystemkategorier som LIMS (Laborariestøtte), RAD (Radiologistøtte) og Føde (Fødselsklinikk) og ulike EPJ-systemer.
Kjernejournal	Et sentralt virksomhetsovergrepene behandlingsrettet helseregister som skal inneholde et begrenset sett med helseopplysninger som er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp.
Omsorgsnivå	Nivå i helsetjenesten som helsehjelpen/omsorgen gis.
Oppfølgingsansvarlig	Med "oppfølgingsansvarlig" forstås i denne beskrivelsen ansvar som virksomheten har i oppfølging av innbygger som benytter digital hjemmeoppfølging.
Samarbeidsområde	En gruppe virksomheter som går sammen om å dele helserelaterte dokumenter om en pasient kalles et samarbeidsområde (eng. "Affinity Domain"). I et samarbeidsområde må det enes om felles løsning for pasient-ID, et felles sett med metadata (inkludert kodeverk og terminologi),

	<p>lovlige dokumentformater/standarder, et felles sett med regler for hvem som skal lagre, gjøre tilgjengelig, søke etter og hente dokumenter, tilgangsstyring, ett felles metadataregister (dokumentregister) og styrings- og forvaltningsmodell. Virksomhetene i et samarbeidsområde må inngå avtaler seg imellom som regulerer hvilke roller hver virksomhet skal ha.</p>
Sende og motta	<p>Organisatorisk samhandlingsform som benyttes når avsender og mottaker er kjent. Sende og motta er godt kjent fra meldingsutveksling hvor brukeren kan sende over strukturert eller ustrukturert informasjon til en kjent mottaker, eksempel på dette er henvisning hvor helsepersonell formulerer teksten som fritekst. I tillegg kan fritekstfeltet understøttes av et statusfelt som endrer verdi ettersom henvisningen blir behandlet – sendt – mottatt – under behandling – godkjent – avvist. Dette gir avsender og innbygger god informasjon om kontinuerlig status på henvisning og avlaster helsevesenets i slik at avsender og innbygger kan følge behandlingen av henvisningen.</p>
Slå opp og tilgjengeliggjøre	<p>Organisatorisk samhandlingsform som støtter informasjonstjenester hvor det er behov for å tilgjengeliggjøre informasjon fra en bruker til flere andre ikke navngitte brukere ved behov. Det er både aktuelt å tilgjengeliggjøre informasjon i form av dokumenter, slik det gjøres med dokumentdeling av utvalgte deler av pasientjournaler i helseforetak, og som strukturerte data. Et eksempel på det siste er hvis helsepersonell har målt fastende blodsukker og ønsker å sammenligne verdiene med tidligere prøveresultater.</p>
Smart-on-FHIR	<p>En metode for å utvikle applikasjoner som kan kjøres i forskjellige systemer basert på FHIR-protokollen.</p>