



Direktoratet for
e-helse

Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 - 2026

Versjon 21.1



Publikasjonens tittel:

Veikart for utvikling og innføring av
nasjonale e-helseløsninger
2021 - 2026

Utgitt:

November 2021

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo
Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Sammendrag

For å legge til rette for pasients helsetjeneste og gi innbyggerne gode og sammenhengende helsetjenester, er det en målsetting å etablere en sterkere nasjonal samordning av digitaliseringsarbeidet i helse- og omsorgssektoren (1). Koronapandemien har styrket både behovet, mulighetene og motivasjonen for dette, og det er forventet at viktig læring fra den vil prege både prioriteringer og investeringsvilje i årene som kommer.

Nasjonale e-helseløsninger er bærebjelken i dagens samhandlingsstruktur

Strukturene og styringen av helse- og omsorgssektoren gjør det utfordrende å få på plass god samhandling, men gjennom etableringen av nasjonale e-helseløsninger kan sektoren vise til en rekke gode resultater de siste årene. De kommer innbyggere, pasienter, pårørende, helsepersonell og samfunnet for øvrig til gode. Helsenorge, kjernejournal, e-resept, meldingsutveksling, grunndata, kodeverk og helse-ID er utgjør bærebjelkene i dagens samhandlingsstruktur.

I veikartsperioden frem til 2026 vil nasjonale e-helseløsninger utvikles for å gi innbyggere og helsepersonell bedre digitale helsetjenester og mer samhandling:

- Flere og flere aktører i sektoren vil tilby administrasjon av behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester til innbyggere gjennom Helsenorge mellom 2021-2026.
- I perioden frem til 2023/2024 gjennomføres utvikling og utprøving av sentral forskrivingsmodul og pasientens legemiddelliste. E-resept innføres i sykehjem og hjemmetjeneste.
- Helsepersonell får tilgang på dialogmeldinger og forbedrede henvisninger.
- Helse Vest, Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge planlegger å prøve ut muligheten for å ha en kilde for oppdatert og autoritativ kritisk informasjon.
- Innsyn i journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten kommer gradvis frem til og med 2023.
- Innenfor digital hjemmeoppfølging er planen å fortsette den pågående utprøvingen, og bruke de eksisterende prosjektene til å realisere et felles rammeverk for informasjonsdeling.

Endringene som kommer i veikartsperioden, er viktige bidrag til å videreutvikle samhandlingen i sektoren. Samtidig viser målbildet for helhetlig samhandling at det er mye som gjenstår, selv på prioriterte områder.

Risiko i veikartet er knyttet til finansiering, tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten og kontroll på avhengighetene

Det er en risiko for at planene i veikartet ikke kan realiseres som planlagt. Denne risikoen har i hovedsak bakgrunn i finansiering, tilrettelegging av tilgjengelige løsninger i helse- og omsorgstjenesten og kontroll på avhengighetene.

Tiltakene i veikartet har forskjellige finansieringsmodeller, og for flere av tiltakene er finansieringen uavklart for fasene frem til tjenesten er tatt i bruk. Det pågår arbeid med finansiering, blant annet i program digital samhandling steg 2, som vil kunne endre dette bildet.

Regional og lokal tilrettelegging er også en av risikoene i veikartet. Leverandørene av lokale journalløsninger må tilrettelegge nødvendige integrasjoner med den nasjonale e-helsetjenesten, og virksomhetene må gjøre endringer i lokal infrastruktur og eventuelt endringer i egen sikkerhetsarkitektur. Det vil det også være behov for opprydding og samkjøring av informasjonen som ligger i eksisterende løsninger for noen tjenester.

De viktigste avhengighetene for å overholde planene er knyttet til modernisering av tillits- og grunndatatjenester, etableringen av en helhetlig samhandlingsplattform og innføring av kjernejournal.

Forutsetninger for gjennomføring av veikartet

Det er flere forutsetninger for at målene i veikartet skal bli nådd i perioden frem mot 2026.

- Det bør vurderes å gjøre en prioritering av hvilke tjenester man arbeider med for å få fullt innført, slik at investeringene kan gi tidligere gevinster, samfunnsøkonomisk lønnsomhet og forutsigbarhet for både aktørene i sektoren og innbyggere.
- Det er viktig å ha gode insentiver for å sikre at løsninger tas i bruk.
- Det er behov for en pådriverkraft for innføring.
- Standarder må etableres som del av den nasjonale tilretteleggingen, og det bør utvikles felles helsefaglige veiledere på utvalgte områder. De store gevinstene som ligger i digitalisering kan ikke hentes ut dersom helsefaglig standardisering ikke utvikles i parallell med etablering av digitale løsninger.

Veikartet - et virkemiddel for prioritering

Veikartet er også virkemiddel for å prioritere og synliggjøre endringsbehov på tvers av sektor, og arbeidet med oppdatering og videreutvikling av veikartet må skje kontinuerlig og i tett samarbeid med sektor. Veikartet vil oppdateres og videreutvikles samtidig som omfanget utvides og nye felles mål settes for helse- og omsorgssektoren.

Versjon 21.1 av veikartet

Versjon 21.01 har samme omfang som versjon 1.01, men informasjon, planer og status er oppdatert ihht til dagens situasjon. I tillegg er veikartet også utvidet til å omfatte 2026. Program digital samhandling steg 2 er ikke tatt inn i veikartet da deres planer forventes å bli lagt i løpet av 2021. Det forventes at dette vil bli tatt i neste versjon av veikartet.

Innhold

1 Innledning	6
1.1 Organisering av veikartsarbeidet	7
1.2 Fra tiltak til nytte for innbygger og helsepersonell	8
1.3 Metodikk brukt i veikartet	9
1.4 Dokumenter	13
1.5 Målbilde for digital samhandling	13
1.6 Oppsummering risiko i veikartet	17
1.7 Forutsetninger for å gjennomføre veikartet	19
2 Status på de nasjonale e-helseløsningene	22
2.1 Helsenorge	22
2.2 Kjernejournal	33
2.3 E-resept	37
2.4 Digital hjemmeoppfølging	43
3 Veikart for nasjonale e-helseløsninger	47
3.1 Innbygger skal ha mulighet for å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge	48
3.2 Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens legemiddelliste (PLL)	52
3.3 Helsepersonell skal ha tilgang til en oppdatert og autoritativ beskrivelse av kritisk informasjon	56
3.4 Helsepersonell skal ha tilgang til journaldokumenter uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp	58
3.5 Helsepersonell og innbygger skal ha tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt	64
3.6 Helsepersonell skal ha tilgang på dialogmeldinger og forbedrede henvisninger	66
3.7 Innbygger skal ha muligheter for digital hjemmeoppfølging	69
4 Avhengigheter mellom veikart for nasjonale e-helseløsninger og andre pågående tiltak	74
4.1 Etablering av felles tillitsmodell og helhetlig samhandlingsplattform	74
4.2 Modernisering og tilrettelegging av EPJ-systemer for datadeling	79
5 Veikartet realiserer verdi for innbyggere og helsepersonell	81
6 Anbefalinger for veien videre	84
7 Referanser	86
8 Figurliste	87

1 Innledning

Behovet for digitalisering for å støtte opp under tjenesteutviklingen i helse- og omsorgssektoren er omfattende, og det gjenspeiles i aktivitetsnivået. Den nasjonale e-helseporteføljen består av prosjekter og programmer, som samlet er et viktig bidrag for å realisere nasjonal e-helsestrategi. Koronapandemien har styrket behovet, mulighetene og motivasjonen for digitalisering, og det forventes at erfaringene fra den vil prege både prioriteringer og investeringsvilje i årene som kommer. Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 bekrefter det politiske målet om å etablere en sterkere nasjonal samordning av digitaliseringsarbeidet i helse- og omsorgssektoren, for å legge til rette for gode og likeverdige helsetjenester på tvers av virksomhetene og omsorgsnivåene.

Helse- og omsorgssektoren har i fellesskap utarbeidet en nasjonal e-helsestrategi som skal gi retning for dette arbeidet. Strategien støtter opp om de overordnede målene gitt i ulike stortingsmeldinger. Det er nå behov for et veikart som tydeliggjør hvordan sektoren sammen kan realisere denne strategien.

Første versjon av veikartet, 1.01, ble utarbeidet høsten 2020 av Direktoratet for e-helse på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Grunnet stor aktivitet i helsesektoren var det behov for å avgrense hva den første versjonen skulle omfatte. Veikartet tok derfor for seg de nasjonale e-helseløsningene, og hvordan de bidrar til å nå strategiske mål.

Neste versjon, kalt Versjon 21.01, har samme omfang som versjon 1.01, men informasjon, planer og status er oppdatert ihht til dagens situasjon. I tillegg er veikartet også utvidet til å omfatte 2026. Program digital samhandling steg 2 er ikke tatt inn i veikartet da deres forventes å bli lagt i løpet av 2021. Det forventes at dette vil bli gjort i neste versjon.

Basis for arbeidet med veikartet er behovet for å få et felles situasjonsbilde av de nasjonale e-helseløsningene. Hvor langt har vi kommet på de ulike tjenestene i de løsningene og hva er status og utfordringer fremover? Det er også gjort en kvalitativ beskrivelse av nytte.

Analysen av de nasjonale e-helseløsningene viser pågående utvikling og innføring, og fokuserer på følgende områder som dermed er tatt inn i veikartet:

- Innbygger skal ha mulighet for å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge
- Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens legemiddelliste
- Helsepersonell skal ha tilgang til en oppdatert og autoritativ beskrivelse av kritisk informasjon
- Helsepersonell skal ha tilgang til journaldokumenter uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp

I tillegg er to andre strategisk viktige områder tatt inn i veikartet:

- Innbygger skal ha muligheter for digital hjemmeoppfølging
- Helsepersonell skal ha tilgang til dialogmeldinger og forbedrede henvisninger

Målet er at veikartet skal gi en oversikt over pågående aktiviteter, status og planer fremover, og kan være et beslutningsgrunnlag for prioritering og finansiering av e-helsetiltak i årene som kommer.

1.1 Organisering av veikartsarbeidet

I direktoratet er kjerneteamet for forvaltning og videreutvikling av veikartet det samme som jobber med nasjonal portefølje.

Utvalgene i Nasjonal styringsmodell for e-helse vil behandle nye versjoner av veikartet. NUIT vil være hovedansvarlig for behandling og oppfølging, mens endelig godkjenning vil gjøres av nasjonalt e-helsestyre.

Ytterligere organisering er under etablering.

1.1.1 Sentrale begreper

Under følger oversikt over hvordan et lite utvalg sentrale begreper er benyttet i veikartet. For oversikt over flere begreper og definisjoner, se Vedlegg 1 til versjon 1.01 av veikartet, Sentrale begreper i veikart for nasjonale e-helseløsninger¹.

Utvikling

I denne rapporten benyttes ordet *utvikling* om det utviklingsarbeidet som gjøres på nasjonale e-helseløsninger. Parallelt med utvikling av en nasjonal e-helseløsning er det ofte behov for å gjøre flere andre tiltak som å endre forskrifter, etablere standarder og gjøre en uttesting sammen med et mindre antall aktører. Til sammen utgjør disse aktivitetene det som i endringsprosessen kalles *nasjonal tilrettelegging* (se kapittel 1.3.1)

Innføring

I denne rapporten benyttes ordet *innføring* om det som virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten må gjennomføre for å ta i bruk en nasjonal e-helseløsning. Dette omfatter å bestille endringen i sin journalløsning, legge til rette i lokal infrastruktur, opplæring av brukere og endringer i egne arbeidsprosesser. Innføring omfatter gjerne utvikling av lokale løsninger, men i veikartssammenheng anses denne lokale utviklingen for å være en del av innføringen. I verdikjeden som beskriver endringsprosessen dekker dette fasene *tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten* og *endring i virksomhetene* (se kapittel 1.3.1)

Tilrettelegging

Tilrettelegging er i denne rapporten en fellesbetegnelse på ulike aktiviteter som aktører i sektoren må gjøre for å få gjennomføre en endring. Tilrettelegging gjøres både av nasjonale myndigheter og av virksomhetene i sektoren, avhengig av hvor langt i endringsprosessen man har kommet.

Tilgjengelig

I denne rapporten bruker vi tilgjengelig for å angi når noe er klart for neste ledd i endringsprosessen. En nasjonal e-helsetjeneste kan være *tilgjengelig fra nasjonal tjenesteleverandør*, hvilket betyr at leverandører nå kan begynne å integrere mot den, eller den kan være *tilgjengelig for helsepersonell eller innbyggere* i betydning at helsepersonell og innbyggere har tjenesten tilgjengelig i sin arbeidsflate. Når helsepersonell eller innbyggere har fått opplæring i bruken, kan vi si at tjenesten er *innført*.

¹ <https://www.ehelse.no/publikasjoner/veikart-for-nasjonale-e-helselosninger#Sentrale%20begreper>

Tjenestemodell

En *tjenestemodell* beskriver hvordan ulike aktører organiserer seg og deler ansvar mellom seg for å levere helhetlige og sammenhengende tjenester til brukere. Dette kan være for eksempel hvordan en kommune og et helseforetak organiserer leveranse av utstyr som skal brukes i hjemmet, hvem som tar ansvar for å motta responser og varslinger og hvem til enhver tid har ansvar for å følge opp innbyggeren når det er behov for helsehjelp.

Tjenester i nasjonale e-helseløsninger versus helse- og omsorgstjenester

I dette dokumentet skiller det mellom *tjenester* i nasjonale e-helseløsninger og *helsetjenester*.

Tjenester omfatter alle digitale tjenester, funksjonalitet og/eller delfunksjonalitet som tilgjengeliggjøres gjennom de nasjonale e-helseløsningene. Med helsetjenester tenker vi på selve ytelsen av helsehjelp som utføres i helse- og omsorgstjenesten. Helsehjelp er enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell.

1.2 Fra tiltak til nytte for innbygger og helsepersonell

Det overordnede målet med nasjonale e-helseløsninger er at det skal bidra til å gjøre det lettere for innbygger å følge opp og mestre sin egen helse, og lettere for helsepersonell å yte effektiv helsehjelp med høy kvalitet og pasientsikkerhet. Mange tiltak innebærer å samle og tilgjengeliggjøre informasjon fra ulike steder for brukeren. For både innbyggere og helsepersonell er det imidlertid flere forutsetninger som da må være til stede før tjenesten blir tatt i bruk.

Enkelt tilgjengelig. Tjenesten må være enkelt tilgjengelig for brukeren, det vil si at den må fungere raskt, være uten unødige pålogginger og kreve færrest mulig klikk. Helsepersonell opplever ofte tidspress i pasientrettet arbeid, og kan ha kort tid tilgjengelig til å bruke tjenesten om den skal komme til nytte. Innbygger har heller ikke grenseløst med tålmodighet overfor vanskelig tilgjengelige tjenester.

Kjent. Tjenesten eller funksjonaliteten må være kjent for brukerne, det vil si de må være klar over at den finnes, vite hva den inneholder og vite hvordan den skal brukes.

Komplett og oppdatert. Hvis brukerne fullt ut skal kunne benytte informasjonen fra en tjeneste, må den være til å stole på, oppdatert og komplett. Fravær av informasjon kan redusere tilliten til en tjeneste, selv om informasjonen som står der er korrekt. Om helsepersonellet må slå opp mange steder for å få frem tilstrekkelige helseopplysninger er dette mindre effektivt enn å ha det samlet. Kompletthet er særlig viktig der helseopplysninger skal brukes til beslutningsstøtte, for eksempel ved innhenting av helseopplysninger om eventuelle allergier mot legemidler.

Kravet om kompletthet er forståelig, men det forutsetter at alle aktører som bidrar til helsehjelpen er koblet opp mot en eventuell felles tjeneste, og at de deler sine opplysninger etter hvert som de registreres. Journaløsningen de bruker må altså ha integrert tjenesten, og tjenesten må være tilgjengelig for alle. Tjenesten må være i henhold til lovverket, innholdet må ha lik betydning for alle, og tjenesten må ha tilgang til nødvendig grunndata og teknisk infrastruktur. Dette er hensyn vi har tatt med i metoden vi har bygget opp for å kategorisere ulike tiltak etter hvor langt de har kommet.

1.3 Metodikk brukt i veikartet

Utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger gjennomføres ikke som ett enkelt prosjekt, men gjennom flere prosjekter og programmer, i flere virksomheter og ofte i kombinasjon med andre regionale eller kommunale endringer. Den fragmenterte gjennomføringen gjør det utfordrende å få oversikt over den faktiske fremdriften nasjonalt og å identifisere overordnet status og utfordringer i det videre arbeidet.

For å få oversikt over hvor langt sektoren har kommet på vei til å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger er det laget en verdikjede som viser hvilke faser endringsprosessen består av, se kapittel 1.3.1

For å bedre forstå status på endringsprosessen, utfordringene i det videre arbeidet og etablere et grunnlag for prioritering i det videre arbeidet med veikartet har vi gjort følgende vurderinger:

- Kvalitativ beskrivelse av nytte
- En vurdering av status og utfordringene fremover knyttet til:
 - finansieringsplaner
 - tilslutning blant aktørene
 - tilrettelegging hos aktørene
 - avhengigheter til andre tiltak

Kategoriseringen som er benyttet til vurdering av status og utfordringene i det videre arbeidet er beskrevet i kapittel 1.3.2.

1.3.1 Hvor langt har vi kommet?

For å få en oversikt over hvor langt sektoren har kommet i endringsprosessen knyttet til de ulike tjenestene på de nasjonale e-helseløsningene, er det etablert en verdikjede som består av følgende faser:

- Konsept
- Nasjonal tilrettelegging
- Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten
- Endring i virksomhetene
- Ny praksis i bruk



I de to første fasene, *konsept* og *nasjonal tilrettelegging*, gjennomføres som regel tiltakene i nasjonal regi med tett involvering av interessentene i sektoren. I de etterfølgende fasene er det de ulike virksomhetene i sektoren som har fremdriftsansvaret, og i veikartsammenheng ser man på hvor langt majoriteten av aktørene har kommet når det konkluderes hvilken fase tjenesten er i.

Verdikjeden er en forenkling av den faktiske gjennomføringen, og i praksis vil en endringsprosess gjennomføre aktiviteter som tilhører flere faser samtidig. Det vil for eksempel gjøres endringer i en nasjonal e-helsetjeneste i fasen *tilrettelegging i helse- og*

omsorgstjenesten fordi man lærer underveis og videreutvikling er en del av forvaltning. Det kan også jobbes med å innføre en versjon av en tjeneste, mens en ny versjon er i fasen *nasjonal tilrettelegging*.

Veikartet vil gi en oversikt over hvor i verdikjeden de ulike tjenestene er på nåværende tidspunkt. Dette inkluderer beskrivelser av hvilke aktørgrupper som har gjort nødvendige tilrettelegginger, gjennomført endring i virksomhetene og fått ny praksis i gang, og hvilke aktører som ikke har det.

Et tiltak blir definert til å være i *konseptfasen* når det er identifisert behov for endringer i helse- og omsorgssektoren som støtter opp under målene i nasjonal e-helsestrategi, og det er antatt at en nasjonal e-helsetjeneste vil være den beste måten for å oppnå ønsket endring. 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 sektoren finnes det også løsninger som er tatt i bruk hos enkelte helseforetak eller noen kommuner, men hvor det ikke er tatt en endelig beslutning om å innføre dette nasjonalt. Løsninger av denne typen legger vi også inn i denne fasen.

Dersom konseptutredningen viser at behovet best løses nasjonalt, kan prosessen gå videre til fasen *nasjonal tilrettelegging*. 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 for å verifisere at gjennomføringsstrategi, innføringsstrategi og samfunnsøkonomisk nytte står seg med de antakelser som er lagt til grunn i konseptfasen. Fordi utvikling av nasjonale e-helseløsninger står sentralt i denne fasen omtales den i veikartet ofte bare som *utvikling*.

Etter nasjonal tilrettelegging 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. Dette skjer i fasene *tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten* og *endringer i virksomhetene*, og omtales gjerne samlet som *innføring*.

Når det gjelder fasene *tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten* og *endringer i virksomhetene* så vil ulike typer tjenester kreve ulik grad av koordinering og styring. For enkelte tjenester holder det at en aktør tilrettelegger for deling, for eksempel at besøkshistorikk blir tilgjengeliggjort i kjernejournal, og andre aktører trenger ikke gjøre noen endringer for å få nytte av dette. Når man derimot skal innføre pasientens legemiddelliste innebærer det at prosessen må være styrt og koordinert, og alle berørte aktører må gjøre nødvendige tilrettelegginger og endringer på sin side for at praksisen skal bli tatt i bruk.

I veikartoversiktene er faktiske planer og milepæler vist med heltrukne linjer mens prognoser og forventninger er vist med stiplede linjer.




1.3.2 Hva er status og utfordringene fremover?

For å vurdere status og utfordringene i det videre arbeidet på de ulike tjenestene er det gjort en vurdering av følgende:

- Finansiering
- Tilslutning
- Tilrettelegging hos aktører i helse- og omsorgstjenesten
- Avhengigheter til andre tiltak




Finansiering

Den nasjonale tilretteleggingen krever ofte flerårige prosjekter, men har årlige budsjettprosesser og kan være avhengig av samfinansiering som blir gitt på årlig basis. Det er også i ulik grad avklart hvordan forvaltning skal finansieres når man starter nasjonal tilrettelegging. Disse forholdene gir en usikkerhet for når tjenesten er klar fra nasjonalt hold, og det blir krevende for virksomhetene å planlegge når de skal tilrettelegge for sin del av jobben. Tilrettelegging av nasjonale e-helseløsninger i helse- og omsorgstjenesten krever i de fleste tilfeller betydelig bistand og koordinering fra nasjonalt hold, og finansiering av denne fasen av verdikjeden har vist seg utfordrende å skaffe. Hver enkelt aktør tar også selvstendige beslutninger om når de skal bevilge investeringsmidler til å håndtere tilretteleggingen i egen virksomhet.

Finansiering			
	Det foreligger finansierungsplaner som dekker alle faser	Det foreligger finansierungsplaner for nasjonal tilrettelegging	Det foreligger finansierungsplaner kun for deler av den nasjonale tilretteleggingen

Tilslutning

For å få samfunnsøkonomiske gevinster av prosjektene som videreutvikler nasjonale e-helseløsninger og felles grunnmur er det en forutsetning at et tilstrekkelig antall aktører tilgjengeliggjør tjenesten og funksjonaliteten. Det er mange tilfeller der det settes i gang prosjekter for å utvikle nasjonale e-helseløsninger og felles grunnmur uten at det foreligger tilstrekkelig med forpliktelser fra aktørene til å ta tjenesten i bruk. Det kan være mange grunner til at det ikke er mulig å få denne tilslutningen tidlig i et prosjekt, for eksempel at det ikke er tydelig nok synliggjort hvilke tiltak den enkelte virksomhet må iverksette og hvilken kostnad dette vil medføre. I veikartet er det kartlagt hvilke beslutningsprosesser som foreligger for å kunne si noe om hvor mye og hvor raskt man vil kunne forvente å hente ut nytte.

Tilslutning			
	NEHS/NUIT har besluttet at tjenesten inngår i nasjonal portefølje. Det er vurdert hvor stor oppslutningen må være for å oppnå samfunnsøkonomisk lønnsomhet og et tilstrekkelig antall aktører har forpliktet seg	Enkelte store aktører har forpliktet seg til å ta i bruk eller til å tilgjengeliggjøre tjenesten	Ingen aktører har ennå forpliktet seg til å ta i bruk eller til å tilgjengeliggjøre tjenesten

Tilrettelegging hos aktører i helse- og omsorgstjenesten

Ved en vurdering av status på tilretteleggingen hos aktører i helse- og omsorgstjenester vurderes følgende:

- I hvilken grad er det identifisert hvilke organisatoriske endringer som følger av å ta i bruk den nye tjenesten
- I hvilken grad er det identifisert hvilke tekniske tilrettelegginger som må gjennomføres for å tilgjengeliggjøre tjenesten for helsepersonell eller innbyggere

Når det gjelder organisatoriske endringer, kan nye tjenester medføre at arbeidsoppgaver kan gjennomføres på nye måter, enkelte arbeidsoppgaver kan frafalle og arbeidsoppgaver kan bli fordelt på nye måter. Når for eksempel helsepersonell ved en legevakt kan lese journal-dokumenter fra andre virksomheter bør virksomheten etablere rutiner for hvem som skal benytte denne tjenesten, og i hvilke tilfeller den bør brukes. Det bør for eksempel avgjøres om legevaktslege eller andre rutinemessig skal gjøre oppslag i kjernejournal for alle pasienter, eller kun når det er mistanke om alvorlig sykdom og det antas at pasienten nylig har mottatt helsehjelp ved sykehus.




For at de ulike tjenestene på de nasjonale e-helseløsninger skal gi ønsket samhandling, er det behov for at det tilrettelegges i virksomhetenes egne løsninger for å kunne dele informasjon til andre, og motta informasjon fra andre gjennom de nasjonale e-helseløsningene. For å få til for eksempel dokumentdeling gjennom kjernejournal fra spesialisthelsetjenesten til kommunal helse- og omsorgstjeneste, kreves det to typer teknisk tilrettelegging:

- 1) Spesialisthelsetjenesten må tilrettelegge for at dokumenter i sitt journalsystem kan bli tilgjengelig gjennom kjernejournal
- 2) Kommunale journalløsninger må tilrettelegge slik at helsepersonell får tilgang til kjernejournal

Tilrettelegging hos aktører i helse- og omsorgstjenesten			
	Det er identifisert hvilke organisatoriske endringer og tekniske tilrettelegginger som må gjennomføres, og det er igangsatt tiltak for å realisere disse.	Det er identifisert hvilke organisatoriske endringer og tekniske tilrettelegginger som må gjennomføres, men det er ikke tatt stilling til hvordan disse skal realiseres.	Det er ikke gjennomført en analyse av organisatoriske endringer og tekniske tilrettelegginger som må være på plass for å ta i bruk tjenesten.

Avhengigheter til andre tiltak

Avhengighet til andre tiltak vil kunne påvirke når en tjeneste kan tilgjengeliggjøres for brukerne. Gjennom å kartlegge avhengigheter kan man i større grad kartlegge risiko knyttet til andre tiltak, og dermed si noe om eksterne faktorer som påvirker når tjenesten kan tilgjengeliggjøres.

<p>Avhengighet til andre tiltak</p>	 <p>Tjenesten er ikke avhengig av endringer i felles grunnmur eller løsningskomponenter i eller utenfor grunnmur.</p>	 <p>Tjenesten er avhengig av endring på et av følgende områder: juridisk, organisatorisk, semantisk eller teknisk interoperabilitet.</p>	 <p>Tjenesten er avhengig av endring på to eller flere av følgende områder: juridisk, organisatorisk, semantisk eller teknisk interoperabilitet.</p>
-------------------------------------	--	--	---

1.4 Dokumenter

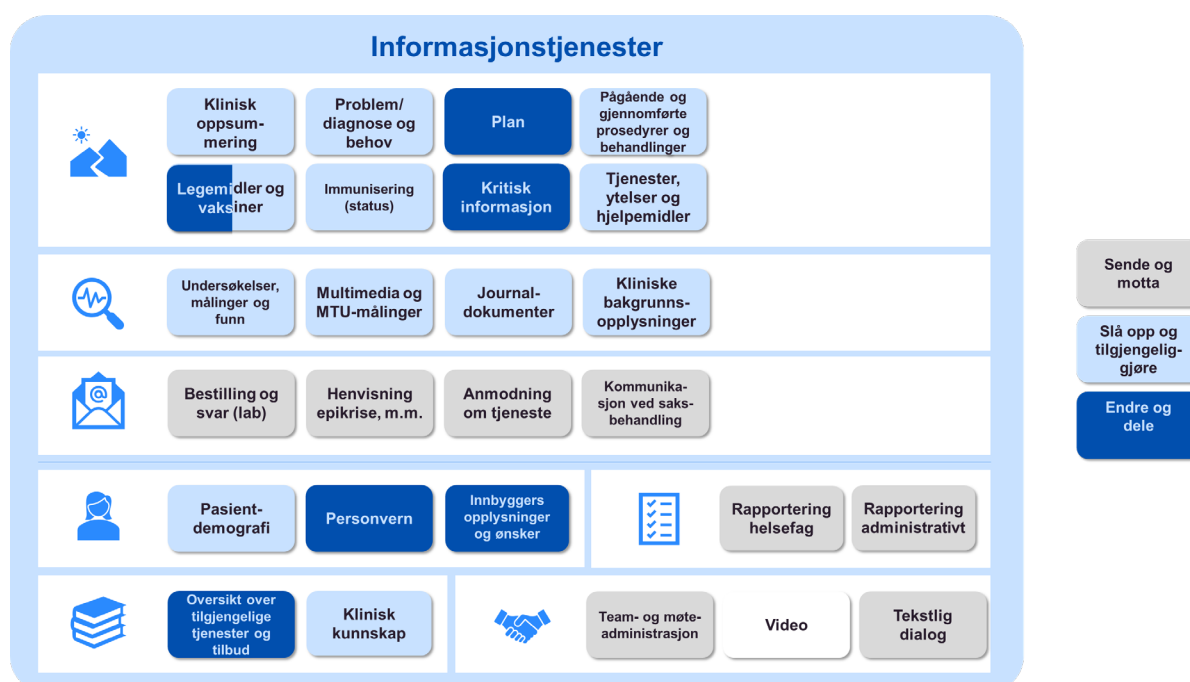
Det første veikartet som ble publisert i november 2020 bestod av 4 dokumenter. I versjon 21.1 av veikartet er kun hoveddokumentet oppdatert.

1.5 Målbilde for digital samhandling

Helsetjenesten har over lengre tid vært tydelige på behovet for bedre samhandlingsløsninger. I forbindelse med utredning av Akson (2) ble helsepersonells behov for samhandling med innbygger, mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal sektor, med andre aktører i helse- og omsorgstjenesten og andre statlige og kommunale tjenester kartlagt i detalj. Behovene ble brukt til å bygge opp målbildet for helhetlig samhandling innen 2030. Dette målbildet er omfattende, og danner ambisjonsnivået også for veikartet på sikt.

1.5.1 Informasjonstjenester i målbildet




Informasjonen aktørene har behov for å utveksle seg imellom ved samhandling er satt sammen i såkalte *informasjonstjenester*, som vist i figur 1. En informasjonstjeneste beskriver et tematisk område hvor det finnes samhandlingsbehov, og kan bestå av mange ulike IT-løsninger.







Figur 1 Innhold i målbilde for helhetlig samhandling

Hver informasjonstjeneste har en foretrukket samhandlingsform. *Sende og motta* (grå) betyr å sende meldinger til kjent mottaker. *Slå opp og tilgjengeliggjøre* (lyseblå) betyr å tilgjengeliggjøre sine egne opplysninger, og slå opp tilsvarende hos andre. *Endre og dele* (mørkeblå) betyr at flere aktører samarbeider om å kunne redigere og dele de samme opplysningene i sanntid.

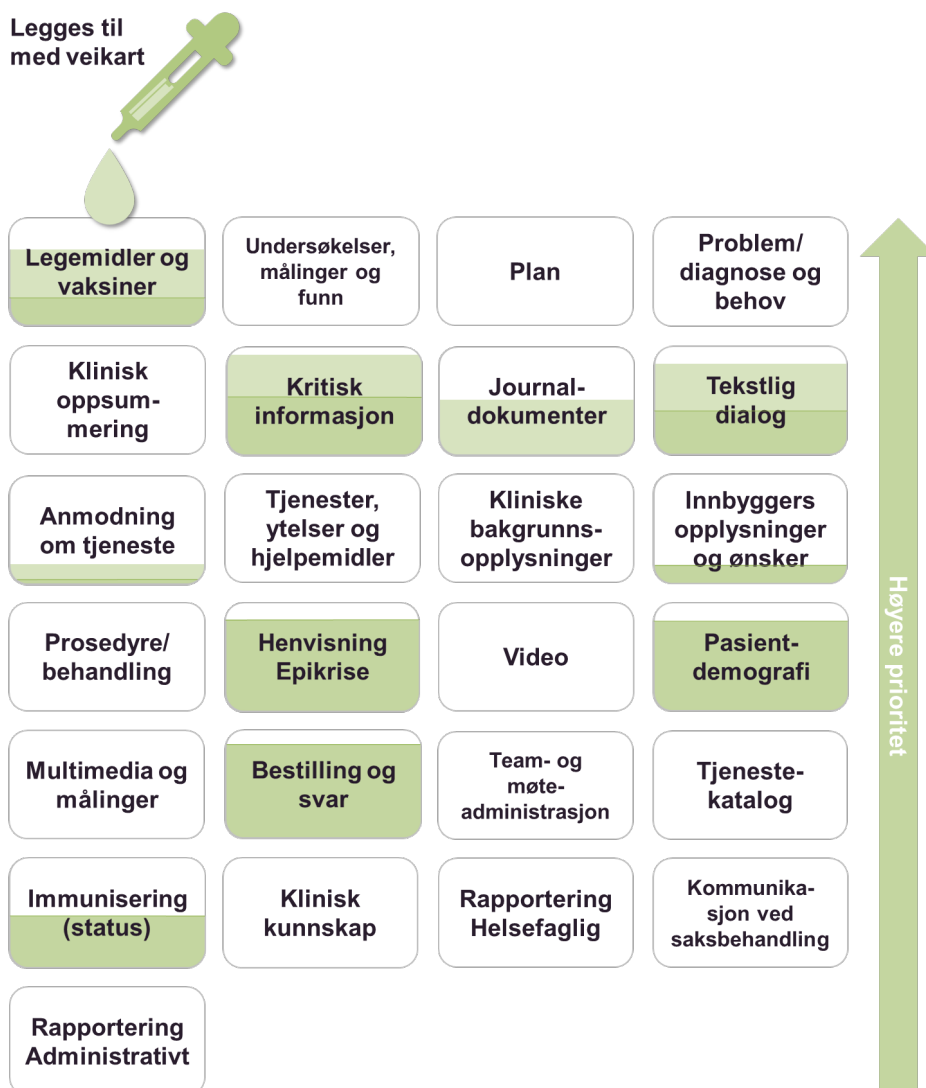
Informasjonstjenestene er organisert i syv hovedgrupper:

Gruppe	Beskrivelse
 Skaffe seg oversikt over innbyggers tilstand og behov for helsehjelp	Informasjonstjenestene i denne gruppen presenterer utvalgte og sammenstilte helseopplysninger om innbygger. Der informasjons-tjenestene presenterer lister, er de ment å være mest mulig uttømmende for et bestemt spørsmål, for eksempel om hvilke allergier innbygger har, eller hvilke sykdommer innbygger har hatt tidligere.
 Gjøre oppslag i tidligere journalopplysninger	Informasjonstjenestene i denne gruppen gjør det mulig for bruker å slå opp eksisterende opplysninger fra pasientjournalen hos ulike aktører. Felles for opplysningene er at de er "historiske", dvs. de er allerede tatt hensyn til i oppfølging av innbyggers helsehjelp. Opplysningene kan likevel ha stor nytte i sammenligninger og for å håndtere situasjoner hvor man mangler informasjon.
 Anmode om eller bestille tjenester eller ytelser, med svar, samt kommunisere om saker	Informasjonstjenestene i denne gruppen formidler anmodninger eller bestillinger av tjenester med svar mellom aktører. Formidlingen kan representere overføring av hele eller deler av ansvar for innbyggers helsehjelp (som ved henvisninger), eller ansvaret kan bevares hos avsender.

	Innhente innbyggers opplysninger	Informasjonstjenestene i denne gruppen tar imot og formidler innbyggers opplysninger, føringer og ønsker for helsehjelpen til aktuelle aktører. Det er en fordel for innbygger å kunne registrere informasjonen ett sted, og få aktørene i helsetjenesten til å forholde seg til det samme innholdet på samme måte.
	Slå opp i generelle informasjonskilder	Informasjonstjenestene i denne gruppen formidler informasjon som ikke er helseopplysninger, men som er nyttig i utøvelsen av helsehjelpen.
	Rapportere egen aktivitet	Informasjonstjenestene i denne gruppen støtter rapportering til helsefaglige og administrative registre.
	Arrangere og delta i møter, konsultasjoner og samtaler	Informasjonstjenestene i denne gruppen støtter koordinering og gjennomføring av ulike former for møter mellom aktører. Ut over tid, sted og roller settes det få krav til strukturering og standardisering av innholdet.

1.5.2 Hvordan bidrar pågående utvikling og innføring til å nå målbildet for helhetlig samhandling?

Figur 2 viser informasjonstjenestene i prioriterte rekkefølge basert tilbakemeldinger fra helsepersonell i Akson-forprosjekt. Den viser på en forenklet måte informasjonstjenester hvor tjenester/ funksjonalitet allerede er tatt i bruk, og hva tiltakene i veikartet bidrar med. Figuren viser at veikartet bidrar på prioriterte områder, men også at det gjenstår mange behov som ikke er dekket.



Figur 2 Eksisterende (mørkegrønn) og ny (lysegrønn samhandlingsfunksjonalitet som kommer i veikartsperioden. Informasjonstjenester plassert øverst er høyest prioritert av helsepersonell. Oversikten viser ikke samhandling med andre kommunale og statlige tjeneste

Veikartet vil i hovedsak bidra på informasjonstjenestene *legemidler og vaksiner*, *kritisk informasjon*, *journaldokumenter*, *tekstlig dialog* og *anmodning om tjeneste*. Ingen av disse informasjonstjenestene vil imidlertid bli fullstendig dekket. I tillegg gjenstår vesentlige behov på de øvrige 21 informasjonstjenestene (inkludert personvern), som utgjør størstedelen av målbildet. Veikartet har heller ingen vesentlige tiltak for å sikre samhandling mellom helsetjenesten og andre statlige og kommunale tjenester.

Legemidler og vaksiner

Se kapittel 1.1 for dagens løsninger og kapittel 3.2 for videre tjenester. Fortsatt vil det gjenstå samhandlingsbehov som gjelder hvilke legemidler pasienten faktisk har tatt (administrerte legemidler) og bestilling av legemidler til lokalt lager.

Kritisk informasjon

Se kapittel 2.2 for beskrivelse av dagens løsning og kapittel 3.3 for videre tjenester. Med dette vil mesteparten av samhandlingsbehov være dekket, med unntak av informasjon om visse typer smitte som kjernejournal ikke har hjemmel for å registrere.

Journaldokumenter

















I dag har en del helseforetak og kommunale helse- og omsorgstjenester mulighet for å dele journalopplysninger ved å bruke samme journalløsning. Se kapittel 3.4 og 3.5 for videre tjenester. Fortsatt vil det imidlertid gjenstå andre dokumentprodusenter som avtalespesialister, fastleger, legevakt, ØHD/KAD, helsestasjon, hjemmebaserte tjenester, sykehjem og andre kommunale institusjoner og tjenester, og andre dokumentkonsumenter ut over dagens brukere av kjernejournal.



Anmodning om tjeneste

Se kapittel 2.1 for dagens løsning og kapittel 3.1 for videre tjenester. Fortsatt vil det imidlertid gjenstå behov for timebooking hos avtalespesialister, evt. legevakt og andre kommunale helse- og omsorgstjenester, og en rekke andre typer tjenesteanmodninger fra helsepersonell

1.6 Oppsummering risiko i veikartet

Tabell 1 gir en samlet oversikt over vurdering av status og utfordringer for de tiltakene som er vurdert i dette veikart. For å vurdere status og utfordringene er det gjort en vurdering av *finansiering, tilslutning, tilrettelegging hos aktører i helse- og omsorgstjenesten, og avhengigheter til andre tiltak*. Se kapittel 1.3.2 for nærmere forklaring av de ulike symbolene og fargene.

Tiltak vurdert i veikartet	Finansiering	Tilslutning	Tilrettelegging	Avhengigheter
Innbygger skal ha mulighet for å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge				
Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens legemiddelliste				
Helsepersonell skal ha tilgang til en oppdatert og autoritativ beskrivelse av kritisk informasjon				
Helsepersonell skal ha tilgang til journaldokumenter uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp				

Helsepersonell skal ha tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt				
Helsepersonell skal ha tilgang på dialogmeldinger og forbedrede henvisninger				
Innbygger skal ha muligheter for digital hjemmeoppfølging				

Tabell 1. Samlet oversikt over vurdering av status og utfordringer

Risiko knyttet til finansiering

Tiltakene som er vurdert som en del av veikartet er omfattende og vil strekke seg over flere år. Tiltakene har forskjellige finansieringsmodeller, og for flere av tiltakene er finansieringen uavklart for de gjenstående fasene frem til tjenesten er tatt i bruk. Det pågår arbeid med finansiering, blant annet for Program digital samhandling steg 2, som vil kunne endre dette bildet. Det er et pågående arbeid med finansiering for å oppfylle ønsket ambisjonsnivå i 2022 for tjenestene Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens legemiddelliste og Innbygger skal ha muligheter for digital hjemmeoppfølging.

Behov for samfinansiering kan være en risiko. I tillegg kommer arbeidet som må gjøres av hver virksomhet for å innføre tjenesten som virksomheten også må finansiere. Spesielt er dette utfordrende når innføringen innebærer at journalleverandøren man benytter må gjennomføre store endringer og utvikle ny funksjonalitet for at tjenesten skal bli tilgjengelig. En like stor utfordring er knyttet til aktørenes investeringer i lokal infrastruktur, for eksempel kommunenes anskaffelse av elektronisk ID på sikkerhetsnivå høyt.

Risiko knyttet til tilslutning

For å få samfunnsøkonomiske gevinster av prosjektene som videreutvikler nasjonale e-helseløsninger og felles grunnmur er det en forutsetning at et tilstrekkelig antall aktører tilgjengeliggjør tjenesten. Det er en risiko at det ikke er etablert en mer formell tilslutning til de ulike tiltakene før det foretas store investeringer.

Den enkelte aktør trenger forutsigbarhet med hensyn til når de skal innføre nye tjenester. Denne forutsigbarheten kan kun gis hvis det er tydelige planer om når nasjonale løsninger er tilrettelagt for innføring i den enkelte virksomhet, og når andre virksomheter de samhandler med vil koble seg på den nasjonale løsningen. Dersom foreslått endring i pasientjournalloven blir vedtatt, vil det bli imidlertid bli innført plikt til bruk og tilgjengeliggjøring av nasjonale e-helseløsninger.

Risiko knyttet til tilrettelegging hos aktører i helse- og omsorgstjenesten

Noen tjenester er så tidlig i løpet at hvilke forutsetninger som skal være på plass hos aktørene for å bruke tjenesten i liten grad er etablert. Risikoen vil bli redusert ved at utprøving blir gjennomført selv om det kan dukke opp ubehagelig overraskelser i prosessen. Det er derfor viktig med sterke pådrivere for å dra prosessen gjennom i tillegg til at erfaringene fra utprøving blir aktivt brukt for å etablere nødvendige forutsetninger både teknisk og organisatorisk.

Risiko knyttet til avhengigheter

Modernisering av tillits- og grunnatatjenester og etableringen av en helhetlig samhandlingsplattform er viktige avhengigheter for mange tjenester.

Det er også flere tiltak som bruker kjernejournal for å distribuere informasjon og dermed er avhengig av utbredelsen av denne for å sikre full utbredelse.

Det finnes også avhengigheter til endringsprosesser for organisasjon og arbeidsprosesser og juridiske avklaringer.

1.7 Forutsetninger for å gjennomføre veikartet

Det er flere forutsetninger for at målene i veikartet skal bli nådd. Forutsetningene vil også ha konsekvenser for de valg aktørene gjør i perioden frem mot 2026. Forutsetningene er knyttet til prosessen for nasjonal samordning av digitalisering.



Det bør vurderes å gjøre en prioritering av hvilke tjenester man arbeider for å få fullt innført slik at investeringene kan gi tidligere gevinster, samfunnsøkonomisk lønnsomhet og skaper forutsigbarhet for aktørene i sektoren og innbyggere

Full tilgjengeliggjøring av pasientens legemiddelliste og innsyn i journaldokumenter, samt full utbredelse av kritisk informasjon vil kreve teknisk tilrettelegging og organisatoriske endringer hos majoriteten av aktørene som yter helse- og omsorgshjelp. Det vil stilles høye krav til at nye arbeidsrutiner utvikles og innføres. For pasientens legemiddelliste må disse endringene helst skje samtidig innenfor et geografisk område. Samlet sett vil dette innebære en stor endringsbelastning, spesielt for de mange mindre kommunene.

Fra et innbygger- eller helsepersonellperspektiv vil flere av tjenestene på de nasjonale e-helseløsningene gi begrenset nytte før flertallet av aktørene tar den i bruk. En nasjonal tjeneste som skal gi bedre samhandling fordrer at de berørte aktørene bidrar med informasjon (er produsenter) og at aktører man samhandler med oppsøker denne informasjonen (er konsumenter). Dersom kun noen aktører tar en nasjonal tjeneste i bruk er det usikkert om investeringen er samfunnsøkonomisk lønnsom, og det kan i enkelte tilfeller gi negativ nytte.

Vår vurdering er at det er behov for å prioritere tjenestene slik at vi raskere kan få berørte aktørene til å ta de i bruk. Dette vil trygge samfunnsøkonomisk lønnsomhet, gi tidligere gevinstuttak og skape mer forutsigbarhet for aktørene i sektoren og innbyggerne.



De nasjonale e-helseløsningene tas i bruk så raskt som mulig og i så stor grad som mulig

For å ta ut potensialet og gevinster på de nasjonale e-helseløsningene er det ønskelig at de tas i bruk så raskt som mulig og i så stor grad som mulig.

Forrige regjering fremmet en lovproposisjon for Stortinget, som gir hjemmel for å pålegge plikt til å ta i bruk og betale for de nasjonale e-helseløsningene, men denne er foreløpig ikke vurdert og behandlet.

Innføring av en forskriftsfestet plikt kan være et godt virkemiddel for å oppnå ønsket utbredelse og nytte av løsningene. Uten en forskriftsfestet plikt kan konsekvensen bli at det vil ta lenger tid før vi oppnår ønsket samhandling, gevinstene vil trolig realiseres på et senere tidspunkt og innbyggere og helsepersonell må fortsette å leve med tjenester som kun inneholder deler av den informasjonen de søker.



Det er behov for en pådriverkraft for innføring

Vi har en leveransemodell for de nasjonale e-helseløsningene som bygger på frivillighet og selvrådighet. Det betyr at hver enkelt aktør selvstendig kan fatte beslutninger om når nye e-helseløsninger skal innføres og i hvilket omfang funksjonaliteten skal tas i bruk. I en slik modell har Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett som nasjonal tjenesteleverandør ansvar for å legge til rette for nye løsninger og nye funksjonalitet nasjonalt.

Vi ser fra tidligere erfaring at det er behov for en pådriverkraft etter den første utprøvingen, for å sørge for at videre innføring skjer. I dag strekker innføringen seg over lang tid og konsekvensene er forhøyede forvaltningskostnader og lavere gevinstrealisering.

Både veikartet selv og endringen som skjer rundt nasjonal styringsmodell bør understøtte behov for kommunikasjon om nye tjenester, hva de vil gi og hva som skal til for å ta dem i bruk. Det bør også vurderes om programmer og prosjekter i større grad skal ta ansvaret for hele løpet inkludert innføring.

Helse- og omsorgsdepartementet og KS inngikk i desember 2020 en samarbeidsavtale om innføring av nasjonale e-helseløsninger. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Målet for samarbeidsavtalen er å legge til rette for innføring av nasjonale e-helseløsninger og framtidige journal- og samhandlingsløsninger. Det åpnes for at avtalens omfang kan bli utvidet med nye områder som vil kreve innføringsaktiviteter i kommunene.



Det må etableres ulike standarder som en del av den nasjonale tilretteleggingen, og det bør utvikles felles helsefaglige veiledere på utvalgte områder.

Helsefaglig standardisering får økt betydning gjennom digitalisering. De store gevinstene som ligger i digitalisering kan ikke hentes ut dersom helsefaglig standardisering ikke utvikles i parallell med etablering av digitale løsninger. Hensikten med helsefaglig standardisering er blant annet å anvende beste praksis, redusere uønsket klinisk variasjon og sikre lik tilgang til helsetjenester for alle.

Norge har vært tidlig ute med å utvikle og innføre nasjonale standarder for samhandling. De siste 20 årene har meldingsstandarder sikret standardisert utveksling av informasjon mellom virksomheter i helse- og omsorgssektoren og behovet for standardisering blir enda større med nye samhandlingsformer. Bruk av internasjonale standarder med nødvendige tilpasninger til norske forhold er et strategisk tiltak for fortsatt god effekt av standardisering i

Norge. Dette innebærer at arbeidet knyttet til standardisering og utarbeidelse av veiledere styrkes langs to akser:

- Arbeidet med felles språk, informasjonsmodeller og standarder for datadeling og dokumenttyper er avgjørende for å sikre at dokumenter og data kan deles mellom virksomheter. Standarder som SNOMED-CT, HL7 FHIR, openEHR, GS1 og IHE er i ferd med å bli tatt i bruk i stadig større grad innenfor e-helsefeltet både internasjonalt og i Norge. Dette krever god kontroll på normering og tilrettelegging for bruk til norske formål
- Når helsepersonell skal ta i bruk ny funksjonalitet i nasjonale e-helseløsninger er det behov for at bruken av denne er dokumentert i en nasjonal veileder. For eksempel er det avgjørende for pasientens legemiddelliste at Helsedirektoratet utarbeider veiledere for de ulike helsepersonellgruppenes ansvar og plikter knyttet til oppdatering, samstemming og bruk av pasientens legemiddelliste.

2 Status på de nasjonale e-helseløsningene

Gjennom de siste ti årene er det etablert flere nasjonale e-helseløsninger² for å støtte digital samhandling mellom innbygger og aktørene i helse- og omsorgssektoren. I dette kapitlet beskrives følgende nasjonale e-helseløsninger:

- **Helsenorge.** Helsenorge er den nasjonale innbyggerportalen og tilrettelegger for samhandling mellom innbyggere og helse- og omsorgstjenesten og helseforvaltningen.
- **Kjernejournal.** Kjernejournal samler helserelatert informasjon fra flere kilder og gjør disse tilgjengelig for innbyggere og helsepersonell med tjenstlig behov.
- **E-resept.** E-resept er en elektronisk samhandlingskjede for sikker overføring av reseptinformasjon. Den gjør det mulig for pasienter å hente legemidler uten å ha med papirresept, reduserer risikoen for feil i forskrivning og utlevering av legemidler, og oppfyller strenge krav til sikkerhet og personvern.

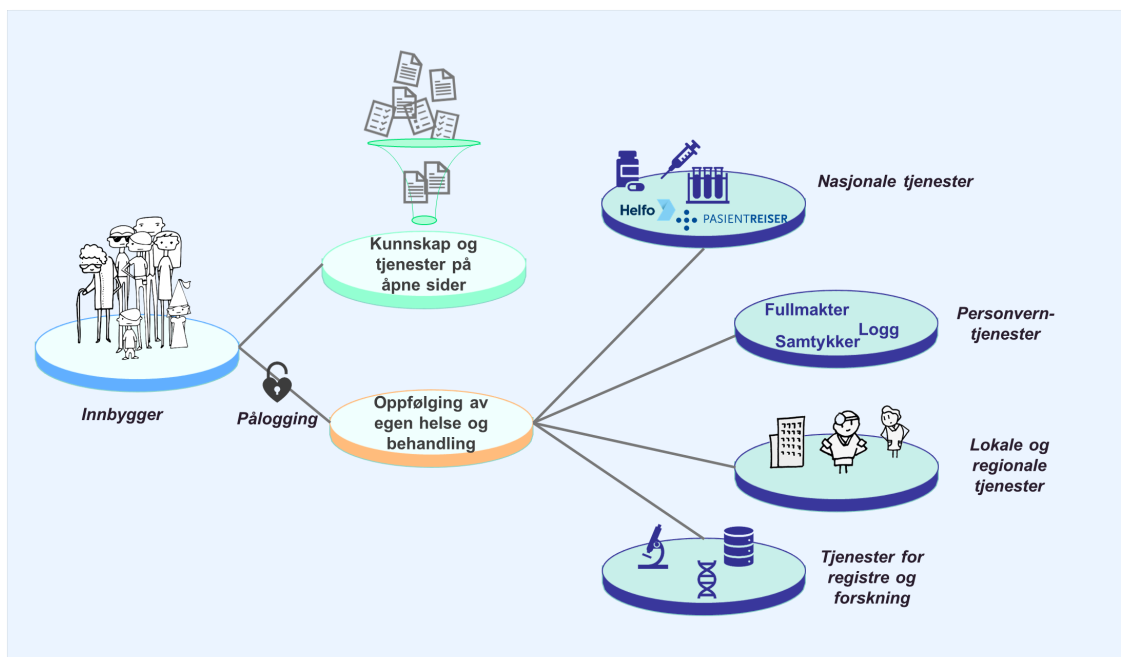
2.1 Helsenorge

2.1.1 Oversikt over tjenester

Helsenorge er en nasjonal innbyggerportal med kvalitetssikret helseinformasjon, kombinert med digitale helsetilbud, selvbetjening og en infrastruktur som muliggjør sikker kommunikasjon og samhandling mellom innbyggerne og aktørene i helse- og omsorgssektoren.

Formålet med Helsenorge er å gjøre det enkelt og sikkert for innbyggerne å ha kontakt med helse- og omsorgstjenesten digitalt. Figuren nedenfor gir en oversikt over tjenestene som er tilgjengelig for innbygger via Helsenorge.

² Dagens nasjonale e-helseløsninger er Helsenorge, kjernejournal, e-resept og helsenettet (som inkluderer nasjonal infrastruktur, felles tjenester og felleskomponenter for utveksling av opplysninger med virksomheter i helse- og omsorgstjenesten). Eventuelt fremtidige samhandlingsløsninger kan bli definert til å inngå som en del av de nasjonale e-helseløsningene.



Figur 3 Oversikt over digitale tjenester tilgjengelige for innbygger gjennom Helsenorge

Innholdsmessig kan tjenestene på Helsenorge kategoriseres som følger:

- **Kunnskap og tjenester på åpne sider.** Informasjonstjenester som formidler helse relatert informasjon til innbyggerne og tjenester som ikke krever innlogging. Omfatter generelle råd om helse og livsstil samt kvalitetssikret informasjon om ulike sykdommer, helsehjelp og rettigheter.
- **Digitale tjenester som innbyggere kan benytte for å følge opp egen helse og behandling.** Disse tjenestene krever innlogging, og gir muligheter for innsyn i egne helseopplysninger og kommunikasjon med den offentlige helse- og omsorgstjenesten og helseforvaltningen. Tjenestene kan deles inn i følgende kategorier:
 - *Nasjonale tjenester*
 Dette er tjenester levert av en nasjonal aktør som for eksempel helseforvaltningen. Tjenesten er basert på nasjonale fellesløsninger som alle innbyggere kan få tilgang til. Enkelte tjenester fungerer selvstendig uten avhengigheter av enkeltaktører i sektoren. Et eksempel er Donorkort som ligger i kjernejournalen. Andre er avhengig av at flere aktører benytter en fellesløsning som ligger til grunn. Et eksempel er at innbygger gjennom den nasjonale legemiddeltjenesten vil ha tilgang til alle sine legemidler fra alle aktører som benytter e-resept. Tilsvarende gir den nasjonale frikorttjenesten oversikt over alle egenandeler som er rapportert inn fra aktørene i helsetjenesten.
 - *Lokale og regionale tjenester*
 Dette er tjenester som tilrettelegger for digital dialog mellom innbygger og helse- og omsorgstjenesten, administrative tjenester som hjelper innbygger å forstå og følge behandlingsforløpet sitt, innsynstjenester som gir innbygger innsyn i sine egne helseopplysninger hos den enkelte aktør og verktøy som gir innbygger tilgang til digitale ressurser som skal bidra til selvhjelp og mestring. Disse tjenestene er avhengig av at aktører som yter helse- og omsorgshjelp tilgjengeliggjør tjenester via Helsenorge, det vil si at de kobler seg mot innbyggertjenesten på Helsenorge.

- *Tjenester for registre og forskning*

Tjenester for registre og forskning er tjenester som tilbys fra nasjonale helseregistre og aktører som driver med forskning. Eksempelvis vil forskningsprosjekter kunne legge ut informasjon til innbyggere som deltar i en eller flere kliniske studier eller helseundersøkelser.

Tjenestene er avhengig av at aktører som driver med forskning og som forvalter helseregistre tilgjengeliggjør tjenester gjennom Helsenorge-plattformen.

- *Personverntjenester*

Dette er tjenester som gir innbygger mulighet til å styre tilganger til sine helseopplysninger. Dette inkluderer at innbyggere kan gi andre personer fullmakt til å bruke tjenester på Helsenorge på deres vegne, fullmakt til å hente medisiner og innbygger kan få tilsvarende fullmakt fra andre.

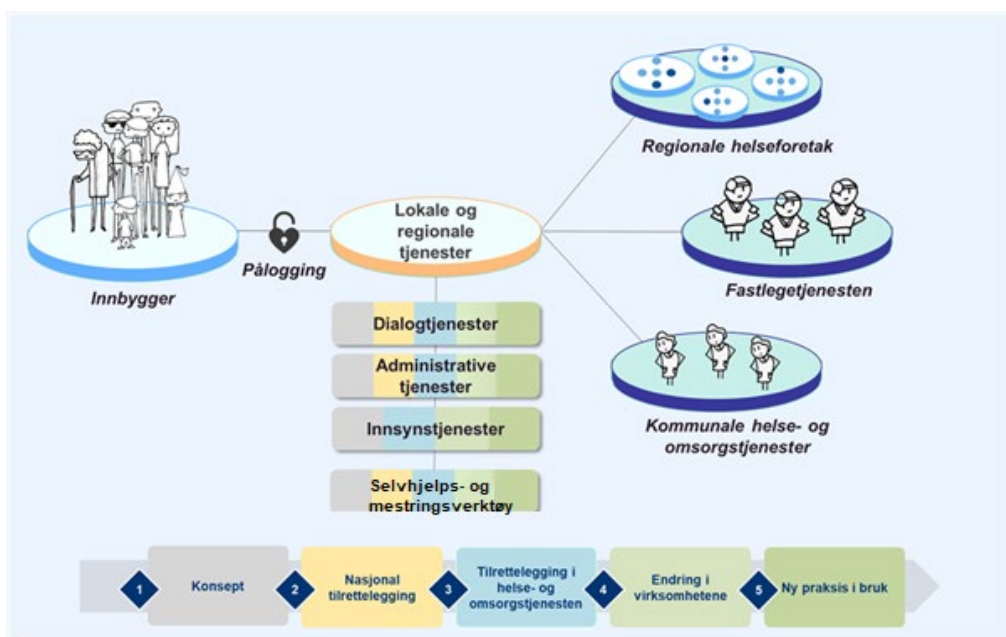
For å ta i bruk de Helsenorge-tjenestene som krever innlogging, må innbygger først gi sitt samtykke til at Helsenorge innhente helseopplysninger, sammenstiller og behandler denne informasjonen, lage lister basert på dem, lagre opplysningene så lenge det er nødvendig og lar eksterne aktører ta kontakt med innbygger.

Innbyggere kan også sperre helsepersonell eller andre virksomheter fra å kunne se helseopplysninger som registreres eller samles inn gjennom Helsenorge.

I veikartet er det lokale og regionale tjenester som er inkludert. Dette er valgt fordi det er disse tjenestene som krever tilrettelegging fra en stor andel av sektoren for å sikre utbredelse.

2.1.2 Oversikt over lokale og regionale tjenester

Figur 4 gir en oversikt over de lokale og regionale tjenestene, samt hvilke aktørgrupper som har startet med å tilgjengeliggjøre disse til innbyggere. Det varierer hvor langt de forskjellige aktørgruppene har kommet i innføring av tjenestene, og dermed også hvilken fase tjenestene er i. I tillegg er det variasjon mellom de ulike deltjenestene. Tjenestene er derfor illustrert med flere farger.



Figur 4 Oversikt over lokale og regionale tjenester som er tilgjengelig for innbygger gjennom Helsenorge

De lokale og regionale tjenestene er i dag ikke tilgjengelig for alle innbyggere, men er avhengig av hvor man bor og hvilke helseaktører man har kontakt med.

Dialogtjenester

Dialogtjenester tilrettelegger for digital dialog mellom innbygger og helse- og omsorgstjenesten.



Tjenesten *Helsekontakter* viser innbyggers kontaktpunkter i helsetjenesten. Dette gir inngang til dialogtjenester som e-kontakt, e-konsultasjon og andre innbyggertjenester som de ulike kontaktene tilbyr.



Tjenesten *Dialog/oppgaver* omfatter reseptfornyelse, fritekstmeldinger, skjemaoppgaver for utfylling, brev til innbygger med mer. Innbygger kan initiere dialog med helsekontaktene sine, samt motta og besvare dialog fra ulike helseaktører.



Varsler

Tjenesten *Varsler* forteller innbyggeren at det finnes ny informasjon eller oppgaver, slik som at det finnes et nytt brev eller et skjema for utfylling. Innbygger velger selv hvor ofte og i hvilke kanaler han/hun vil bli varslet, for eksempel på SMS eller e-post.



Video-konsultasjoner

Tjenesten *Videokonsultasjoner* gir tilgang til digitalt venterom, videotime med mer. Det omfatter lyd- og bildesamtale med helsekontakter som tilbyr drop-in eller timeavtale, eventuelt via et digitalt venterom. Innbygger og pårørende kommer direkte til den videoløsningen som helseaktøren har valgt uten å måtte logge inn på nytt

Administrative tjenester

Dette omfatter tjenester som hjelper innbygger å forstå og følge behandlingsforløpet sitt.



Henvisningsstatus

Tjenesten *Henvisningsstatus* gir informasjon om innbyggers henvisninger til spesialisthelsetjenesten og tilhørende rettigheter.



Timeavtaler

Tjenesten *Timeavtaler* gir informasjon om tid og sted for alle timeavtaler med helsetjenesten, med mulighet for å administrere avtalene. Virksomheten kan velge hvor avansert tjenesten skal være ved å velge ett eller flere trinn:

1. Se fremtidige timeavtaler, få beskjed om foreløpig timeavtale
2. Avlyse fremtidige timeavtaler
3. Bestille timeavtale, endre timeavtale

Som et minimum forventes det at trinn 1 og til dels trinn 2 er tilgjengelig, fordi det har liten kompleksitet. Trinn 3 har større kompleksitet, da det blant annet innebærer at virksomheten kobler tjenesten med egen turnusplanlegging og ressursplanlegging. Timebestilling brukes i stor utstrekning ved fastlegekontorene.



Varsler

Tjenesten *Varsler* motiverer innbygger til å logge inn for å finne ny informasjon knyttet til behandlingsforløpet, slik som at det finnes ny timeinnkalling, eller at et hjemmebesøk er utført. Denne tjenesten fungerer på samme måte som under Dialogtjenester. Innbygger velger selv hvor ofte og i hvilke kanaler han/hun vil bli varslet, for eksempel SMS eller e-post.

Innsynstjenester

Innsynstjenester omfatter tjenester som gir innbygger innsyn i sine egne helseopplysninger.



Pasientjournal

Tjenesten *Pasientjournal* gir oversikt over og tilgang til innholdet i pasientjournalene som innbygger har, samt informasjon om bruken av dem i en tilgangsløgg.



Prøvesvar

Tjenesten *Prøvesvar* gir informasjon om prøvene som innbygger har tatt.

Selvhjelps- og mestringsverktøy

Tjenesten *Selvhjelps- og mestringsverktøy* gir oversikt over og tilgang til digitale ressurser som skal bidra til selvhjelp og mestring. Ressursene består av videoer, nettsjenester og applikasjoner som ligger utenfor selve Helsenorge-plattformen. Tjenesten tilrettelegger for at helsetjenesten, så vel som markedsaktører, kan tilgjengeliggjøre nye innbyggertjenester via Helsenorge. Det er ansvarlig eier av mestringsverktøyene sitt ansvar å til enhver tid å holde verktøyene oppdatert, også når det gjelder nødvendige sikkerhetsvurderinger.

Verktøyene kan være generelle eller spesifikke for en diagnose eller situasjon. De kan brukes av innbyggeren selvstendig eller i samspill med behandler. Mer enn 15 verktøy er nå tilgjengelig via Helsenorge



Verktøykatalog

Oversikten *Verktøykatalog* gir oversikt over de selvhjelps- og mestringsverktøy som gjøres tilgjengelig via Helsenorge, for læring, veiledning, kartlegging eller behandling. Det stilles krav til helsefaglig godkjenning, sikkerhet og arkitektur for verktøyene. De fleste verktøyene forvaltes og driftes utenfor Helsenorge.



Formidling

Sørger for at den enkelte innbyggeren kan få tilgang til verktøy som er relevante i hans/hennes helsesituasjon. Noen verktøy kan innbygger finne selv mens andre må formidles av en behandler.



Samspill med Helsenorge

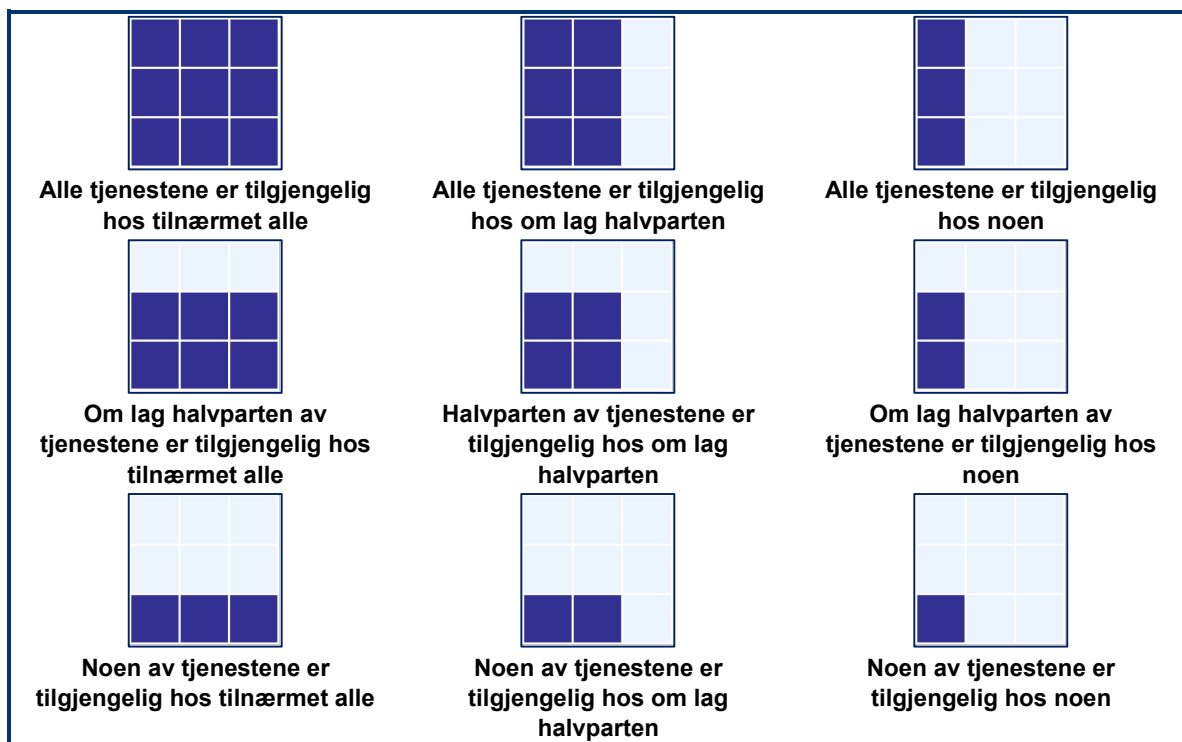
Grupperingen *Samspill med Helsenorge* består av funksjonalitet og grensesnitt (APIer) for eksterne verktøy som bidrar til at innbygger og behandler opplever at tjenestetilbudet fremstår helhetlig selv om ulike tekniske løsninger er involvert. Helsenorge tilbyr verktøyene å benytte fellesressurser som for eksempel autorisasjon (single sign-on), slik at deres fokus kan ligge på helsefaglig innhold og funksjonalitet. Dersom innbygger ønsker å dele innsamlede opplysninger med behandler, er dette mulig via programgrensesnitt (API) fra behandlerens system.

2.1.3 Status for innføring av lokale og regionale tjenester

Helsenorge har hatt en formidabel vekst i bruk.. I 2020 var det totalt 72,9 millioner besøk på Helsenorge. Av disse var 43 millioner innlogginger på selvbetjeningsløsninger. Per oktober 2021 har Helsenorge i gjennomsnitt hatt nesten 10 millioner oppslag per måned. Dette er en dobling fra samme periode i 2020. Det er også en økning fra 3,7 millioner til 4,8 millioner innbyggere som har et aktivt samtykke til bruk av innloggede tjenester på Helsenorge i 2021.

Stadig flere innbyggere har de siste årene fått tilgang til nye tjenester via Helsenorge, men det er per oktober 2021 fortsatt variasjoner i hvilke tjenester som er tilgjengelig avhengig av hvor man bor og hvilke virksomheter man har kontakt med. For å gi en enkel oversikt over status på innføring på Helsenorge har vi etablert en kube:




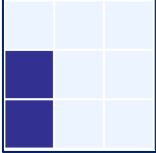

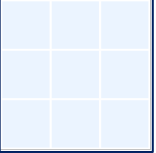
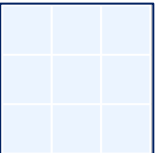
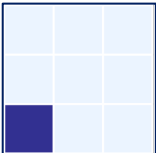
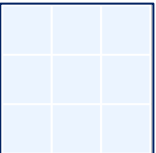
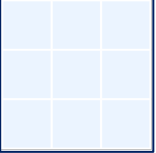

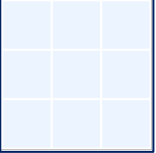
- *Høyden* viser hvor stor del av de ulike tjenestene som er innført
- *Bredden* viser hvor stor andel av aktørene i den angitte aktørgruppen som har innført tjenesten



Fordi det er en forenklet fremstilling som også har elementer av skjønnsvurdering vil det være nyanser i bruken som ikke kommer god nok fram.

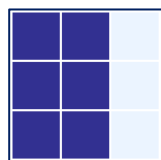
Veikartet beskriver de innbyggertjenestene som er del av Helsenorge. Fastleger og avtalespesialister kan også tilby digitale innbyggertjenester for dialog og administrasjon med andre løsninger enn Helsenorge. Enkelte kommuner prøver også ut, eller tilbyr deltjenester som for eksempel bestilling av timer eller symptomregistreringsskjemaer uavhengig av Helsenorge. Disse andre løsningene er ikke beskrevet i veikartet.

Status for innføring av lokale og regionale tjenester fra Helsenorge i kommunal helse- og omsorgstjeneste

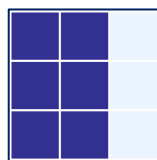
	Dialogtjenester	Administrative tjenester	Innsynstjenester
Fastlege	 <p>Det er en økning fra 40% til 55% av fastlegene som tilbyr dialog med innbyggere på Helsenorge. I tillegg kan fastleger tilby dialogtjenester med andre løsninger (disse er ikke vist)</p>	 <p>Det er en økning fra 40% til 55% av fastlegene som tilbyr timebestilling og timeadministrasjon på Helsenorge. I tillegg kan fastleger tilby administrative tjenester med andre løsninger (disse er ikke vist)</p>	 <p>Det er ikke direkte innsynstjenester i journal for fastleger, men ca. 55% av fastlegene kan sende innbygger kopi av journal via Helsenorge. I tillegg kan fastleger tilby kopi av journal med andre løsninger (disse er ikke vist)</p>
	 <p>Oslo, Bergen og Haugesund har innført helsekontakter og dialog for helsestasjon. Stavanger, Arendal og Hjelmeland har startet utprøving</p>	 <p>Oslo, Bergen og Haugesund har innført timeløsning for helsestasjoner. Stavanger, Arendal og Hjelmeland har startet utprøving</p>	 <p>Det er ingen planer for innsynstjenester i journal i helsestasjon</p>
3	 <p>Det er foreløpig ikke digitale dialogtjenester for legevakt</p>	 <p>Administrative tjenester som timebestilling og varsler er mindre grad relevant for sykehjem/institusjon</p>	 <p>Det er foreløpig ikke innsynstjenester for sykehjem/institusjoner</p>
	 <p>Det er foreløpig ikke digitale dialogtjenester for sykehjem/institusjoner</p>	 <p>Administrative tjenester som timebestilling og varsler er mindre grad relevant for sykehjem/institusjon</p>	 <p>Det er foreløpig ikke innsynstjenester for sykehjem/institusjoner</p>

³ For enkelte kommuner inkluderer dette også enkelte tjenester knyttet til smittevern i forbindelse med Covid-19.

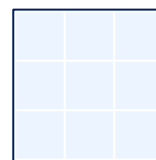
**Hjemme-
baserte
tjenester og
andre
kommunale
helse- og
omsorgs-
tjenester⁴**



Det er en økning i kommuner fra ca. 40 til 48% prosent av befolkningen, som tilbyr utvalgte helsekontakter og dialog



Det er en økning i kommuner fra ca. 40 til 48% prosent av innbyggerne som tilbyr oversikt over besøk i hjemmesykepleien med mulighet til å avbestille besøk



Det er foreløpig ikke innsynstjenester for hjemmebaserte tjenester

Tabell 3 Status for innføring av tjenester på Helsenorge i kommunal helse- og omsorgstjeneste

De fleste tjenester som er tilgjengeliggjort for kommunal helse- og omsorgstjeneste via Helsenorge innføres gjennom tre ulike prosjekter; DigiHelse, DigiHelsestasjon og Digital Dialog Fastlege (DDFL).

DigiHelse er et prosjekt, ledet av KS og finansiert av kommunene, som har vært viktig for å innføre bruk av Helsenorge for brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Prosjektet vil avsluttes ved utløpet av 2021.

Prosjektet *DigiHelsestasjon* leverer digitale tjenester for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, inkludert helsestasjon for ungdom. Tjenestene omfatter e-konsultasjon (tekstbasert) med behandler, e-kontakt, timebestilling og administrasjon. Det pågår også utvikling av en ungdomsløsning, slik at de mellom 13 - 16 år skal få en tilpasset inngang til informasjon fra skolehelsetjenesten og kontakt med helsesykepleier ved sin skole, samt mulighet til å bestille time. Prosjektet har jobbet mye med sikkerhet og ivaretagelse av ungdommens personvern i løsningen. Utvikling av en felles nasjonal redaktørløsning for kommunene er i gang. Det planlegges oppstart av pilot i mai 2022.

DigiHelsestasjon er tilgjengeliggjort fra Helsenorge sin side, for alle journalleverandører som brukes av helsestasjonene og skolehelsetjenesten. Oslo kommune har ledet arbeidet og helsestasjonene i alle bydeler i Oslo, Bergen, Stavanger og Haugesund har innført løsningen i 2021. Disse kommunene dekker i overkant av 20% av befolkningen. Stavanger, Arendal og Hjelmeland har startet utvidet utprøving. Det er besluttet å etablere et nasjonalt innføringsprosjekt for DigiHelsestasjon. KS vil være prosjekteier og Norsk helsenett SF innføringsansvarlig. KS gir oppdrag til Norsk helsenett SF med tydelig styring og organisering, forvaltning og finansiering samt mål og ambisjonsnivå for innføringsprosjektet. Det er stor interesse for å ta løsningen i bruk.

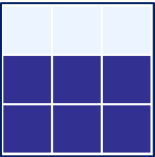
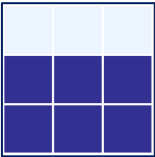
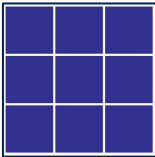
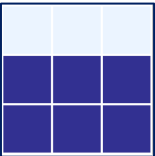
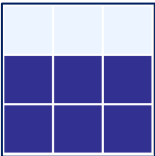
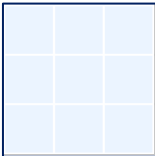
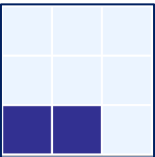
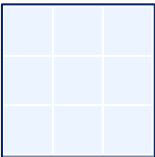
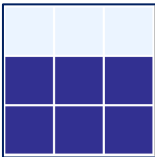
Digital dialog fastlege (DDFL) er tjenester som via EPJ gir mulighet for tekstbasert e-konsultasjon med fastlege, e-kontakt med legekantoret, reseptfornyelser, timebestilling og administrasjon. Enkle verktøy for kartlegging og veiledning er inkludert. Fastleger kan sende innbygger en digital kopi av pasientjournalen via Helsenorge. Ingen fastleger tilbyr direkte innsyn i journal. Per oktober 2021 er DDFL tatt i bruk av ca. 55 % av fastlegene. På legekantor med flere fastleger kan det være variasjon mellom ulike fastleger når det gjelder hvilke deltjenester de tilbyr. Dette innebærer at pasientene som bruker samme legekantor kan ha ulike tilbud.

⁴ Med andre kommunale helse- og omsorgs-tjenester menes her blant annet. fysioterapeuter, manuellterapeuter og frisklivssentraler.

I tillegg kan fastleger som har avtale med en godkjent videoleverandør aktivere en inngang til videokonsultasjon via Helsenorge, og pasienter kan spesifisere om de ønsker videotimer, telefon eller fysiske timer ved bestilling. Noen fastleger gir pasienter en direkteinngang fra timeavtalen til videoløsningen. I 2021 er det også gjort flere tilpasninger for å møte nye behov i koronasituasjonen. Endringer omfatter informasjon til pasienter om hvordan de skal forholde seg ved mulig smitte samt kartleggingsskjema for luftveissymptomer. Mange leger vil nå også kunne legge ut egen timebok for influensavaksinering. Triagering i pilot

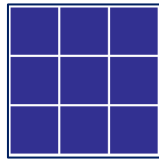
Status for innføring av lokale og regionale tjenester fra Helsenorge i spesialisthelsetjenesten

Tjenestene som tilbys i spesialisthelsetjenesten via Helsenorge varierer mellom helseregionene.

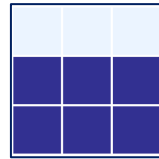
	Dialogtjenester	Administrative tjenester	Innsynstjenester
Helse Nord	 <p>Alle HF tilbyr dialog knyttet til timer og videotimer. Formidler innkallingsbrev via Helsenorge ved alle HF. Forvalter flere samvalgsverktøy</p>	 <p>Tilbyr oversikt over henvisningsstatus og timeavtaler (også telefon- og videotimer) ved alle HF. Pasienten kan starte videotimen fra Helsenorge eller via lenke i innkallingsbrev og SMS. Pasienten kan bruke fem digitale skjema til spørsmål om journal og tilgang for helsepersonell</p>	 <p>Tilbyr innsyn i de aller fleste dokumenter i pasientjournal og innsyn i tilgangsløgg ved alle HF for gruppen 0-12 og over 16 år. Gir innsyn i dokumentbaserte prøvesvar hovedsakelig radiologi og patologi</p>
Helse Midt-Norge	 <p>Tilbyr dialog knyttet til timeavtaler ved alle HF</p>	 <p>Tilbyr oversikt over timeavtaler hos alle HF. Tilbyr varsel til innbygger</p>	 <p>Tilbyr ikke innsynstjenester</p>
Helse Sør-Øst	 <p>Formidler innkallingsbrev via Helsenorge ved flere HF. Digitale brev med dialog er innført ved de fleste HF. Ny funksjonalitet for ettersending av uleste brev- test planlagt i 2021. Pilot for innføring av henvisningsstatus ved OUS og Sørlandet sykehus, full drift</p>	 <p>Har tidligere ikke hatt tilbud om administrative tjenester på Helsenorge, men startet en planfase i mars i år for å få tjenester for timer på Helsenorge. Planfasen går fram til desember 2021</p>	 <p>Tilbyr innsyn i utvalgte deler av pasientjournal og tilgangsløgg ved alle offentlige HF for pasienter over 16 år</p>

planlegges i september 2021.
Tatt i bruk flere skjema i pasientdialog. Skjema for bestilling av forbruksmateriell og sperring av journal er tilkommet.

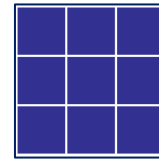
Helse Vest



Tilbyr videotimer, helsekontakter, dialog med helsekontakter og dialog knyttet til timeavtale. Formidler innkallingsbrev via Helsenorge for alle HF og private ideelle. Det er gjort integrasjoner mot Helsenorge med markering av videotimer på timelisten og start av videokonsultasjon direkte fra timeobjektet, dette ble levert i 2021. Tilbyr skjemaer for bestilling av tester, hjelpemidler, kartlegging før innleggelse og oppfølging, og flere egenerklæringskjema. Forvalter nasjonale verktøy for svangerskaps-diabetes og pusteteknikker, og samvalgsverktøy for psykose

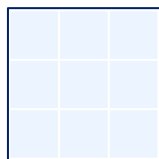


Tilbyr oversikt over henvisningsstatus og timeavtaler. Lenke til videotimer via digitale brev. Egenadministrasjon av timer, Pasienten kan bekrefte «kommer til timen»

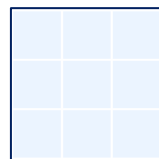


Tilbyr innsyn i utvalgte deler av pasientjournal og tilgangslagg for gruppen 0-12 og over 16 år. Tjeneste for dokumentbaserte prøvesvar lanseres i desember 2021

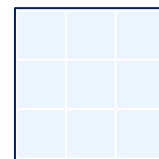
Avtale- spesialister (alle regioner)



Tilbyr ikke dialogtjenester på Helsenorge. Avtalespesialister kan tilby dialogtjenester med andre løsninger (disse er ikke vist)



Tilbyr ikke administrative tjenester på Helsenorge. Avtalespesialister kan tilby tjenester med andre løsninger (disse er ikke vist)



Det er foreløpig ikke innsynstjenester for avtalespesialister på Helsenorge

Tabell 4 viser status for innføring per oktober 2020

Fellesprogrammet Digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten (DIS), har hatt som mål å utvikle helhetlige digitale tjenester for pasient og pårørende via Helsenorge. I juni 2021 valgte IKT-ledermøtet, på initiativ fra Helse Sør-Øst, å oppløse programmet. Målet var at regionene skulle ta større eierskap til prosjektene, og at utviklingen av nye tjenester for spesialisthelsetjenesten på Helsenorge i større grad skulle skje i takt med utviklingen i regionene. Alle regionene tilbyr i dag flere tjenester på Helsenorge, og utvikling av nye tjenester og integrasjoner inngår i alle regionenes planer. Helseregionene har som mål å fortsette samarbeidet med å utvikle og bredde digitale innbygger tjenester for å bidra til at pasientens helsetjeneste blir en likeverdig helsetjeneste og at forskjellene i det digitale tjeneste tilbudet reduseres. Det vil fortsatt være noe variasjon mellom sykehus og enheter innen et helseforetak. Enkelte tjenester fungerer ulikt for forskjellige aktører eller har tilpasning til regionale forhold. Eksempelvis varierer både mengde og type journaldokumenter som tilbys for innsyn i journal, og det er også variabelt hvilke pasientgrupper som har denne tjenesten tilgjengelig. Det er ikke funnet en løsning for innsyn i journal for innbyggere i alderen 12-16 år. I Helse-Nord jobber de nå med å forbedre og

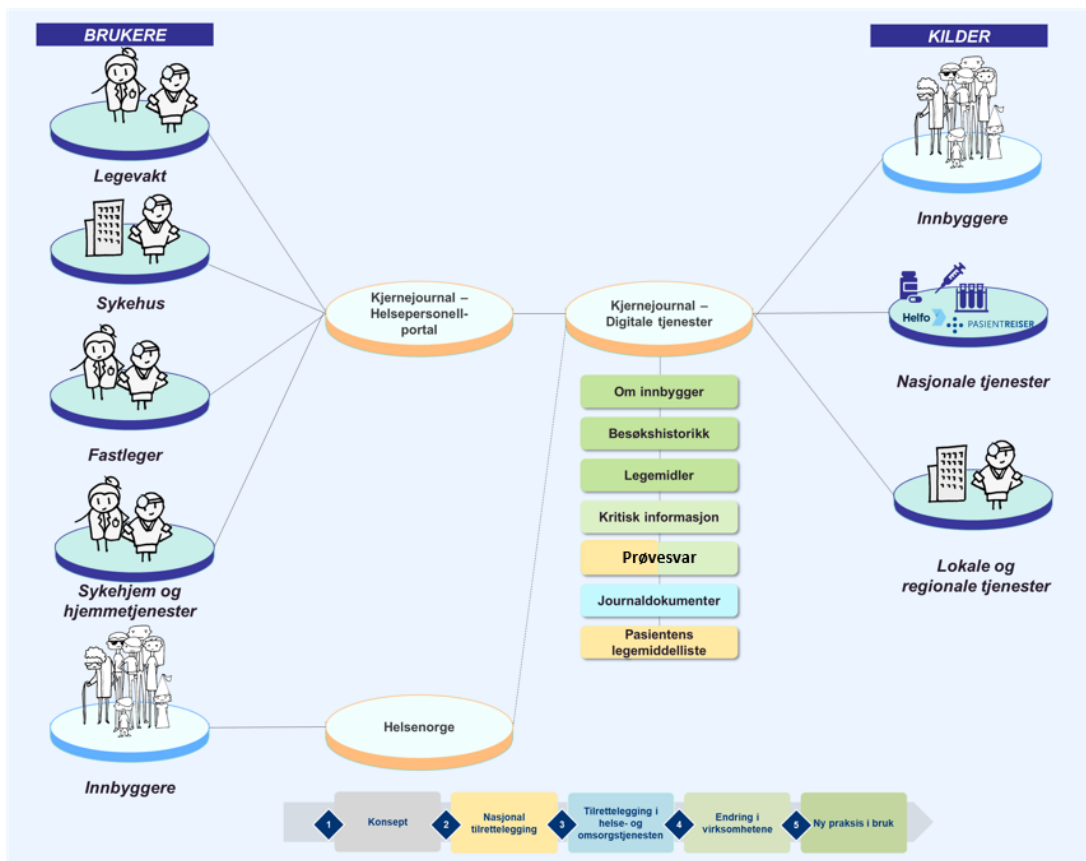
utvide dagens digitale pasient tjenester, til ungdom (aldersgruppen 12-16 år). Denne gruppen har i dag ingen digitale tjenester i spesialisthelsetjenesten. Helse-Vest vil samarbeide tett med Helse-Nord i dette arbeidet. Første leveranse kommer i løpet av 2021 med tilgang på vegne av ungdommen.

Ingen avtalespesialister (spesialister med driftsavtale) tilbyr tjenester via Helsenorge i dag, men flere tilbyr innbyggertjenester for timebestilling og dialog gjennom andre løsninger.

2.2 Kjernejournal

2.2.1 Oversikt over tjenester

Kjernejournal er en nasjonal e-helseløsning som samler informasjon fra flere kilder og gjør disse tilgjengelig for innbygger og helsepersonell med tjenstlig behov. I den enkeltes kjernejournal er et utvalg opplysninger gjort tilgjengelige, uavhengig av hvor pasienten tidligere har mottatt helsehjelp. Dette bidrar til økt pasientsikkerhet i de tilfeller der helsepersonellet mangler oppdaterte opplysninger i eget journalsystem, og særlig i situasjoner hvor pasienten møter helsetjenesten akutt. Kjernejournal gir også mulighet til å dele informasjon på tvers av journalsystemer på en enkel måte så lenge informasjonen ikke skal brukes til annet enn oppslag. Helsepersonell har tilgang til kjernejournal via Helsepersonportalen eller direkte fra journalsystemet hvis det er tilrettelagt for dette. Innbyggere har tilgang til tilsvarende tjenester gjennom Helsenorge.



Figur 5 Oversikt over tjenester i kjernejournal

Første versjon av kjernejournal ble innført i pilotdrift i 30. august 2013. Breddeinnføring av kjernejournal til innbyggere ble påbegynt i 2015, og i 2016 hadde alle innbyggere over 16 år tilgang til kjernejournal på Helsenorge. Kjernejournal er per i dag i bruk på alle sykehus, alle legevakter og hos 91 % av fastlegene. Norsk Helsenett har et pågående innføringsprosjekt, bestilt av program pasientens legemiddelliste, for kjernejournal i sykehjem og hjemmetjenesten. Dette vil videreføres til og med 2023. Per 1.10.2021 har 60 kommuner tatt i bruk kjernejournal og 30 er teknisk klare til å ta kjernejournal i bruk. Målsetningen er at 75% av landets kommuners skal ha tatt i bruk kjernejournal innen 2022 og 90% innen utgangen av 2023. Det er for øyeblikket ikke planer for innføring av kjernejournal i helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Det er et uttalt behov og ønske om å få tilgang til Kjernejournal for tannleger og apotek. Det er foreløpig ingen konkrete planer for innføring til disse gruppene.

Alt helsepersonell som skal ha tilgang til Kjernejournal må ha en eID på høyt sikkerhetsnivå. Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har dette, mens det er anslått at om lag 50 prosent, eller totalt 25 000 helsepersonell ansatt i kommunene trenger eID. Det er finnes ulike alternativer for kommunene og det har vært diskutert om det er behov for en egen veiledning, men foreløpig har de kommunene som har etablert tilgang til Kjernejournal funnet løsninger. Det er dog behov for retningslinjer knyttet til bruk av privat BankID i tjenesten.

Den fulle nytten av tjenester som Kritisk informasjon, Prøvesvar, Journaldokumenter og Pasientens legemiddelliste er avhengig av at store deler av helse- og omsorgstjenesten er både kilder og brukere.

Tjenestene som er tilgjengelig gjennom kjernejournal kan kategoriseres i tre grupper:

Innbyggerens registreringer



Om innbygger

Her er det informasjon om nærmeste pårørende, andre helsekontakter enn fastlege, arbeidsgiver, sykdommer, donorkort, vansker med syn eller hørsel og behov for tolk. Disse opplysningene kan registreres av pasienten selv via helsenorge.



Innstillinger

Her finner man opplysninger om eventuell reservasjon, sperring, blokkering og varslingsprofil. Disse opplysningene kan registreres av pasienten selv via helsenorge.

Nasjonale helsetjenester, inkludert tjenester fra helseforvaltningen



Om innbygger

Her er det innhentet informasjon om innbygger/pasient: Navn, adresse, familie, sivilstand og fastlege inklusive vikar og tre års historikk. Denne informasjonen hentes inn automatisk fra følgende datakilder: Folkeregisteret, Fastlegeregisteret og Digitaliseringsdirektoratets kontakt- og reservasjonsregister.



Legemidler

Dette er informasjon om legemidler på resept som pasienten har fått utlevert fra apotek i Norge (fra papir, telefon- og e-resepter), gyldige e-resepter, reseptbelagte næringsmidler- og forbruksmateriell, og legemiddellisten for pasienten fra e-multidose eller pasientens legemiddelliste. Kjernejournal viser historikk i inntil 3 år. Opplysninger om legemidler hentes inn automatisk fra Reseptformidleren.



Besøkhistorikk

Dette er informasjon om tid og sted for kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det inkluderer behandling ved poliklinikk, konsultasjoner med avtalespesialist, opphold ved sykehus og lignende fra 2008. Opplysningene hentes automatisk fra Norsk pasientregister.



Prøvesvar

Dette er laboratoriesvar om covid-19, samt tester på andre virus og bakterier som gir tilsvarende symptomer (luftveispanel). Opplysningene hentes fra labdatabasen knyttet til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) ved FHI.

Tjenester som henter informasjon fra lokale og regionale helsetjenester



Kritisk informasjon

Kritisk informasjon i kjernejournal gir helsepersonell tilgang til informasjon om pasienten som kan være kritisk i en behandlingssituasjon. Eksempler her er allergier, implantater, sjeldne men alvorlige medisinske tilstander og eventuelle komplikasjoner ved anestesi. Definisjonen av kritisk informasjon er beskrevet i Forskrift om nasjonal kjernejournal (kjernejournalforskriften) §4, første ledd nr. 5.



Journaldokumenter

Dette er tjenester som gjør det mulig for helsepersonell å søke opp journaldokumenter som er tilgjengeliggjort fra aktører i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er tilrettelagt for tjenesten nasjonalt gjennom at det finnes funksjonalitet i Helsepersonellportalen, samt at det er etablert en nasjonal felleskomponent for dokumentdeling. Tjenesten er under utprøving.

I det videre vil det fokuseres på tjenestene som henter informasjon fra lokale og regionale helsetjenester, det vil si kritisk informasjon og journaldokumenter.

2.2.2 Status for tilgjengeliggjøring av kritisk informasjon og innsyn i journaldokumenter

Kritisk informasjon

Kritisk informasjon gir nytte for helsepersonell både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Informasjon om allergier og andre medisinske tilstander som er

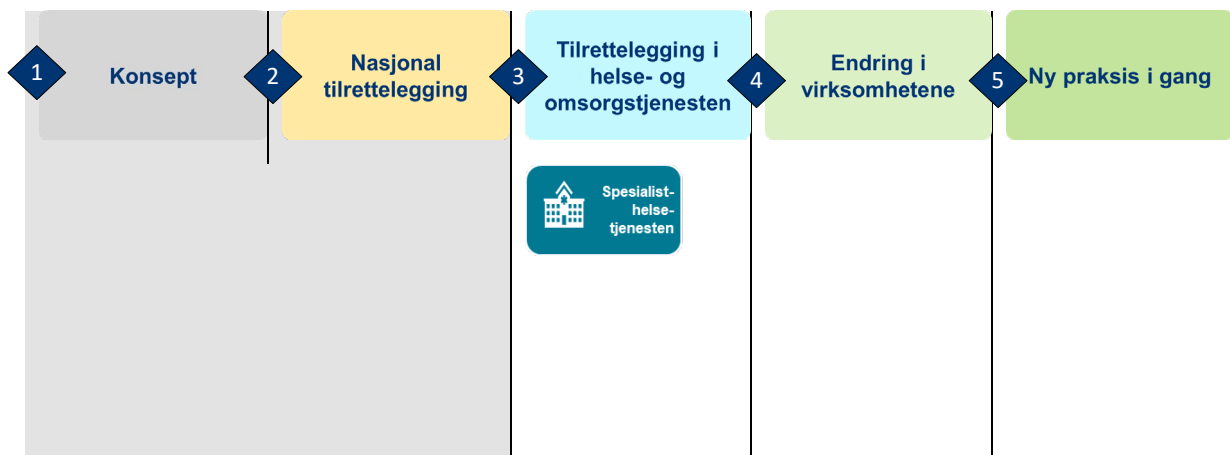
viktige i forbindelse med legemiddelbruk er også relevante å kjenne til for helsepersonell i apotek for eksempel ved med utlevering av legemidler, og leveranse av farmasøytiske tjenester som for eksempel vaksinasjon i apotek. Tilgang på kritisk informasjon i kjernejournal kan ha avgjørende betydning for å unngå pasientskade. Før kjernejournal ble innført var det ingen mulighet for elektronisk deling av slik info på tvers av tjenestesteder annet enn ved en-til-en-meldinger og varselkort som pasienten bar på seg.



Figur 6 Oversikt over status for innføring av muligheten til å lese og oppdatere kritisk informasjon gjennom Helsepersonellportalen i kjernejournal

Verdien av kritisk informasjon vil øke i takt med at flest mulig av innbyggerne har en oppdatert og autoritativ registrering av kjernejournal. Dette forutsetter at helsepersonell registrerer kritisk informasjon i kjernejournal. Tjenesten for å registrere og oppdatere kritisk informasjon har vært tilgjengelig i Helsepersonellportalen i kjernejournal siden 2015. Det registrert kritisk informasjon på ca. 66.000 pasienter og det er anslått at dette kun dekker 25 % av behovet.

Journaldokumenter



Figur 7 Oversikt over status for tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten for å tilgjengeliggjøre journaldokumenter

Deling av journaldokumenter mellom aktører gjør det mulig for helsepersonell å få tilgang til journalopplysninger på tvers av virksomheter og omsorgsnivåer. Dette gjør det mulig å raskt innhente eventuelle journalopplysninger som ikke er mottatt eller innhentet allerede. Journalinnsyn med dokumentdeling vil i mange behandlingssituasjoner kunne gi bedre grunnlag for beslutninger om diagnostikk og behandling, noe som kan gi bedre kvalitet i tjenestene, bidra til styrket pasientsikkerhet og redusere uønskede hendelser. Dette er avhengig av at det er forutsigbart hva slags dokumenter som er tilgjengelige, og hvor langt tilbake i tid de er tilgjengeliggjort. Nyttien øker jo flere virksomheter som tilgjengeliggjør dokumentene sine. Det er derfor viktig at virksomhetene tilgjengeliggjør journaldokumentene i kjernejournal slik at helsepersonellet har tillit til tilgjengelig informasjon og kan foreta behandlingsvalg på best mulig kunnskapsgrunnlag.

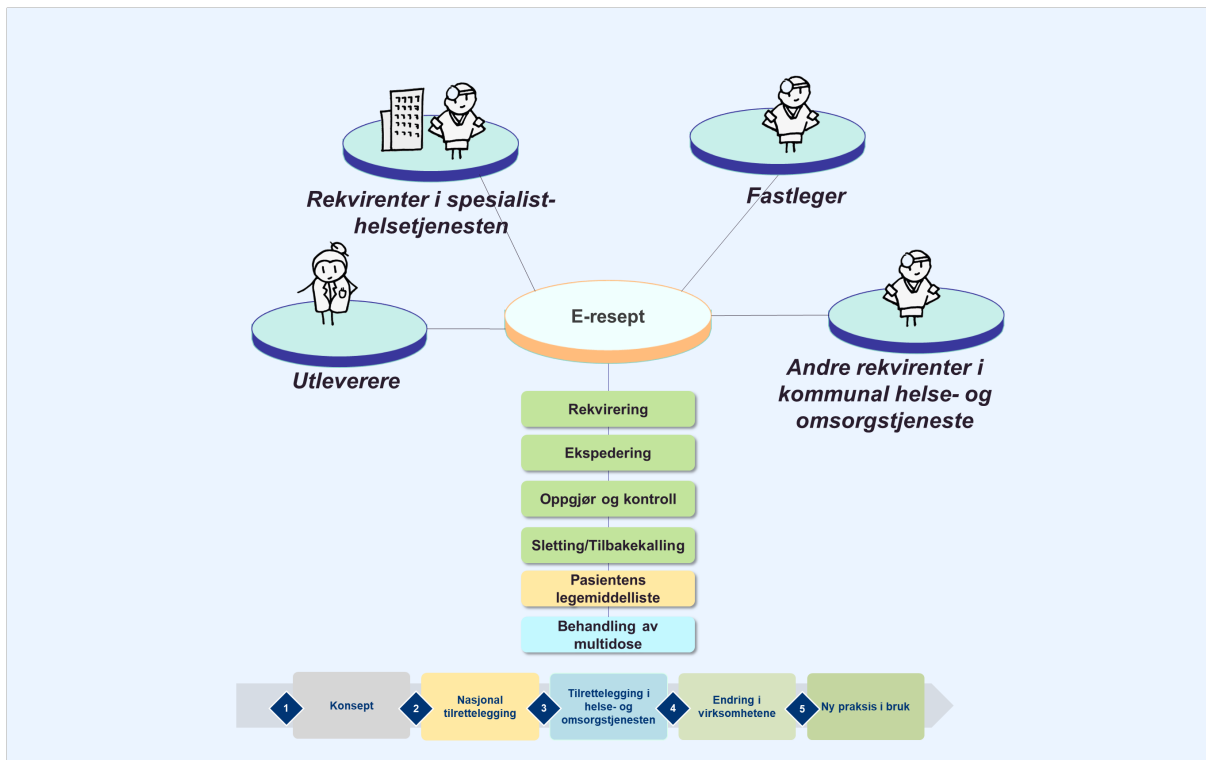
Det er gjennomført to utprøvinger av dokumentdeling, en i region Sør-Øst og en i region Nord. I denne utprøvingen fikk et begrenset antall helsepersonell lese journaldokumenter i kjernejournal. Utprøvingen foregikk ved utvalgte behandlingssteder som samarbeider med Oslo universitetssykehus: Oslo kommunale legevakt, lokalsykehus i Oslo, Akershus universitetssykehus og noen fastleger i Oslo-området. Når helsepersonellet ved disse virksomhetene behandler en pasient kunne de lese pasientens journaldokumenter som er tilgjengeliggjort fra Oslo universitetssykehus. Helse Nord gjennomførte en utprøving av dokumentdeling gjennom kjernejournal sammen med Bodø kommune med planlagt oppstart i desember 2020. Flere kommuner ble under utprøvingen lagt til. Dokumenter fra Helse Nord sine helseforetak ble gjort tilgjengelige for utvalgt helsepersonell i Bodø kommune i følgende virksomheter: Bodø Legevakt, Kommunalt akutt døgnet/horttidsavdeling og fastleger som inngår i legevaktsordningen i Bodø kommune. Evalueringsrapporten⁵ fra utprøvingen viste god nytte for helsepersonell. Se kapittel 3.4 for detaljer om videre arbeid.

2.3 E-resept

2.3.1 Oversikt over tjenester

E-resept er en elektronisk samhandlingskjede for sikker overføring av reseptinformasjon. Den gjør det mulig for pasienter å hente legemidler uten å ha med papirresept, reduserer risikoen for feil i forskrivning og utlevering av legemidler og oppfyller strenge krav til sikkerhet og personvern. Den unngår også forsinket behandling på grunn av eventuelle mistede papirreseppter, og gjør det lettere å avsløre eventuell legemiddelmisbruk. Kjeden omfatter rekvirenter (på for eksempel legekantor, legevakter, sykehus), apotek og bandasjister. Statens legemiddelverk og Helfo er også en del av kjeden. Reseptinformasjonen går gjennom Reseptformidleren som Norsk Helsenett er dataansvarlig for.

⁵ https://www.nhn.no/nasjonale-e-helselosninger/kjernejournal/journaldokumenter-i-kjernejournal/Evalueringsrapport_for_dokumentdeling_i_kjernejournal.pdf



Figur 8 Oversikt over tjenestene i e-resept

Tjenestene i e-resept



Dette er tjenester for rekvirenter og utleverere (apotek og bandasjister) for blant annet å rekvirere resept, tilbakekalle eller øke resepter på en pasient, forespørre om utleverte resepter på en pasient, rekvirere og utlevere forbruksmateriell og næringsmidler og informasjon om slettet resept med mer.

Tjenesten er tatt i bruk av de aller fleste rekvirenter og i alle landets apotek. Mot slutten av 2020 var 92,3% prosent av alle utleveringer av reseptpliktige legemidler i apotek elektronisk resepter. Dette er en nedgang på 1,1% fra 2019. Bruken vil antagelig ikke øke før nye rekvirentgrupper tar i bruk e-resept. Rekvirenter i sykehjem (inkludert KAD/ØHD), helsestasjoner og tannleger mangler fortsatt tilgang til tjenesten. Videre utbredelse av tjenesten til disse rekvirentgruppene er i stor grad avhengig av utvikling av Sentral forskrivningsmodul (SFM) (se kapittel 2.3.2.1)



Elektronisk multidose omfatter i all hovedsak tjenester for å registrere multidoseapotek og multidoseansvarlig lege, endre multidoseansvarlig lege, hente endringer i legemiddellisten hos alle pasienter som benytter elektronisk multidose, spørsmål og svar mellom multidoseapotek og multidoseansvarlig lege, samstemme legemiddelopplysninger, grunnlag for multidosepakking samt tjenester for pakking og utlevering av multidose.

Det er tilrettelagt for tjenesten i nasjonale komponenter (Reseptformidleren, FEST og utleverer-systemene). Tre EPJ-leverandører har støtte for elektronisk multidose. Alle multidose-apotek har tilrettelagt for innføring. Tjenesten vil være en integrert del av SFM og flere leverandører vil ta i bruk løsningen i løpet av 2022-23.

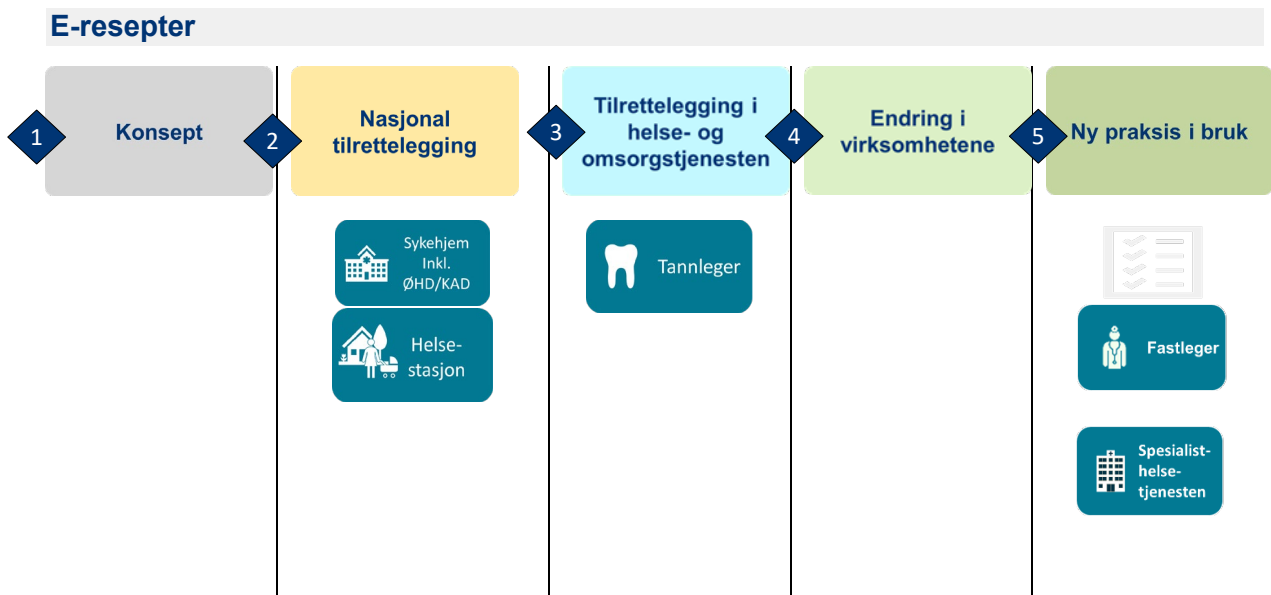


Pasientens legemiddelliste

PLL er en oppdatert liste over alle legemidlene pasienten bruker og gir informasjon om legemiddelbehandling ordinert fra alle deler av helsetjenesten.

Det er tilrettelagt for PLL i de nasjonale systemene (e-resept, kjernejournal og hels norge). Arbeidsprosesser, konsept, kost/nytte, tekniske løsninger og effektmål utprøves og evalueres i utprøvningsprosjekt i Helse Vest og Bergen kommune med bruk av eksisterende teknologi. Utprøving startet høsten 2021 og vil pågå ut 2022. For nasjonal innføring er det avhengighet til utvikling og utprøving av SFM med PLL-funksjonalitet fordi de fleste EPJ-leverandører avventer integrasjon med denne løsningen for å understøtte PLL.

2.3.2 Status for tilgjengeliggjøring av e-resepter, elektronisk multidose og pasientens legemiddelliste



Figur 9 Oversikt over status for utvikling og innføring av e-resept til rekvirenter

Figuren viser fase for de ulike rekvirentgruppene. Apotek, nettapotek og bandasjist er også brukere av e-resept og Helfo og Statens Legemiddelverk er en del av e-reseptkjeden. Disse er ikke tatt med i figuren, men er alle i fasen *ny praksis i gang*.

Tall fra 2020 viser at ca. 92 % av alle utleveringer av reseptpliktige legemidler i apotek var basert på en elektronisk resept. Legekontor, legevakter, apotek og de fleste bandasjister benytter e-resept, i tillegg til alle de regionale helseforetakene. Det er også lagt til rette for at andre rekvirenter som tannleger, jordmødre og helsesykepleiere kan benytte seg av e-resept i henhold til deres forskrivningsrettigheter. Det er kun et fåtall av tannlegene som har tilgang til e-resept i dag, og jordmødre og helsesykepleiere på helsestasjon mangler tilgang, da e-resept ikke støttes i deres elektroniske pasientjournal. Noen jordmødre på sykehus har tilgang til e-resept gjennom Forskrivningsmodulen (FM).

Det gjenstår utvikling i noen journalsystemer for tannleger før e-resept kan innføres til alle i denne gruppen gjennom bruk av Forskrivningsmodulen. Tannleger i tidligere Akershus fylkeskommune er allerede etablert med e-resept, mens den største EPJ-leverandøren er i prosess med å bli godkjent.

I sykehjem og andre institusjoner i kommunal helse- og omsorgstjeneste, som for eksempel ØHD/KAD, er det tilnærmet ingen som har tilgang til e-resept hvilket betyr at de ikke har tilgang til sentral reseptinformasjon for pasientene de behandler. Innføring av e-resept til kommuner følger planene til Program pasientens legemiddelliste i Direktoratet for e-helse og utviklingen av ny sentral forskrivningsmodul. På grunn av avhengigheten mellom utviklingen av Sentral Forskrivningsmodul (SFM) og videre innføring av e-resept i sykehjem og helsestasjoner er status i figur 7 lagt i fasen *nasjonal tilrettelegging* for denne rekvirentgruppen.

2.3.2.1 Sentral forskrivningsmodul som virkemiddel for økt kvalitet og videre utbredelse av e-resept

Det er i dag to måter EPJ-leverandører kan koble seg til e-reseptkjeden:

- 1) EPJ-leverandører med egen legemiddelmodul kan integrere seg direkte mot reseptformidleren (RF).
- 2) EPJ-leverandører kan benytte seg av den sentralt utviklede Forskrivningsmodulen (FM) som gir forskrivningsfunksjonalitet og integrasjon mot RF.

Til tross for gevinstene relatert til e-resept er det i dag utfordringer som gjør at det er usikkert om gevinstene vil være like store i fremtiden. Noen av disse utfordringene er:

- Ikke fullstendig utbredelse av e-resept, inkludert til sykehjem og hjemmetjeneste
- Dårlig datakvalitet med for mange doble og uaktuelle resepter
- Tungvinte og lite brukervennlige løsninger for brukerne
- Det tar lang tid å få ut nye endringer i e-resept i samhandlingskjeden, og det er mange utestående endringer
- Dyr forvaltning, da mange løsninger og leverandører er involvert
- Manglende og ufullstendig konvertering ved bytte av EPJ-system
- Dagens Forskrivningsmodul (FM) har høy teknisk gjeld, bygger på gammel teknologi og er et system som ikke lenger er skalerbar. På bakgrunn av dette vil FM avvikles i nær fremtid.

Basert på utfordringene skissert over, og utredning gjennomført, ble det høsten 2017 besluttet å utvikle Sentral forskrivningsmodul (SFM). SFM skal være en løsning som vil gi fremtidige brukere en integrert og brukervennlig legemiddelmodul som forvaltes og driftes sentralt av Norsk Helsenett. Løsningen skal være fleksibel og designet for at endringer skal kunne gjøres enkelt i framtiden.

Leverandører som ønsker å tilby e-resept gjennom sitt EPJ-system kan bruke SFM eller utvikle tilsvarende funksjonalitet selv. De leverandørene som bruker SFM må inngå en avtale som dekker valgt integrasjon. SFM kan tas i bruk på to ulike måter:

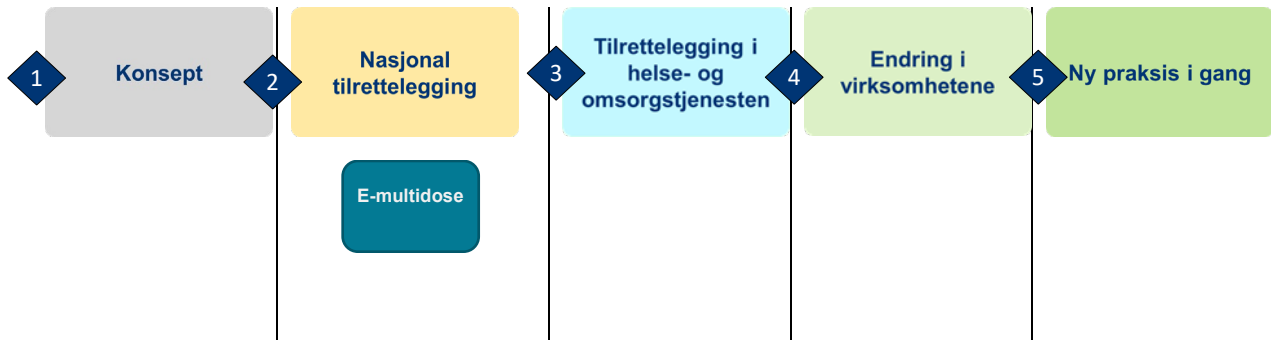
- **Alternativ 1:** Som en integrert del av løsningen, der SFMs brukergrensesnitt integreres i brukerens EPJ
- **Alternativ 2:** EPJ ivaretar egen forskrivningsfunksjonalitet og benytter SFM Basis API for å kommunisere med sentrale registre som reseptformidleren og kjernejournal. API-et vil bidra til forenklet strukturert kommunikasjon og sikre deling av pasientens legemiddelliste.

Målet med SFM er å tilrettelegge for sikker og effektiv håndtering av legemiddelopplysninger for helsepersonell med tjenstlig behov, og bedre samhandling om legemiddelopplysninger gjennom hele pasientforløpet.

SFM skal samtidig bidra til økt kvalitet på legemiddelfeltet gjennom å sikre god forskrivningsfunksjonalitet for helsepersonell. Prosjektet skal bidra til utbredelse av e-resept til nye aktørgrupper som i dag ikke har dette (eksempelvis sykehjem, ØHD/KAD). Økt utbredelse er et viktig bidrag til mer likeverdige og trygge gjennomgående pasientforløp. Videre skal SFM understøtte en mer effektiv forvaltning, inkludert endringshåndtering i e-resept-kjeden.

SFM skal også forenkle særnorske krav på legemiddelområdet for leverandører av EPJ-systemer som tilbyr e-reseptfunksjonalitet i det norske markedet. SFM vil inneholde viktig funksjonalitet for å oppnå bedre kvalitet i e-resept og for oppdatering og deling av multidoser i e-resept (e-multidose), og pasientens legemiddelliste. SFM er således et virkemiddel for videre utbredelse av e-resept i kommunal helse- og omsorgstjeneste, for innføring av e-multidose og for pasientens legemiddelliste.

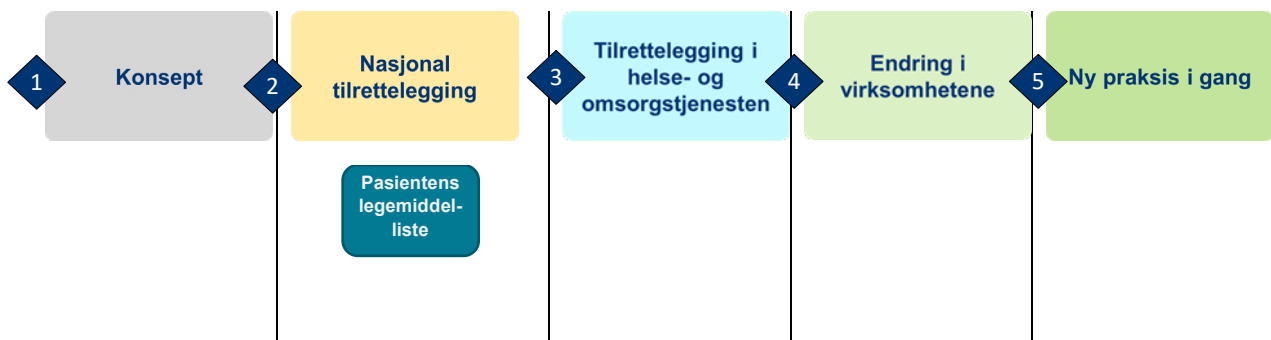
Elektronisk multidose



Figur 10 Oversikt over status for utvikling og innføring av elektronisk multidose

Uprøving på elektronisk multidose i e-resept har pågått siden 2014. Status per oktober 2021 er at sentrale komponenter (FM, reseptformidleren, FEST og utleverer-systemene) er tilrettelagt med funksjonalitet for elektronisk multidose, men tjenesten er i liten grad innført. 140 leger og 1.600 multidosepasienter bruker i dag elektronisk multidose (eMD). Alle multidosesapotekene er godkjente for e-multidose og tre EPJ-leverandører. Etter plan for innføring av multidose i e-resept vil omtrent 1/3 av alle legekontor ha tilrettelagt funksjonalitet for e-multidose i løpet av 1.kvartal 2022.

Pasientens legemiddelliste



Figur 11 Oversikt over status for utvikling og innføring av pasientens legemiddelliste

Direktoratet for e-helse har siden 2016 hatt som ambisjon å innføre pasientens legemiddelliste (PLL) for bedre og tryggere legemiddelbehandling. Dette innebærer at helsepersonell og pasienter skal ha en oppdatert oversikt over legemidler i bruk på tvers av virksomheter og behandlingsnivå. I arbeidet så langt har direktoratet erfart at dette er et ambisiøst mål med høy kompleksitet.

Konseptet er basert på at alle leger, enten det er på sykehus, sykehjem, fastleger eller andre med full rekviseringsrett, skal ha støtte i sin arbeidsflate til å kunne innhente og samstemme pasientens legemiddelliste. Rekvirenter med begrenset rekviseringsrett vil ha tilgang til å lese listen, men ikke gjøre endringer. Selve legemiddellisten lagres i reseptformidleren. Denne støtten kan løses ved at journalløsningene, eller fagsystemene som rekvirentene bruker, har innebygget funksjonalitet for legemiddelhandsøring, eller ved at rekvirentene tar i bruk sentral

forskrivningsmodul. Sentral forskrivningsmodul er en komponent i e-reseptkjeden som utvikles av Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenet. Journalleverandører som ikke ønsker å utvikle forskrivningsfunksjonalitet selv, kan ta i bruk hele eller deler av denne komponenten. I tillegg til å støtte pasientens legemiddelliste og elektronisk multidose, vil sentral forskrivningsmodul bidra til økt kvalitet i e-reseptkjeden.

Helsepersonell som ikke har rekvireringsrett, men som har tjenstlig behov til å lese pasientens legemiddelliste, vil få tilgang til denne gjennom kjernejournal. I tillegg vil de også ha tilgang til listen over pasientens resepter. Kjernejournal er i dag tilgjengelig for helsepersonell i helseforetakene og på legevakter. Utbredelse i kommune pågår. Dette er beskrevet i kapittel 2.2.1. Det er på nåværende tidspunkt ikke avklart hva apotekets rolle i forhold til PLL skal være, men dette skal avklares under utprøvingen i Bergen.

2.4 Digital hjemmeoppfølging

2.4.1 Oversikt over tjenester

På oppdrag fra HOD leverte alle 4 RHFene en rapport⁶ i oktober 2021 med forslag til definisjon av begrepet Digital hjemmeoppfølging.

Digital hjemmeoppfølging innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud ytes uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient/bruker og behandler(e) skjer digitalt.

Forslaget til definisjon har til hensikt å romme en bredde av ulike former for digital oppfølging og samhandling mellom pasienten og helsetjenesten. Foreløpig er det foreslått at digital hjemmeoppfølging omfatter følgende områder:

Begrepet digital hjemmeoppfølging er foreslått å omfatte:

- Kommunikasjon og dialog mellom pasient og behandlere
 - Video- og telefonkonsultasjon (samtid)
 - Meldinger (asynkron)
- Oppfølging basert på data fra pasienter
 - Data fra sensorer og medisinsk utstyr
 - Pasientregistrerte data (symptomer, funksjoner og målinger)
- Nettbasert behandling

Disse tjenestene trenger alle digital tilrettelegging som tilfredsstillende et nasjonale rammeverk for samhandling. Dette er nødvendig for å sikre at informasjon kan deles slik at helse-tjenesten kan ytes mest mulig effektivt med best mulig kvalitet. Med nasjonale rammeverk menes normerende produkter og nasjonale samhandlingsløsninger.

Normerende produkter er arkitektur, standarder, og felles språk (kodeverk og terminologi).

Samhandlingsløsning er løsning som understøtter utveksling og deling av informasjon og muliggjør samhandling mellom aktører som benytter ulike IKT-systemer.

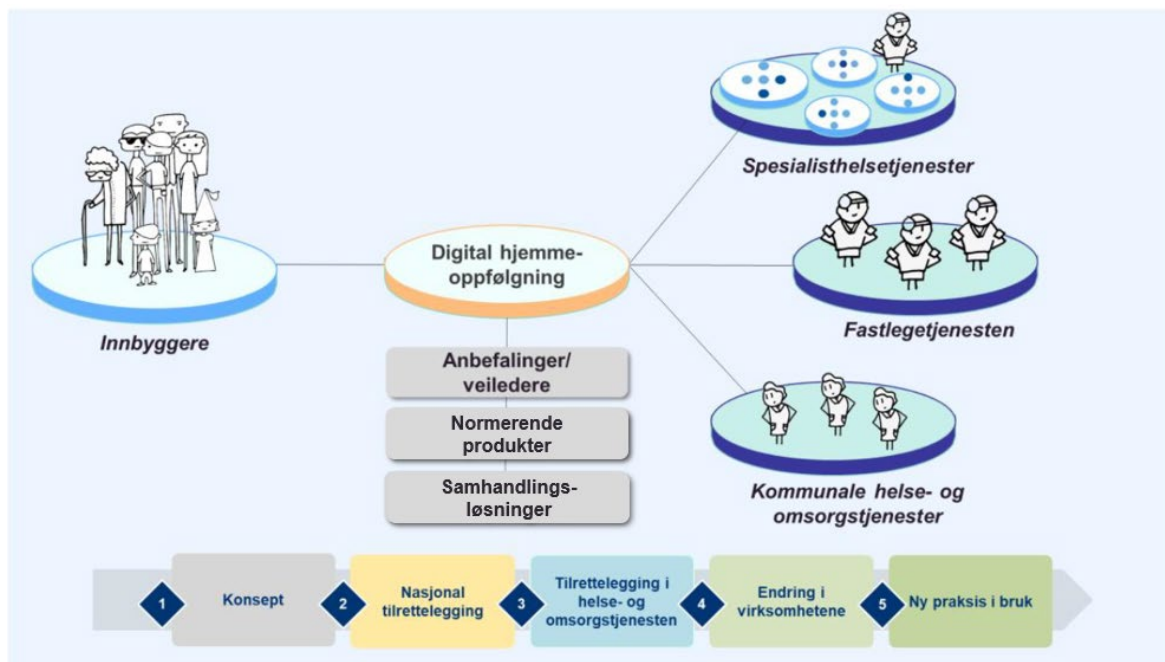
Samhandlingsløsninger kan ha ulikt omfang, og støtte eksempelvis sending og mottak av informasjon, oppslag og tilgjengeliggjøring, eller delt redigering. I tillegg vil løsningen kunne gjennomføre noe bearbeiding av data som utveksles, for eksempel mapping eller

⁶ Digital hjemmeoppfølging - definisjon, måltall og tilrettelegging, rapport fra RHFene oktober 2021

transformasjon. Eventuelt fremtidige samhandlingsløsninger kan bli definert til å inngå som en del av de nasjonale e-helseløsningene.


I tillegg vil det være behov for løpende anbefalinger, veiledere og deling av beste praksis. Dette er løpende aktiviteter som både Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Folkehelseinstituttet, Statens Legemiddelverk m.fl. skal gjøre, og det er etablert er tiltak ledet av Helsedirektoratet som skal etablere en varig struktur for et samarbeid rundt dette.

Dette veikartsporet omfatter utviklingen av et nasjonale rammeverk for kategorien «Oppfølging basert på data fra pasienter». Flere generiske samhandlingsløsninger vil kunne bidra til digital samhandling ved digital hjemmeoppfølging, som for eksempel E-ID, Grunndata, Pasient informasjonslokalisator. Det vil også være behov for noen mer dedikerte samhandlingsløsninger, som for eksempel velferdsteknologisk knutepunkt (VKP). VKP er en tjeneste under utprøving som i dag tilrettelegger for datadeling mellom velferdsteknologiske løsninger og kommunale EPJ-system. Denne skal videreutvikles og tilpasset slik at den også dekker behov innen digital hjemmeoppfølging.




Figur 12 Oversikt over komponenter i Digital hjemmeoppfølging

Nasjonale tjenester relatert til digital hjemmeoppfølging kan deles inn i tre hovedgrupper:

- 

Anbefalinger/veiledere

Det er etablert er tiltak ledet av Helsedirektoratet som skal etablere en varig struktur for et samarbeid rundt anbefalinger/veiledere.

- 

Normerende produkter

Eksempler på normerende produkter:

 - Veiledere for FHIR-profilering inkludert oversikt over områdeprofiler
 - Målkitektur og andre arkitekturdokumenter

- Norm for informasjonssikkerhet
- Kodeverk og terminologi



Samhandlingsløsninger

Eksempler på samhandlingsløsninger:

- Velferdsteknologisk knutepunkt
- Felleskomponenter for data- og dokumentdeling

2.4.2 Status for tilgjengeliggjøring av digital hjemmeoppfølging

Arbeid med arkitektur og infrastruktur relatert til digital hjemmeoppfølging/velferdsteknologi har pågått i flere år i regi av Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Det har inntil nylig blitt prioritert å tilrettelegge for informasjonsdeling relatert til velferdsteknologi i kommunene. Fra høsten 2019 har det i tillegg blitt arbeidet med å kartlegge behov for tilrettelegging relatert til digital hjemmeoppfølging utover velferdsteknologi i kommunene.

Direktoratet for e-helse har siden 2018 arbeidet sammen med kommuner og leverandører for å tilrettelegge for informasjonsdeling mellom nye velferdsteknologiske løsninger og kommunale journalsystem. Dette har resultert i felles FHIR-profiler som leverandører av velferdsteknologiske løsninger implementerer for å tilrettelegge for deling av informasjon.

Arbeidet har også resultert i utvikling og utprøving av velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) som benyttes til å realisere denne informasjonsdelingen. Per oktober 2021 er det tolv kommuner som benytter velferdsteknologisk knutepunkt til informasjonsdeling mellom løsninger fra syv ulike velferdsteknologileverandører og tre ulike journalsystem.

Flere kommuner og leverandører er i prosess for å benytte velferdsteknologisk knutepunkt. Gjennom denne måten å arbeide på utvikles det nasjonale rammeverket stegvis i tett samarbeid med helsetjenesten og leverandørmarkedet. Dette sikrer en behovsdrivet utvikling med mulighet til læring og justering underveis.

Erfaringer så langt kan oppsummeres slik:

- En trinnvis utvikling i tett samarbeid med sektor og leverandørmarkedet er noe alle involverte støtter og det gir rask tilgang til gevinster for de aktørene som er involverte
- Fra å være et isolert initiativ i velferdsteknologiprogrammet så gir nå erfaringene fra arbeidet gehør og gjenbruksverdi også i andre samhandlingsprosjekter
- Metoden gir muligheten for det tette samarbeidet mellom tjenesteorganisering, endringsprosesser og innføring av teknologi som digitaliseringsprosesser er avhengig av
- Leverandørmarkedet ønsker et felles nasjonalt rammeverk som benyttes på tvers av behovsområder. Erfaringer så langt viser at leverandører møter ulike krav og spesifikasjoner de må forholde seg til fra ulike prosjekter. Dette skaper usikkerhet om hva som gjelder og det driver prisen leverandørene må ta for hver tilpasning opp. Dette er spesielt merkbart for mindre kommuner.

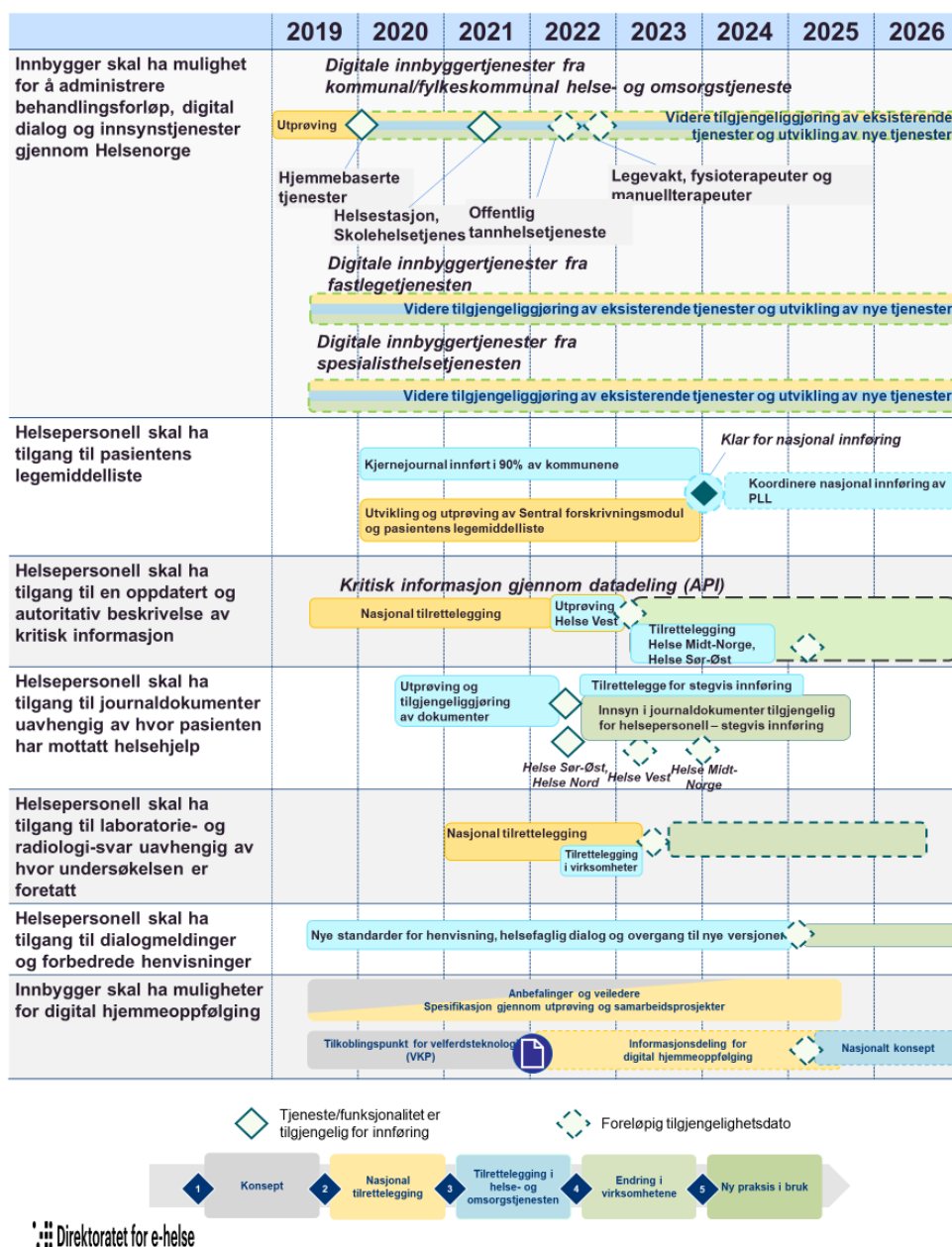
Planen er at VKP skal i det videre bli håndtert som en nasjonal samhandlingsløsning.

Videre arbeid med den trinnvise utviklingen av det nasjonale rammeverket for samhandling knyttet til digital hjemmeoppfølging vil legge premisser for videreutviklingen og hvordan samspillet med andre komponenter skal være.

Utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i spesialisthelsetjenesten vil bygge videre på etablert infrastruktur for velferdsteknologi, som er etablert for å støtte kommunenes pågående utprøving. Gjennom kommunenes utprøving er det etablert standarder og tekniske løsninger som gir grunnlag for å etablere nasjonale samhandlingsløsninger, der datadeling både med nasjonale e-helseløsninger, med utstyr som brukes for digital hjemmeoppfølging og deling av data mellom virksomheter støttes. Videre planer for nasjonale samhandlingsløsninger utarbeides i program digital samhandling forprosjektet for steg 2.

3 Veikart for nasjonale e-helseløsninger

Veikartet skal gi en oversikt over veien videre for de delene av nasjonale e-helseløsninger som er under utvikling og innføring. Figuren under gir en oversikt over pågående utvikling og innføring av de nasjonale e-helseløsningene.

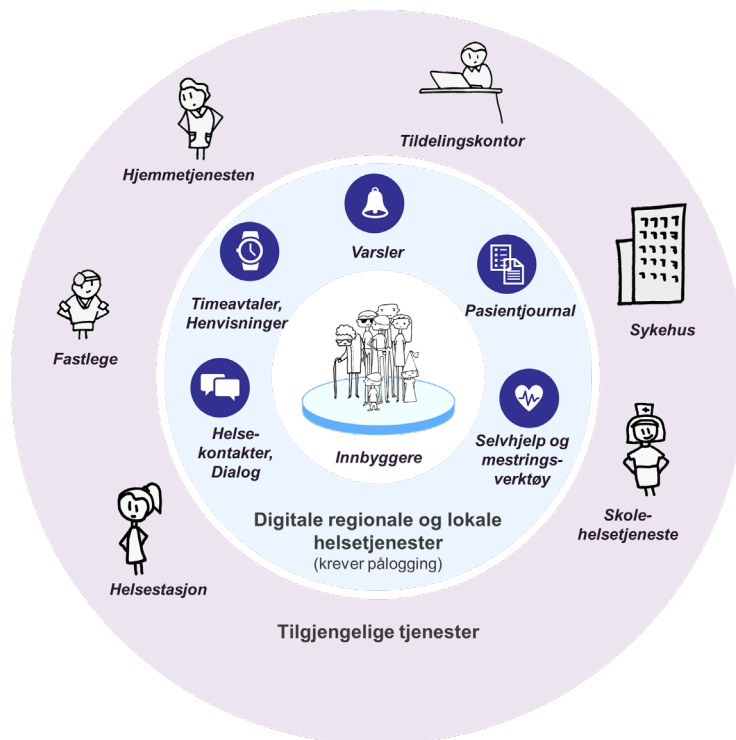


Figur 13 Oversikt over veikart for tiltakene som er i fase nasjonal tilrettelegging, tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten eller endring i virksomhetene. Siden variasjonen i status og planer er stor for ulike aktører på Helsenorge, er også de ulike tjenestene illustrert med flere av fasefargene

Oppsummert viser veikartet følgende for de pågående endringene:

- Flere og flere aktører i sektoren vil tilby administrasjon av behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester til innbyggere gjennom Helsenorge mellom 2021-2026.
- I perioden frem til 2023/2024 gjennomføres utvikling og utprøving av sentral forskrivingsmodul og pasientens legemiddelliste. E-resept innføres i sykehjem og hjemmetjeneste.
- Helse Vest, Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge vil prøve ut å oppdatere kritisk informasjon i kjernejournal automatisk fra egne kilder. Helse Midt-Norge vil koble seg til kjernejournal gjennom Helseplattformen
- Innsyn i journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten kommer gradvis frem mot 2023.
- Helsepersonell får tilgang på dialogmeldinger og forbedrede henvisninger
- Planen for Digital hjemmeoppfølging anbefaler å fortsette og utvide utprøvingen med velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) som gjøres sammen med kommunene, og etter hvert inkludere spesialisthelsetjenesten og helsefelleskap. Hensikten er å bruke de pågående prosjektene til gradvis spesifisering og realisering av felles rammeverk for informasjonsdeling relatert til digital hjemmeoppfølging.

3.1 Innbygger skal ha mulighet for å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge



Det å tilby innbyggere enkle og sikre digitale tjenester er ett av tre hovedmål i Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal, og digitale tjenester er en forutsetning for at pasientene skal kunne være aktive deltakere i helsehjelpen de mottar. Skal Helsenorge fungere som en felles inngangsport til helse- og omsorgstjenester på nett, må tjenester fra hver enkelt aktør i helse- og omsorgstjenesten være tilgjengelig. Dette vil ivareta innbyggerens behov for helhet og oversikt og videre støtte regjeringens mål om å gjøre det enklere for pasienter og pårørende å delta i beslutninger om egen helse og behandling,

samt øke helsekompetansen i befolkningen. I Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre vektlegges blant annet sammenheng i tjenestene og å legge til rette for tettere samarbeid om felles oppgaver mellom pårørende og helse- og omsorgssektoren. Mange eldre opplever økt behov for helsetjenester, samtidig som redusert mobilitet og symptomer som gjør helsetjenester med behov for fysisk oppmøte mindre tilgjengelige. Eldre vil i økende grad tilegne seg digital kompetanse og kan nyttiggjøre seg digitale tjenester.

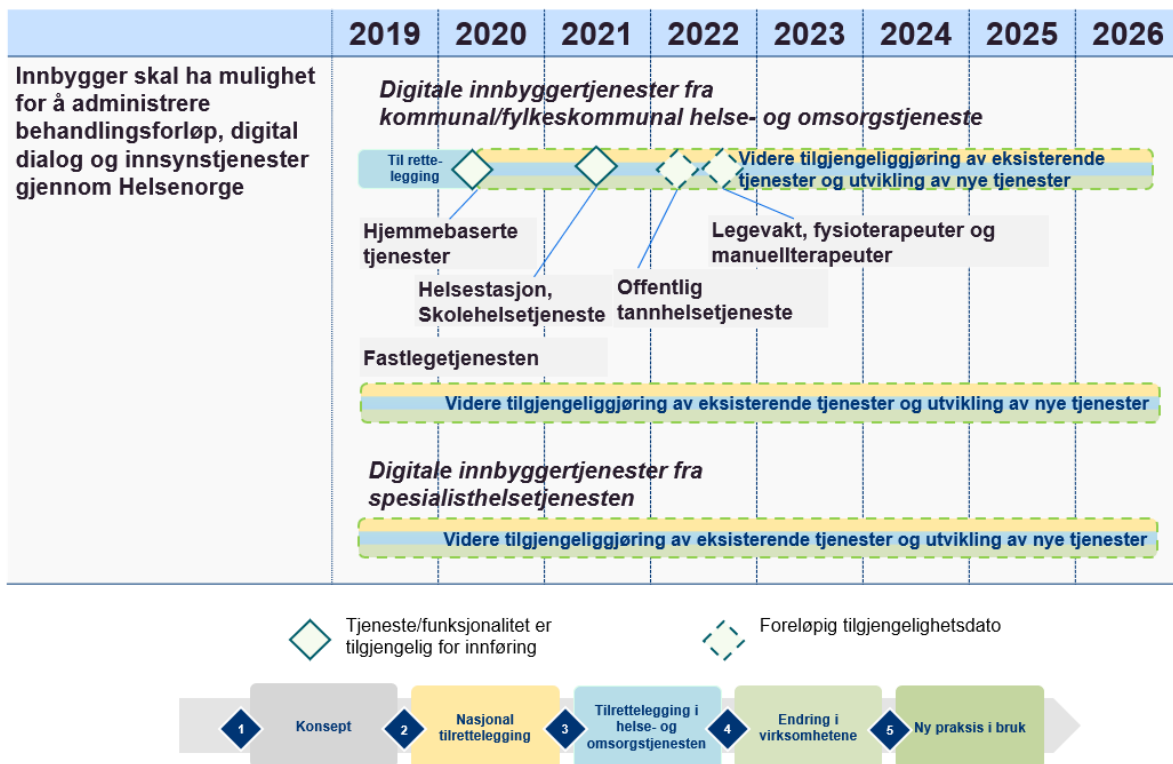
Samtidig vil pårørende med fullmakt i større grad kunne bidra og oppleve større trygghet og forutsigbarhet.

Stadig flere innbyggere har det siste året fått tilgang til nye tjenester via Helsenorge. Det er likevel per oktober 2021 fortsatt variasjon i hvilke tjenester som er tilgjengelig avhengig av hvor man bor og hvilke helseaktører man har kontakt med.

Tiltaket innebærer at innbyggere, pasienter og pårørende får tilgang til å administrere mest mulig av sitt behandlingsforløp, som inkluderer å se status på henvisninger, følge med på timeavtaler og endre disse. Tiltaket innebærer videre å starte en digital dialog med helsekontaktene sine, foreta oppgaver som en reseptfornyelse, og motta varsler når det skjer endringer eller når det foreligger svar på prøver. Til slutt innebærer tiltaket at innbygger kan lese journaldokumenter som er relevante i behandlingsforløpet.

Etter at tiltaket er gjennomført skal innbygger lett kunne finne informasjon om tjenestene er tilgjengelige eller ikke fra deres kommune, fastlege eller sykehus.

I årene som kommer vil det både arbeides for videre innføring av eksisterende tjenester og samtidig utvikles nye tjenester.



Figur 14 Foreløpig veikart for tilgjengeliggjøringen av lokale og regionale tjenester via Helsenorge. Siden variasjonen i status og planer er stor for ulike aktører på Helsenorge, er også de ulike tjenestene illustrert med flere av fargene på fasene

Gjennomgang av status viser at det er etablert en rekke digitale tjenester for innbyggere til å administrere behandlingsforløp, dialog og innsynstjenester på Helsenorge. Status på hvilke tjenester som er tilgjengelig fra de ulike aktørene er beskrevet i kapittel 2.1.3.

Helsenorge har revidert sin produktstrategi (2021-2026, som også er besluttet i produktstyret for Helsenorge).

Her følger en kort beskrivelse av de planer som foreligger per dags dato.

Digitale innbyggertjenester fra kommunal helse- og omsorgstjeneste

Det er tilrettelagt for at en kommune kan innføre digitale innbyggertjenester ved å ta kontakt med sin journalleverandør. Videre arbeid inkluderer teknisk tilrettelegging fra journalleverandører i nye kommuner og innføring av tjenester i nye deler av kommunen som for eksempel hjemmebaserte tjenester, praktisk bistand, ergoterapi og fysioterapi. I digitale hjemmebaserte tjenester planlegges det for en kombinasjon av dialog, egenmålinger og relevant informasjon.

Det er innført tjenester for helsestasjoner og skolehelsetjenesten i kommunene. Løsningene er pilotert og innført i alle bydelene i Oslo kommune, Bergen og Haugesund. Stavanger, Arendal og Hjelmeland har startet utvidet utprøving. Det er besluttet å etablere et nasjonalt innføringsprosjekt for DigiHelsestasjon.


Digitale innbyggertjenester fra fastleger




Det er tilrettelagt for de fleste journalleverandørene som er i fastlegemarkedet at de kan tilgjengeliggjøre dialogtjenester og administrative tjenester (for eksempel reseptfornyelse, timeavtaler). Dette gjelder CGM, Infodoc, Pridok, og WebMed. Fastlegekontorer kan tilgjengeliggjøre disse tjenestene på Helsenorge gjennom å kontakte sin journalleverandør.

Digitale innbyggertjenester fra spesialisthelsetjenesten

Videre utvikling av innbyggertjenestene i spesialisthelsetjenesten foregår i det enkelte helseforetak. Viktige prosjekter er Alle møter (Helse Vest), Digitale pasienttjenester i Nord (Helse Nord) og Digitale innbyggertjenester - mine timeavtaler (Helse Sør-Øst).

3.1.1 Vurdering av status og utfordringer fremover

Dimensjon	Status	Beskrivelse
Finansiering		<p>Planer for Helsenorge er besluttet av sektoren gjennom Produktstyret for Helsenorge, med representanter fra sektoraktørene. Det pågår en rekke sektorfinansierte prosjekter som bidrar til realisering av målbildet.</p> <p>Det er liten grad langsiktig forutsigbarhet i planer for finansiering, spesielt for forvaltning og drift. Det er heller ikke tydelig hvilke kostnader som vil påløpe for lokale virksomheter når de skal koble seg på tjenesten og videre i drift og forvaltning.</p>

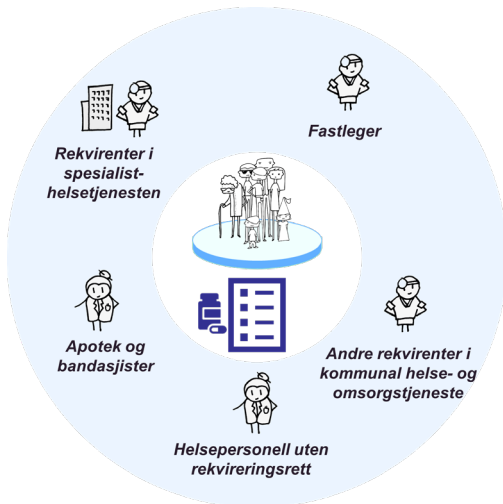
Dimensjon	Beskrivelse
Tilslutning	 <p>Det er frivillig for aktørene i helsetjenesten å ta i bruk de lokale og regionale tjenestene som tilbys via Helsenorge. Dette bidrar til variasjon i hva slags tilbud innbygger får, avhengig av hvor man bor og hvilke helsekontakter man har. Fastleger kan også tilby digitale innbyggertjenester for dialog og administrasjon via andre løsninger enn Helsenorge. Ingen avtalespesialister (spesialister med driftsavtale) tilbyr tjenester via Helsenorge i dag, men flere tilbyr innbyggertjenester for timebestilling og dialog på andre plattformer. Full tilslutning til tjenester på Helsenorge vil derfor trolig avhenge av eventuelt krav i regelverk.</p>
Tilrettelegging hos aktørene i helse- og omsorgstjenesten	 <p>En stor andel av tjenestene er i nasjonal bruk, men realisering av målbildet krever videre tilrettelegging. For noen områder er status grønn, for andre områder er avhengigheter til systemer i sektoren en utfordring.</p> <p>Per oktober 2020 har de fleste sentrale journalleverandørene integrert sine journalløsninger mot Helsenorge, men ikke nødvendigvis for alle tjenester. Se dokument <i>Underlag for Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 - 2025</i> for oversikt over hvilke journalleverandører som har integrert mot Helsenorge, og kapittel 2.1.3 for oversikt over hvilke tjenester som er tatt i bruk av de ulike aktørene.</p> <p>For den enkelte helseaktør kan det kreve oppgradering av lokal pasientjournal, endringer i lokal infrastruktur, og eventuelt endringer i sikkerhetsarkitektur for å ta tjenestene i bruk.</p>
Avhengighet til andre tiltak	 <p>Det kan være behov for endring av helsepersonells arbeidsprosess og organisering, spesielt knyttet til avanserte tjenester for digital dialog, direkte timebestillinger og innsyn i journal. Det er også avhengighet til standardiseringsarbeid som innføring av tjenestebasert adressering og utvikling av kodeverk. For å kunne hente ut størst mulig nytte er det avhengighet til at de fleste aktørene faktisk innfører tjenestene som er tilgjengeliggjort fra Helsenorge</p>

Tabell 5. Vurdering av status og utfordringene fremover i gjennomføringen for utbredelse av tjenester som gir innbygger muligheten til å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge

Risikovurdering

Veikartet for tilgjengeliggjøring av lokale og regionale tjenester til innbygger gjennom Helsenorge er vurdert til å ha middels til lav risiko. Det er tilrettelagt for mange digitale innbyggertjenester på Helsenorge. Det mangler imidlertid en oppdatert og konkret plan for når aktørene ute i helse- og omsorgstjenesten vil koble seg på de ulike tjenestene, slik at tjenestene er tilgjengelige for alle innbyggere uavhengig av hvor i landet innbygger bor eller hvilken aktør de mottar helsehjelp fra.

3.2 Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens legemiddelliste (PLL)



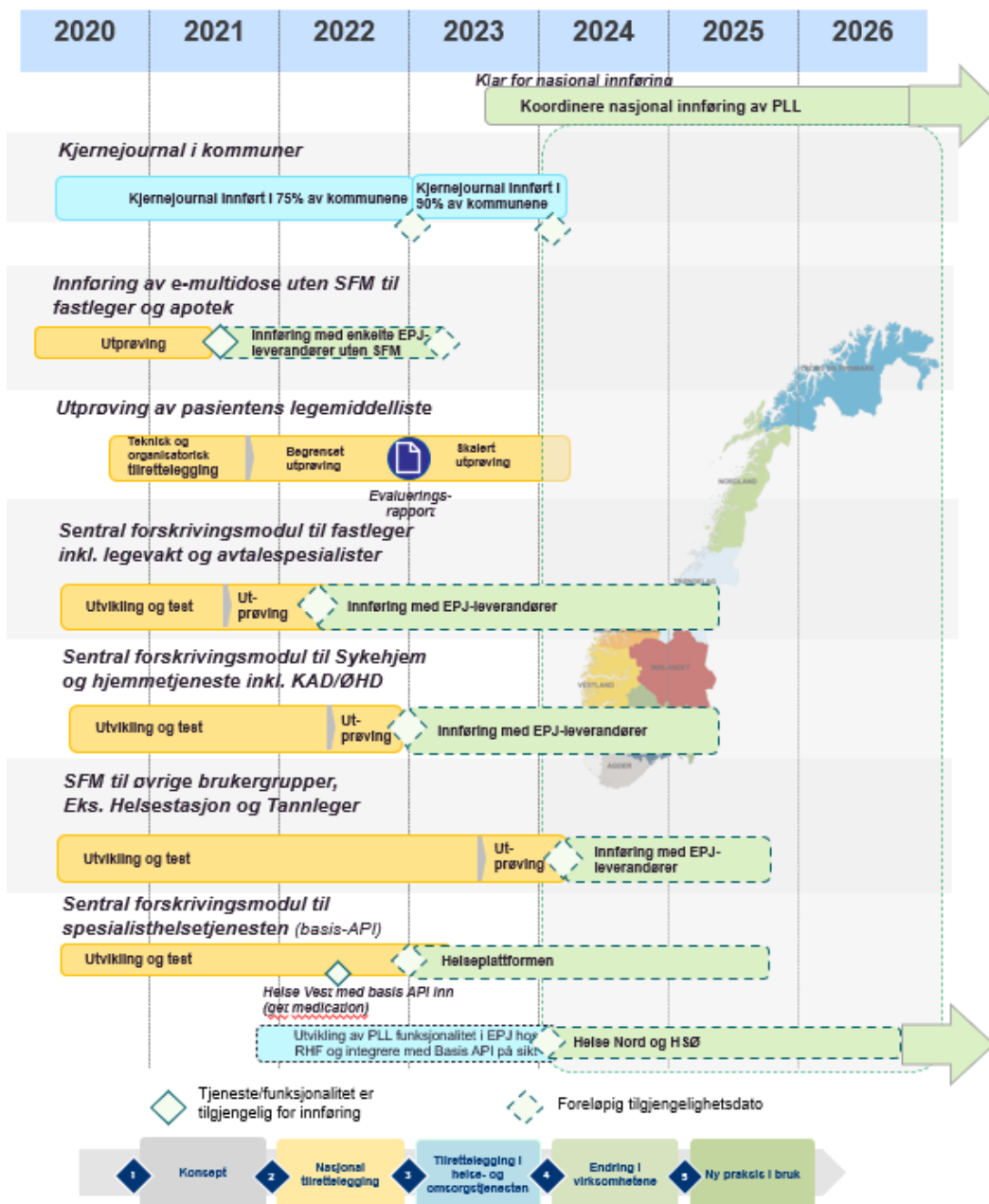
Kartlegging gjort av pasientsikkerhetsprogrammet viser at ca. 12 % av pasientskader skyldes feil legemiddelforbruk. Pasientens legemiddelliste er innrettet mot hovedmålet i Meld. St. 28 (2014-2015) Legemiddelmeldingen — Riktig bruk – bedre helse om å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler. Risikoen for alvorlige legemiddelfeil er særlig stor i forordning av legemidler, samt i overgangene mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Pasientens legemiddelliste er også trukket frem som et av de viktige digitaliseringstiltakene i Meld. St 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

Pasientens legemiddelliste er en elektronisk oversikt over legemidlene som hver enkelt pasient skal bruke. Denne oversikten gir informasjon om legemiddelbehandling forskrevet fra alle deler av helsetjenesten, som for eksempel fra fastlege, sykehuslege eller sykehjemslege. Leger må se og forholde seg til pasientens legemiddelliste før ny legemiddelbehandling startes eller endres. Når en lege gjør endringer i pasientens legemiddelbehandling, oppdateres legemiddellisten sentralt, slik at denne informasjonen også er tilgjengelig for annet helsepersonell som er en del av pasientens behandlingsskjede.

For pasienten innebærer dette at helsepersonell han/hun møter alltid skal være oppdatert på pasientens legemidler. I dag er det ofte pasienten selv eller pårørende som er bærer av disse opplysningene, og tiltaket kan redusere tidsbruk og øke kunnskap om legemiddelbehandling for innbyggere.

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

Kjernejournal vil ha en sentral rolle i formidling av PLL. Det er kun helsepersonell med rekvireringsrett eller autoriserte utleverere (farmasøyter) som kan hente ned PLL fra e-resept. Annet helsepersonell, som for eksempel sykepleiere, får tilgang til PLL gjennom kjernejournal.



Figur 15 Oversikt over veikart for realisering av pasientens legemiddelliste

3.2.1 Pasientens legemiddelliste og avhengighet til strukturert legemiddelinformasjon

Statens Legemiddelverk distribuerer i dag strukturert legemiddelinformasjon gjennom FEST (M30-meldingen), som er en nasjonal kilde til legemiddelinformasjon i e-resept.


Selv om FEST er utviklet for å understøtte e-resept, benyttes det også som grunnlagsdata i kliniske systemer på sykehus. Sykehusene har behov for innhold og detaljer i informasjonsgrunnlaget som går utover det dagens FEST tilbyr. Sykehus har derfor per i dag ikke tilgang til én komplett og oppdatert nasjonal kilde for legemiddelgrunndata som fullt ut dekker behovene i forbindelse med ordinerings, administrasjon, kontroll og lagerstyring av legemidler. Formålet med SAFEST gjennomføringsprosjektet er å etablere og

tilgjengeliggjøre en ny kilde til strukturert legemiddelinformasjon for de regionale helseforetakene som er bedre enn dagens FEST-løsning, innenfor de fire kravområdene datakvalitet, virkestoffordinering, produktkoder og ernæring. Prosjektet pågår.

Gitt at PLL benytter FEST og sykehusene SAFEST er det en risiko for at brudd i informasjonsflyten kan forringe kvaliteten på legemiddelinformasjonen under ansvarsovergangene og bidra til at nytteverdiene av Pasientens legemiddelliste ikke kan tas fullt ut. For å oppnå kvalitet i PLL, er det en avhengighet til en forbedret informasjonsflyt av legemiddelinformasjon mellom nasjonale løsninger og fagsystemer, og fagsystemene seg imellom.

På bakgrunn av dette har det blitt anbefalt at det gjøres en konseptutredning for en felles grundatatjeneste for enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon. Det er anbefalt at konseptutredningen inngår som et prosjekt i den nasjonale e-helseporteføljen for prioritering. Gitt at en fremtidig løsning kan påvirke alle systemer og løsninger som behandler legemiddelinformasjon kan det være formålstjenlig at Direktoratet for e-helse tar prosessansvaret for en slik konseptutredningen.

3.2.2 Vurdering av status og utfordringene fremover i gjennomføringen

Dimensjon	Status	Beskrivelse
		I 2021 har de regionale helseforetakene, NHN og Direktoratet for e-helse sammen finansiert Program pasientens legemiddelliste. I tillegg fikk programmet midler gjennom medfinansieringsordningen i regi av Digitaliseringsdirektoratet.
Tilslutning		<p>Pasientens legemiddelliste har høy prioritet i sektor og blant aktørene.</p> <p>I spesialisthelsetjenesten er Helse Vest og Helseplattformen i gang med integrasjon med SFM basis API. Helse Nord RHF og Helse Sør-øst RHF har signalisert at de er positive til bruk av SFM basis API og er i dialog med Program pasientens legemiddelliste for planlegging og spesifisering av dette.</p> <p>Også blant kommunene er det flere som ønsker å komme i gang med e-resept og PLL så snart SFM er klar for innføring i kommunene. Forpliktelse fra kommunene blir en sentral del av planene for nasjonal innføring.</p>

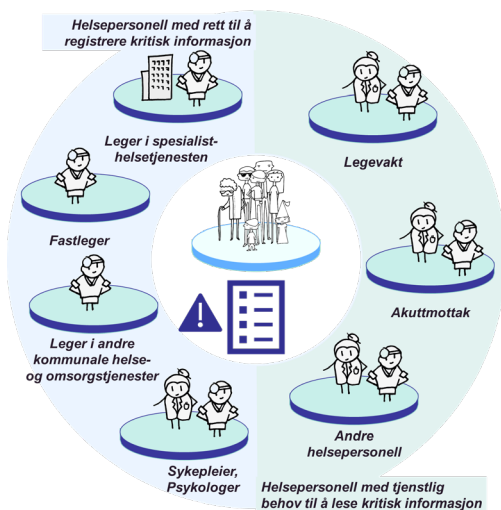
Dimensjon	Status	Beskrivelse
		<p>Realisering av PLL krever både tekniske og organisatoriske tilpasninger hos aktørene. For å være teknisk klar til å ta i bruk PLL må EPJ-systemet i virksomheten være oppgradert med funksjonalitet som støtter PLL. Det er den enkelte aktør som er ansvarlig for å bestille, sikre utvikling og godkjenning av sin EPJ-leverandørs løsning hos NHN. Alt helsepersonell som skal ta løsningen i bruk må ha e-id.</p> <p>Innføring av pasientens legemiddelliste krever endring i arbeidsprosesser ved samstemming av legemiddellisten. Det må legges til rette for god opplæring i ny funksjonalitet og nye arbeidsrutiner. Program pasientens legemiddelliste foreslår at det etableres lokale mottaksprosjekter på kommune- og sykehusnivå for å sikre god koordinering og oppfølging av innføringen lokalt.</p>
Avhengighet til andre tiltak		<p>Pasientens legemiddelliste har en avhengighet til sikkerhetsinfrastruktur. Innføringen av kjernejournal og SMF til kommunal pleie- og omsorg tilrettelegger for tilstrekkelig sikkerhetsinfrastruktur for PLL.</p> <p>Apotekene utvikler et nytt, felles bransjesystem (Eik) som vil bli en del av økosystemet fra rekvirent til pasient for apotekene. Da det foreløpig ikke avklart hvilken rolle apotekene skal ha med tanke på PLL, gjenstår det å utvikle spesifikasjoner som kan innarbeides i Eik. Dette vil avklares under utprøvingen i Bergen.</p>

Tabell 6. Vurdering av status og utfordringene fremover i gjennomføringen for pasientens legemiddelliste

Risikovurdering

Veikartet for pasientens legemiddelliste har en høy risiko. Sentrale forutsetninger for veikartet er at nødvendig finansiering for hele gjennomføringsløpet i perioden 2021 – 2028 må avklares. Videre er det nødvendig å sikre at aktørene i helse- og omsorgstjenesten legger forpliktende planer for tilrettelegging og innføring av nødvendige tekniske og organisatoriske endringer. Tilslutning til og forankring av realiseringsplaner vil være et prioritert pågående arbeid i Program pasientens legemiddelliste.

3.3 Helsepersonell skal ha tilgang til en oppdatert og autoritativ beskrivelse av kritisk informasjon

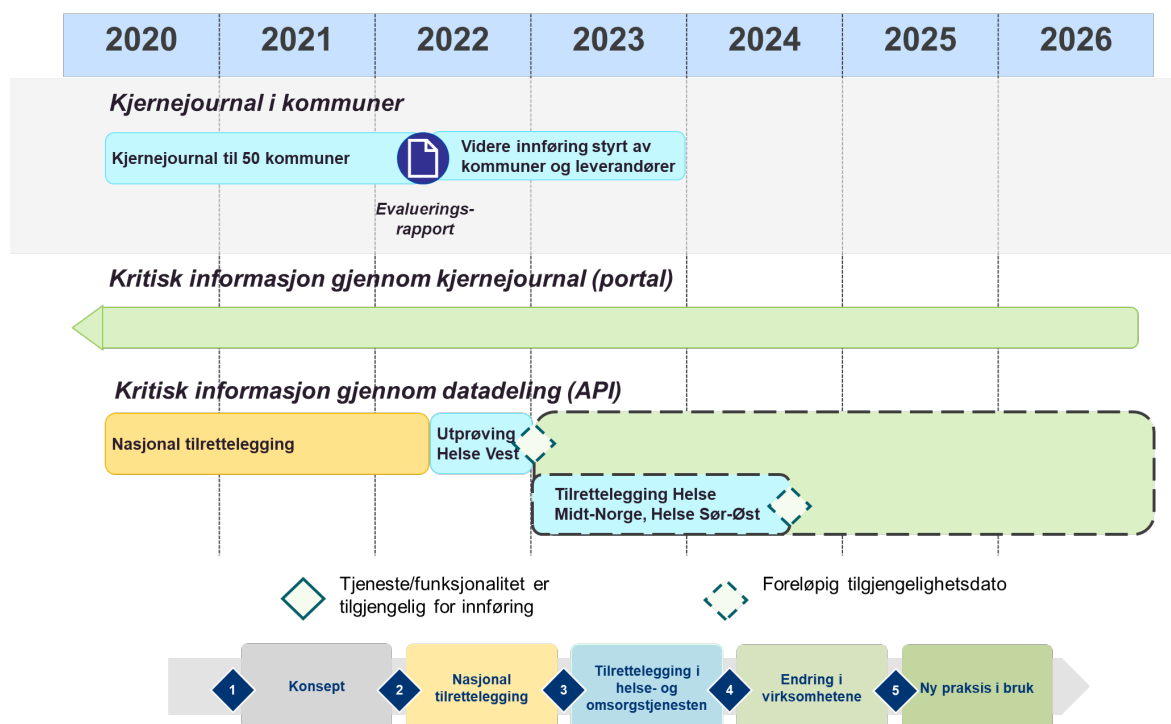


Tjenesten for å registrere og oppdatere kritisk informasjon har vært tilgjengelig i Helsepersonellportalen i kjernejournal siden 2013.

I Plan for e-helse (2019 – 2022) er det et mål at helsepersonell raskt, enkelt og sikkert kan gjøre nødvendige oppslag i pasientopplysninger fra andre behandlingssteder. Det å gi helsepersonell tilgang til kritisk informasjon er spesielt viktig når en pasient kommer i kontakt med et nytt ledd i behandlingen, eller starter ny behandling på nytt sted.

Som beskrevet i kapittel 2.2.2 er praksisen med å registrere kritisk informasjon i helsepersonellportalen i kjernejournal ikke

tilstrekkelig utbredt. En av grunnene er at helsepersonell både må registrere kritisk informasjon gjennom helsepersonellportalen i kjernejournal og pasientens journal på behandlingsstedet. Det siste blir gjerne prioritert foran det første, noe som medfører at informasjonen ofte ikke er tilgjengelig i kjernejournalen for innbyggere som burde hatt en slik registrering (se kapittel 2.2.1).



Figur 16 Oversikt over veikart for registrering og lesing av kritisk informasjon.





For å avhjelpe dette problemet, er det utviklet et API som muliggjør synkronisering av kritisk informasjon mellom kjernejournal og pasientens journal på behandlingsstedet.

Virksomhetene kan med et slikt API koble journalløsningen direkte til kjernejournal for å slå opp og endre kritisk informasjon. Helsepersonell vil da ha tilgang til informasjonen i kjernejournal direkte i journalløsningen som de bruker i sitt daglig i arbeid. Fordelen med dette er at informasjonen i kjernejournal da kan benyttes direkte til beslutningsstøtte i journalløsningen, og kjernejournal på sin side vil bli oppdatert direkte med opplysningene som registreres i journalløsningen.

API-et er tilnærmet ferdig utviklet, men det gjenstår utprøving. Utprøving ble 20. oktober 2021 prioritert inn i steg 1 av program digital samhandling med Helse Vest som hovedsamarbeidspart. Utprøving planlegges gjennomført i 2022.

Det er for øvrig igangsatt et arbeid for å gjøre en evaluering av kritisk informasjon opp mot standarden International Patient Summary (IPS), for å vurdere å gjøre en harmonisering av informasjon.

3.3.1 Vurdering av status og utfordringene fremover

Dimensjon	Status	Beskrivelse
Finansiering		Den nasjonale tilretteleggingen for å kunne innføre muligheten for helsepersonell til å lese og oppdatere kritisk informasjon i egen journalløsning er utviklet. Det foregår nå et samarbeid om løsningen med Helse Vest RHF. Det foreligger ikke planer for hvordan denne løsningen skal tilgjengeliggjøres blant de andre aktørene som skal sørge for at kritisk informasjon er oppdatert. Endringene er mulige kandidater til steg 2 i Program digital samhandling.
Tilslutning		Helse Vest er hovedsamarbeidspart for utprøving av Kritisk info API. Helse Sør-Øst har planlagt for oppstart av konseptutredning. Helse Midt-Norge ser også på muligheten for å ta dette i bruk. Enkelte helseforetak har forespurt metoder for «vask» av eksisterende kritisk info i lokale system.
Tilrettelegging hos aktørene i helse- og omsorgstjenesten		Utprøvingen av bruk av datadeling (API) for å lese og/eller oppdatere kritisk informasjon, skal vise hvilke forutsetninger som skal være på plass hos aktørene for å bruke tjenesten. Det foreligger derfor ennå ingen analyse for hva som vil trenes for at fastleger, legevakt og de andre regionale helseforetakene skal bruke tjenesten.
Avhengighet til andre tiltak		Kjernejournal API-tjeneste er ikke avhengig av nasjonalt API håndtering. Man benytter et Oracle-produkt for API Gateway. Det er ønskelig å benytte en nasjonal fellesløsning, men det er ikke en hard avhengighet.

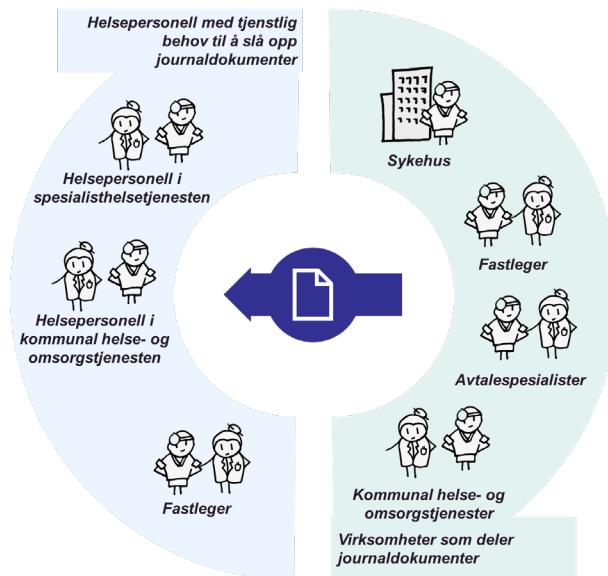
Tabell 7. Vurdering av status og utfordringene fremover i gjennomføringen for kritisk informasjon gjennom datadeling (API)

Risikovurdering

Veikartet for tilgjengeliggjøring av kritisk informasjon gjennom datadeling (API) er vurdert til middels til høy risiko. Det gjenstår fortsatt å gjennomføre utprøvingen slik at selve løsningskonseptet verifiseres. Det foreligger derfor ingen klar beskrivelse av hvilke

forutsetninger som skal være på plass hos de aktørene som skal bruke tjenesten for å sikre at kritisk informasjon er komplett og oppdatert. Det foreligger heller ikke gjennomførings- og finansierungsplaner for fasene etter utprøvingen.

3.4 Helsepersonell skal ha tilgang til journalldokumenter uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp



Helsepersonells tilgang til journalldokumenter uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp er et av de viktige digitaliseringstiltakene som trekkes frem i Meld. St 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Gjennom kjernejournal vil helsepersonell med tjenstlig behov få tilgang til journalldokumenter på tvers av virksomheter, regioner og nivåer. Deling av journalldokumenter vil gi muligheter for en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste.

Tiltaket innebærer at innbyggere opplever at helsepersonell de møter har tilgjengelig nødvendige og relevante

journalldokumenter fra tidligere kontakter med helse- og omsorgstjenesten. Dette betyr at helsepersonellet kan slå opp hos andre aktører hvis henvisninger, epikriser eller andre oppsummerende dokumenter ikke er mottatt, eller ikke inneholder tilstrekkelig informasjon.

Dokumentdeling medfører at innbyggeren i mindre grad må huske detaljer eller må holde en egen mappe med utskrifter. Mange innbyggere har gjennom Helsenorge tilgang til utvalgte journalldokumenter relatert til behandlinger de har mottatt på sykehus. Etter at tiltaket er gjennomført vil også helsepersonell ha tilgang til den samme informasjonen.

Dokumentdeling via kjernejournal har blitt prøvd ut i Helse Sør-Øst og Helse Nord i perioden november 2020 til februar 2021. Leger og sykepleiere ved legevakter, kommunal akutt døgnettenhet, sykehus og fastleger fikk tilgang til ulike typer journalldokumenter fra sykehus i sin region. Helsepersonell fra utprøvingen har fortsatt tilgang til løsningen.

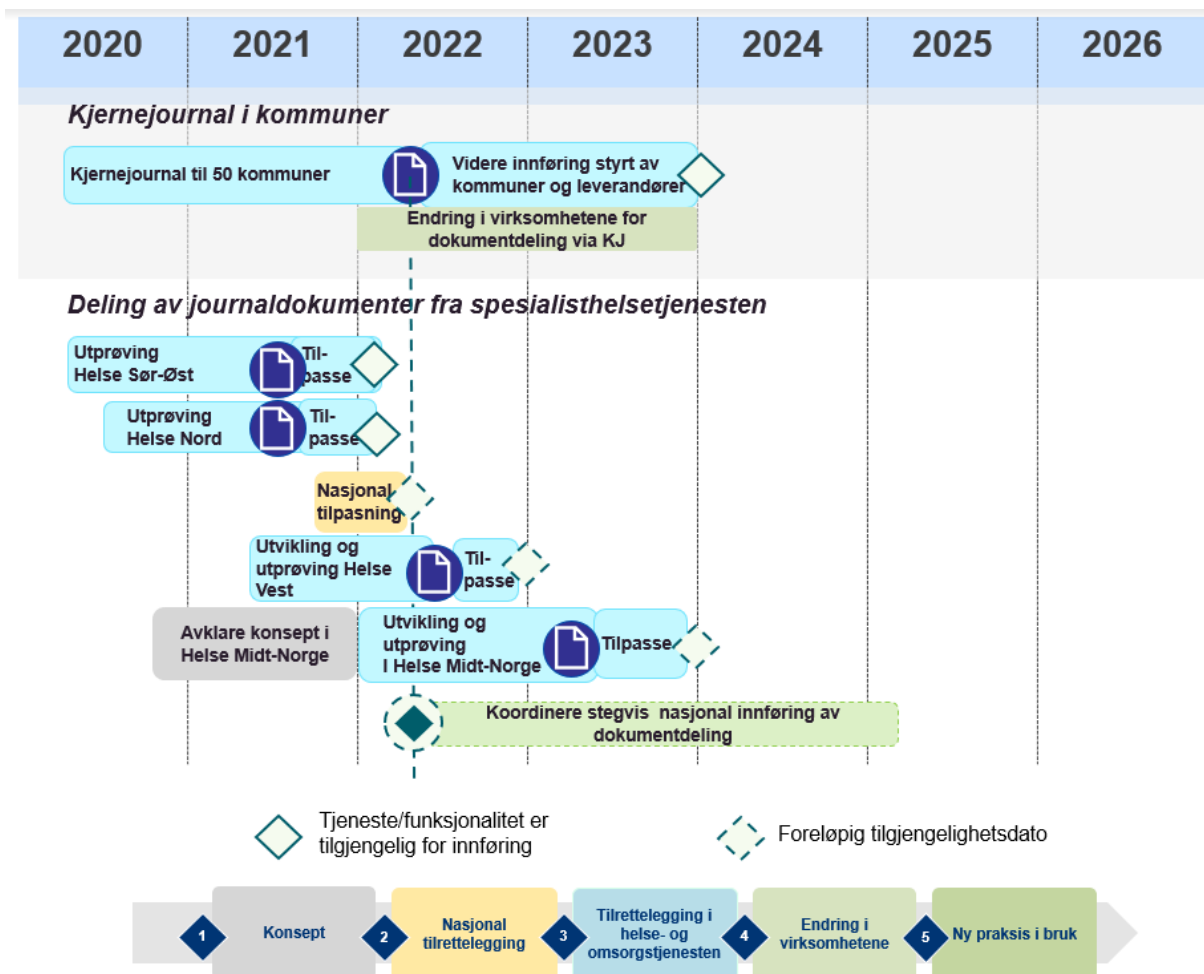
Tjenesten har blitt tatt svært godt imot. Helsepersonell mener løsningen gir raskere og bedre samhandling og øker pasientsikkerheten. Det gir stor klinisk nytte å ha god oversikt over sykdomshistorikk. Pasientsikkerheten øker når en ser vurderinger andre har gjort før og kan enklere følge opp og legge gode planer for pasienten. Utprøvingen har vist at dokumentdeling gir størst nytte for helsepersonell ved KAD, legevakter og mellom sykehus. Fra et nasjonalt ståsted vurderes det derfor om innføring til disse gruppene gir størst gevinst og bør prioriteres.

Opprinnelig plan var å gjenbruke dagens tilgangsstyring i kjernejournal, men etter utprøvingen har Helse Sør-Øst og Helse Nord vurdert at løsningen ikke er tilstrekkelig for at de som dataansvarlige kan ivareta sine plikter ved tilgjengeliggjøring av journalldokumenter. Dette gjelder spesielt forpliktelser knyttet til sporbarhet, plikten til å drive etterfølgende kontroll og visning av tilgangsløgg til innbygger. De har vurdert at de må ha mer informasjon

om grunnlaget for oppslaget, inkludert den aktuelle behandlingsrelasjonen helsepersonellet har med aktuell pasient, før de kan utlevere et journaldokument. Dette kan medføre at HelseID, kjernejournal, dokumentkildene og konsumentene må utvikle tekniske endringer på sine løsninger.

I tillegg til behovet for tekniske endringer er det identifisert flere områder som det må jobbes videre med som en del av innføringen. Dette er i hovedsak knyttet til:

- Planlegge og gjennomføre tiltak for å informere om innbyggers rettigheter
- Etablere en sentralisert forvaltning av dokumentdeling for å håndtere feil og annet som krever koordinering mellom flere virksomheter, samt koordinere oppfølging av etterkontroll av innsyn
- Etablere en tillitsanker-funksjon i Norsk helsenett SF som skal håndtere innføringen av konsumentene, slik det ble beskrevet i konseptet for felles tillitsmodell.
- Harmonisere arbeidet med risiko og sårbarhetsanalyser og personvernkonsekvensutredninger



Figur 17 Oversikt over veikart for tilgjengeliggjøring av dokumenter fra spesialisthelsetjenesten gjennom kjernejournal

3.4.1 Aktørenes planer for tilgjengeliggjøring av dokumenter

Foreløpig foreligger det kun planer for tilgjengeliggjøring fra de regionale helseforetakene. Dette er også omfanget for tiltaket i Program digital samhandling Steg 1. Det er foreløpig ingen planer for deling av dokumenter fra fastleger, avtalespesialister og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette er en kandidat for steg 2 i Program digital samhandling.

Status Helse Sør-Øst

Utprøving i Helse Sør-Øst ble startet 10. november 2020 og vil være i produksjon frem til ny løsning klar for bredding blir produksjonssatt. I utprøvingen ble 63 forskjellige dokumenttyper delt via kjernejournal. Av disse er 46 dokumenttyper ulike former for epikriser eller sammenfatninger og 17 dokumenttyper omhandler bildeundersøkelser. Disse dokumentene er valgt ut fra en gjennomgang med helsepersonell om hva man har mest behov for i de hyppigst forekommende pasientforløp. Det pågår vurderinger i HSØ av flere dokumenttyper som kan ha delingsverdi og vil kunne deles etter forankring og beslutning i felles styringsgruppe. Det vurderes også om det er behov for utvikling av ny systemfunksjonalitet for å kunne gjøre tilgjengelig flere dokumenttyper omfattet av kjernejournalforskriften.

HSØ besluttet i mars 2021 å starte innføring av løsningen i en trinnvis prosess – i første omgang med fire innføringstrinn frem mot april 2022.

- Trinn A: tilgang til referanser/dokumentoversikt for alle brukere av kjernejournal
- Trinn B: tilgang til dokumentinnsyn for leger og psykologer i HSØ
- Trinn C: tilgang til dokumentinnsyn for pasientenes fastleger
- Trinn D: tilgang til dokumentinnsyn for leger og psykologer hos utvalgte virksomheter, for eksempel legevakt og døgnenheter i noen kommuner og enkelte privat-ideelle sykehus

Det er flere forutsetninger som må på plass før innføring kan starte og/eller fullføres:

- Informasjon til innbyggere må avklares
- Det kreves teknisk modenhet hos oppsøkende virksomheter og kilder
- Hjemmelsgrunnlag, dataansvar og nødvendig avtaleverk må avklares
- Det må avklares hvilket innhold som kan deles
- Det må avklares hvilke virksomheter og personellkategorier som kan få tilgang
- Muligheter for ivaretagelse av informasjonssikkerhet og personvern, inkl. mulighet og modenhet knyttet til mekanismer for tilgangskontroll, sperring og logging må utredes og følges opp

Flere av disse forholdene medvirker til at det er nødvendig med en trinnvis innføring av løsningen for dokumentdeling i kjernejournal, til gradvis flere virksomheter og personellgrupper. Det er ønskelig med en smidig tilnærming for å kunne bygge erfaringer og gjøre nødvendig videreutvikling underveis

Status Helse Nord

Utprøvingen av dokumentdeling i Helse Nord startet opp i desember 2020 og omfattet primært Nordlandssykehuset og Bodø kommune, men dokumenter fra alle sykehusene i Helse Nord var tilgjengelig for brukerne i utprøvingen, da Helse Nord har en konsolidert database for journaldokumenter.

Helse Nord har også valgt å videreføre utprøvingen (prøvedrift) til løsningen er klar for videre bredding. og jobber nå med å utvide utprøvingen med to mindre kommuner.

Helse Nord jobber nå med å tilpasse løsninger for innføring av tjenesten dokumentdeling. De vil følge samme stegvise tilnærming som Helse Sør-Øst. Helse Nord har planlagt å dele med fastleger innen 2021 dersom kjernejournal er klare for. Det er en del usikkerhet når NHN kan ha sine løsninger oppdatert. Deling til andre kommunale virksomheter (KAD / legevakt) og deling mellom regioner har Helse Nord som målsetning at skal være tilrettelagt for sommeren 2022.

Status Helse Vest

Det er våren 2021 satt i gang et arbeid i Helse Vest med å etablere komponenter for identitets- og tilgangsstyring, som er nødvendige for at dokumenter skal kunne deles med helsepersonell utenfor helseforetakene i Helse Vest. Planen er at utprøving av dokumentinnsyn skal gjennomføres frem til april 2022 sammen med Stavanger kommune, og skal bygge på erfaringene som gjøres gjennom utprøvingen i Helse Sør-Øst og Helse Nord.


Status Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge har igangsatt et arbeid for å avklare hvordan de kan delta som dokumentkilde. Det er klart at Helseplattformens første utrulling med produksjonssetting 30 april 2022 ikke skal være påvirket av aktiviteter knyttet til å bli dokumentkilde. Gjennom denne produksjonssettingen vil Helseplattformen allerede oppnå deler av målsetningen bak dokumentdeling ved at Helseplattformen deler pasientjournalinformasjon mellom St.Olav HF, Trondheim kommune helsetjenester samt minimum 2 fastlegekontorer. 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. Løsningen synes å tilfredsstille nasjonale personvern- og reservasjonskrav, og tidligere antatte leverandørstrategiske utfordringer ved bruken synes avklarte.




Helse Midt-Norge/ Helseplattformen har via sin gjennomførte IAM⁷-anskaffelse og tilhørende pågående implementasjon mulighet til å ta del i nasjonal dokumentdeling som konsument i henhold til forventet felles tillitsmodell og tilgangsstyring.

3.4.2 Dokumenttyper som vil bli tilgjengelige

På sikt vil dokumentdelingen omfatte alle pasientenes journaldokumenter, inkludert bilder og skannede dokumenter fra journalsystemer i andre virksomheter på tvers av helseregioner og omsorgsnivå. Tabellen under viser status for ulike typer journaldokumenter:



Dokument	Beskrivelse	Status
 <p>Epikriser og sammenfatninger</p>	<p>Fra journalsystemene i Helse Sør-Øst og Helse Nord deles rundt 46 forskjellige dokumenttyper av ulike former for epikriser eller sammenfatninger via kjernejournal.</p>	<p>Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten</p>

⁷ IAM = Identity Access Management. IAM er et rammeverk for policyer og teknologier for å sikre at de rette menneskene i en bedrift har riktig tilgang til teknologiresursene

 Radiologisvar	Helse Sør-Øst har inkludert svar på bildeundersøkelser i utprøvingen av dokumentdeling. Disse dokumentene blir dermed tilgjengelige i innføringen sammen med epikriser og sammenfatninger. Fra journalsystemene i Helse Sør-Øst deles 17 dokumenttyper som omhandler bildeundersøkelser.	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten
	Per desember 2019 forelå det ikke en konkret plan for når laboratoriesvar blir tilgjengelig gjennom dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten. Dette dekkes imidlertid av Steg 1 i helhetlig samhandling som skal etablere en informasjonstjeneste der kopier av svarrapporter fra laboratorier og radiologivirksomheter blir tilgjengeliggjort via kjernejournal og gjennom et API (se kapittel 3.5).	Konsept
	Per oktober 20210 forelå det ikke en konkret plan for når henvisninger blir tilgjengelig for dokumentdeling.	Konsept

Tabell 8. Oversikt over status for ulike typer journaldokumenter som skal tilgjengeliggjøres for innsyn gjennom kjernejournal

3.4.3 Vurdering av status og utfordringene fremover i gjennomføringen

Dimensjon	Status	Beskrivelse
Finansiering		Vår vurdering er at de forelagte planene for tilgjengeliggjøring av dokumenttypene epikriser og sammenfatninger og radiologisvar fra spesialisthelsetjenesten er finansiert. Utprøvingen viste derimot at det også er behov for endringer hos virksomhetene som ønsker å ta i bruk dokumentdelingstjenesten i kjernejournal. Det er foreløpig uklart hvilke konsekvenser dette vil få for finansieringen. Endringene er mulige kandidater til steg 2 i Program digital samhandling.
Tilslutning		De fire regionale helseforetakene har gitt sin tilslutning til å tilgjengeliggjøre definerte journaldokumenter. Det arbeides med planer for innføring av kjernejournal i kommunal helse- og omsorgstjeneste, som vil bli brukt til å gi tilgang til å lese dokumenter, se kapittel 2.2 for detaljer. Deling av dokumenter fra primærhelsetjenesten er en kandidat for steg 2 i Program digital samhandling.

Tilrettelegging hos aktørene i helse- og omsorgstjenesten



De sentrale komponentene for å dele journaldokumenter gjennom kjernejournal er etablert og benyttet under utprøvingen. Utprøvingen viste derimot at det også er behov for endringer hos virksomhetene som ønsker å ta i bruk dokumentdelingstjenesten i kjernejournal. I tillegg viste utprøvingen at virksomhetene som tilgjengeliggjør sine journaldokumenter må ha mer tilgangsstyring i sine systemer.

Avhengighet til andre tiltak



Utbredelse av innsyn i journaldokumenter vil avhenge av at det etableres en felles tillitsmodell, og moderniserte tillits- og grunndatatjenester. Tiltaket er derfor lagt til Program digital samhandling Steg 1 som skal sikre at innføringen av innsyn i journaldokumenter blir basert på en felles tillitsmodell, og moderniserte tillits- og grunndatatjenester. I tillegg vil det være nødvendig å fortsette arbeidet med å standardisere dokumenttypene som skal deles og arbeidsprosessene knyttet til dette.

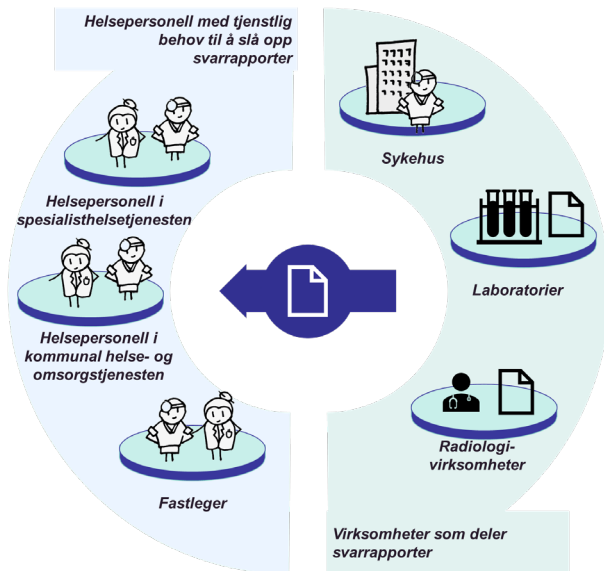
Tjenesten er også avhengig av at kjernejournal innføres i resten av kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Tabell 9. Vurdering av status og utfordringene fremover i gjennomføringen for innsyn i journaldokumenter

Risikovurdering

Veikartet for tilgjengeliggjøring av journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten gjennom kjernejournal er vurdert til middels risiko. Det er enighet om at det etableres en felles tillitsmodell og moderniserte tillits- og grunndatatjenester for innsyn i journaldokumenter. Derimot viste utprøvingen at det er behov for endringer hos virksomhetene som tar i bruk tjenesten slik at virksomhetene som tilgjengeliggjør journaldokumenter kan ivareta sitt ansvar som dataansvarlige. Det må igjennom forprosjektet for steg 2 i Program digital samhandling avklares hvorvidt avtalespesialister, fastleger og kommunal- helse og omsorgstjenester også skal tilgjengeliggjøre utvalgte dokumenttyper eller om noen av aktørene bør avvente felles kommunal journal.

3.5 Helsepersonell og innbygger skal ha tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt

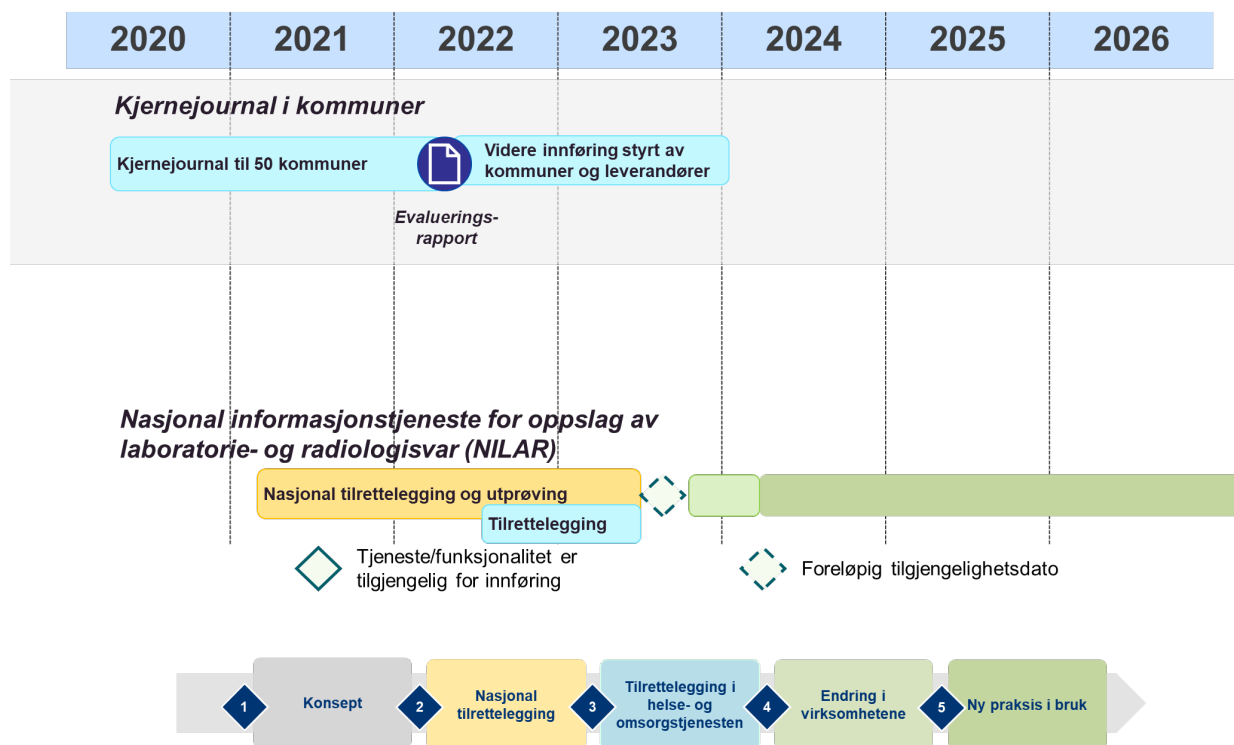


Hensikten med tjenesten er å gjøre laboratorie- og radiologisvar lettere tilgjengelig for helsepersonell i forbindelse med ytelse av helsehjelp, og samtidig gjøre det lettere tilgjengelig for innbyggere. I Plan for e-helse (2019 – 2022) er det et mål at helsepersonell raskt, enkelt og sikkert kan gjøre nødvendige oppslag i pasientopplysninger fra andre behandlingssteder. Dette for å unngå feil, kunne gjenbruke prøvesvar og sikre raskere helsefaglige beslutninger. Dagens meldingsutveksling med rekvisisjon og svar vil være uendret. Det å gi helsepersonell tilgang til prøvesvar fra alle laboratorie- og radiologivirksomheter

uavhengig av hvem som har rekvirert undersøkelsen og hvor den er utført vil gi flere fordeler. Det vil kunne gi raskere tilgang på informasjon i stedet for ny rekvirering eller henvisning, og vil redusere tidsbruk for både helsepersonell og innbygger. Innbyggere vil oppleve redusert belastning og slipper usikkerhet ettersom ventetiden blir kortere. I tillegg til gode effekter for innbyggere og helsepersonell, vil tjenesten bidra til reduserte kostnader knyttet til unngått prøvetakning.





Prosjektet *Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar (NILAR)* bygger på erfaringer som er gjort ved tilgjengeliggjøring av covid-19 prøvesvar i kjernejournal og Helsenorge. Prosjektet vil tilgjengeliggjøre prøvesvar innen alle fagområder (medisinsk biokjemi, immunologi og transfusjonsmedisin, klinisk farmakologi, medisinsk mikrobiologi, genetikk, patologi, radiologi og nukleærmedisin), og inngår som del av program digital samhandling. Dette innebærer at det etableres en nasjonal informasjonstjeneste som følger:

- laboratorie- og radiologisystemene ved alle landets laboratorier og radiologiske virksomheter tilpasses, slik at kopi av alle svarmeldinger går til den nasjonale løsningen
- nødvendige tilpasninger i kjernejournal gjennomføres for å håndtere søk etter og visning av svrappporter og prøvesvar
- Helsenorge tilpasses slik at innbygger får ivaretatt sine rettigheter, herunder innsyn, sperring mv.
- Helsenorge tilpasses slik at prøvesvarene gjøres tilgjengelig for innbygger, herunder å ivareta forsinket visning (ved alvorlige funn), nekting mv.



Figur 18 Oversikt over veikart for tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt

3.5.1 Vurdering av status og utfordringene fremover

Dimensjon	Status	Beskrivelse
Finansiering		Tiltaket inngår i program digital samhandling. I forslaget for statsbudsjett 2022 er det foreslått bevilget investeringsmidler for å håndtere nasjonal tilrettelegging og tilrettelegging av radiologi- og laboratoriesystemer.
Tilslutning		Behovet er høyt prioritert av ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten.
Tilrettelegging hos aktørene i helse- og omsorgstjenesten		<p>Kartlegging av laboratoriesystem viser at fåtalls laboratorie- og radiologisystemer (LIMS/RIS) mangler funksjonalitet for å sette inn kopiadressat. Dette må implementeres i alle systemene for at den nasjonale løsningen skal fungere etter hensikten.</p> <p>For alle LIMS/RIS som håndterer svarmeldinger må det legges inn endringer, slik at det automatisk sendes en kopi av disse til den nasjonale løsningen. Tjenesteleverandørene ved de regionale helseforetakene må også tilrettelegge for denne mekanismen.</p> <p>I tillegg må produsentene av svarmeldingene sørge for god datakvalitet og riktig bruk av meldingsstandard og nasjonale kodeverk.</p>
Avhengighet til andre tiltak		<p>Utbredelse av tilgang til laboratorie- og radiologisvar vil avhenge av at det etableres en felles tillitsmodell, moderniserte tillits- og grunndatatjenester og endringer i personvernkomponenten. Dette følges opp av prosjekt TAG i program digital samhandling.</p> <p>Løsningen er avhengig av et rettsgrunnlag for sentral lagring av kopimeldinger.</p>

Tabell 10. Vurdering av status og utfordringene fremover for tilgang til laboratorie- og radiologisvar er foretatt

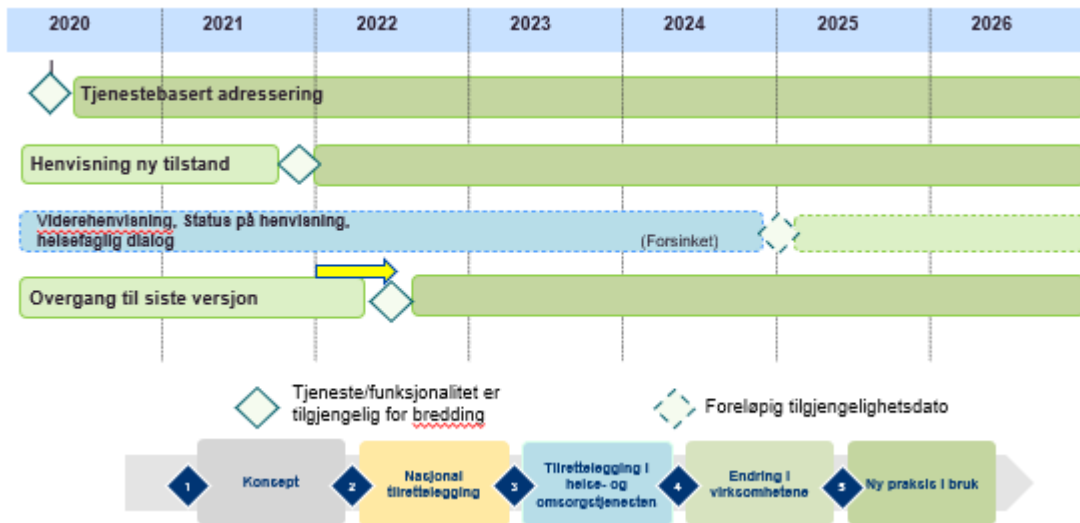
Risikovurdering

Veikartet for nasjonal informasjonstjeneste for laboratorie- og radiologisvar er vurdert til å ha lav risiko.

3.6 Helsepersonell skal ha tilgang på dialogmeldinger og forbedrede henvisninger

Meldingsutveksling er i dag den viktigste formen for elektronisk informasjonsutveksling mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Selv om dokument- og datadeling er på vei inn som nye samhandlingsformer, vil meldingsutveksling være sentralt i mange år fremover. Dette er også reflektert i Meld. St 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, som trekker frem innføring av nye standarder for henvisning og helsefaglig dialog som en av de viktigste digitaliseringstiltakene. Nye standarder for henvisning og helsefaglig dialog tilrettelegger for bedre samhandling, slik at pasienten får rett behandling til rett tid.

Figuren under gir en oversikt over veikartet for elektronisk meldingsutveksling.




Figur 19 Oversikt over veikart for tiltak knyttet til elektronisk meldingsutveksling

Mer om e-helsestandardene for meldingsutveksling:

- **Tjenestebasert adressering** gjør det enklere for helsepersonell å finne riktig mottaker i Adresseregisteret, og øker dermed tryggheten for at elektroniske meldinger kommer frem til riktig mottaker.
- **Nye standarder for henvvisning** (Henvvisning ny tilstand, Viderehenvvisning og Status på henvisning) bidrar til bedre kvalitet på henvisninger og understøtter raskere og sikrere oppfølging og ivaretagelse av pasientens rettigheter. Henvvisning ny tilstand er innført, mens Viderehenvvisning og Status på henvisning er under innføring.
- **Helsefaglig dialog** gir helsepersonell mulighet for raskere kontakt om helsehjelp knyttet til en pasient, og dette kan for eksempel bidra til å redusere antall unødvendige henvisninger. Det er usikkerhet til tidspunkt for innføring grunnet avhengighet til innføring av nye journalløsninger.
- **Overgang til siste versjon** av obligatoriske standarder for epikrise, pleie- og omsorgsmeldinger, rekvisisjon og svarrapporter bidrar til trygghet for hvilken versjon som skal brukes.

3.6.1 Vurdering av status og utfordringene fremover

Dimensjon	Status	Beskrivelse
Finansiering		Aktørene i sektoren må selv finansiere sine aktiviteter knyttet til å ta i bruk nye meldingsstandarder/versjoner. I kommunal helse- og omsorgstjeneste hjelper KS kompetansenettverk for e-helse (KS e-Komp) kommunesektoren med å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger.

Tilslutning



Sektoren ga sin tilslutning til nasjonal koordinert innføring av standardene gjennom det tidligere Produktstyre e-helsestandarder i perioden 2017-19. Bakgrunn er blant annet hensynet til pasientsikkerhet, rapporter fra Riksrevisjonen, og effektivisering og kostnadsreduksjon.

Innføring av nye standarder for henvisning og helsefaglig dialog er tiltak i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023. Flere av standardene (Tjenestebasert adressering, Henvisning ny tilstand samt overgang til siste versjon av epikrise, pleie- og omsorgsmeldinger samt rekvisisjon og svarrapporter) er obligatoriske krav gjennom forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger.

Det er etablert nasjonale innføringsplaner med datoer og frister for innføringen. Innføringsplanene er utarbeidet sammen med virksomhetene og deres leverandører i helse- og omsorgssektoren.

Den enkelte virksomhet er ansvarlig for å innføre standardene i egen virksomhet, samt å bestille nødvendige endringer hos sine systemleverandører.

Tilrettelegging hos aktørene i helse- og omsorgstjenesten



De sentrale komponentene for å realisere nye meldingsstandarder er etablert. Det arbeides nå med å sikre innføring gjennom at aktørenes journalløsninger tar i bruk de nye meldingsstandardene.

Avhengighet til andre tiltak



De nye meldingsstandardene er ikke avhengig av andre investeringer i felles grunnmur.

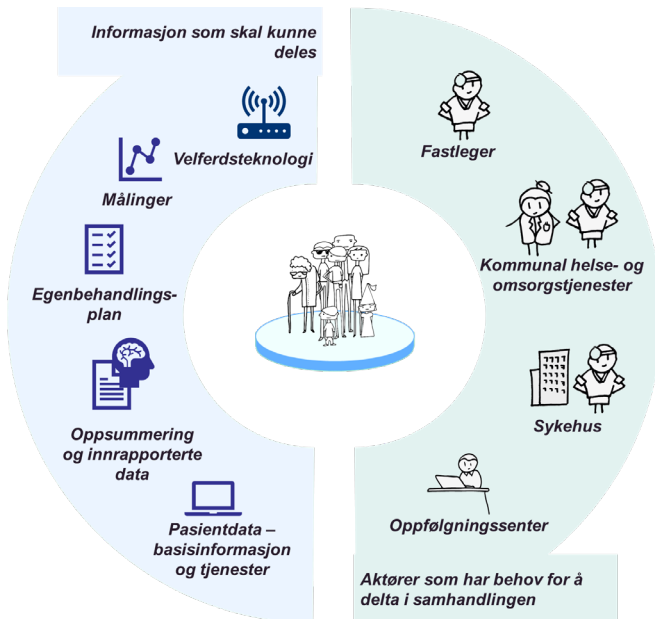
For standardene *Helsefaglig dialog*, *Viderehenvisning* og *Status på henvisning* er den koordinerte innføringen forsinket grunnet avhengigheter til virksomhetenes innføringsplaner for Helseplattformen og DIPS Arena og bestilling hos respektive systemleverandører.

Tabell 11. Vurdering av status og utfordringene fremover for utbredelse av eksisterende og nye meldingsstandarder

Risikovurdering

Veikartet for utbredelse av eksisterende og nye meldingsstandarder er vurdert til å ha moderat/høy risiko grunnet avhengighet til innføring av nye journalløsninger med ulike tidsplaner.

3.7 Innbygger skal ha muligheter for digital hjemmeoppfølging



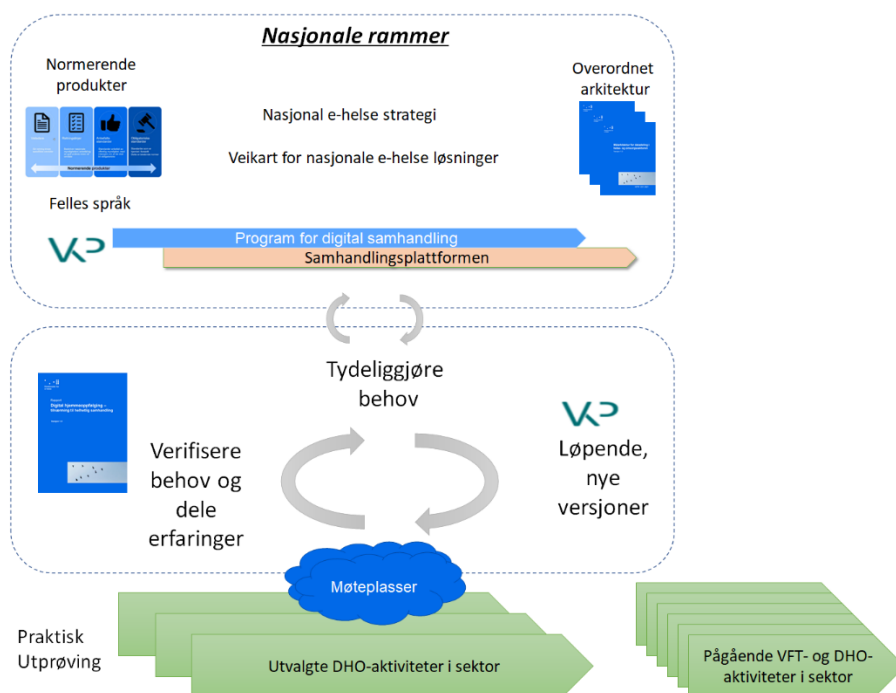
Digital hjemmeoppfølging innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud ytes uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient/bruker og behandler(e) skjer digitalt⁸, se kapittel 2.4 for nærmere beskrivelse av tjenestene. Som beskrevet blir det nasjonale rammeverket utviklet stegvis i tett samarbeid med helsetjenesten og leverandørmarkedet.

Direktoratet for e-helse leverte i mai 2021 et notat til Helse- og omsorgsdepartementet med anbefalte nasjonale tiltak for å tilrettelegge for datadeling mellom løsninger som

brukes i forbindelse med digital hjemmeoppfølging og fagsystem/digitale plattformer som helsepersonell benytter langs hele behandlingsskjeden. Anbefalingene blir fulgt opp med en gjennomføringsplan som skal leveres til Departementet i november 2021. Gjennomføringsplanen er en del av en helhetlig gjennomføringsplan for neste periode av Nasjonalt velferdsteknologi-program (2022-2024).

Kjernen i planen er en metodikk der utviklingen av normerende produkter og nasjonale samhandlingsløsninger skal skje trinnvis basert på prioriterte behov fra pågående DHO-aktiviteter i helse- og omsorgssektoren. Behovsforståelsen bygger videre på allerede gjennomførte behovskartlegginger og oppdateres løpende basert på praktiske erfaringer. Helse- og omsorgstjenesten kan benytte digital hjemmeoppfølging i et behandlingsforløp. Bruken og tjenestemodellene er under stadig utvikling. Dette betyr at også samhandlingsbehovene defineres underveis. Det er derfor hensiktsmessig med en trinnvis tilnærming gjennom praktisk erfaring fra pågående aktiviteter i helse- og omsorgstjenesten.

⁸ Foreløpig definisjon fra sektorens arbeid med oppdraget; De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Nord RHF, utarbeide forslag til definisjoner for digital hjemmeoppfølging



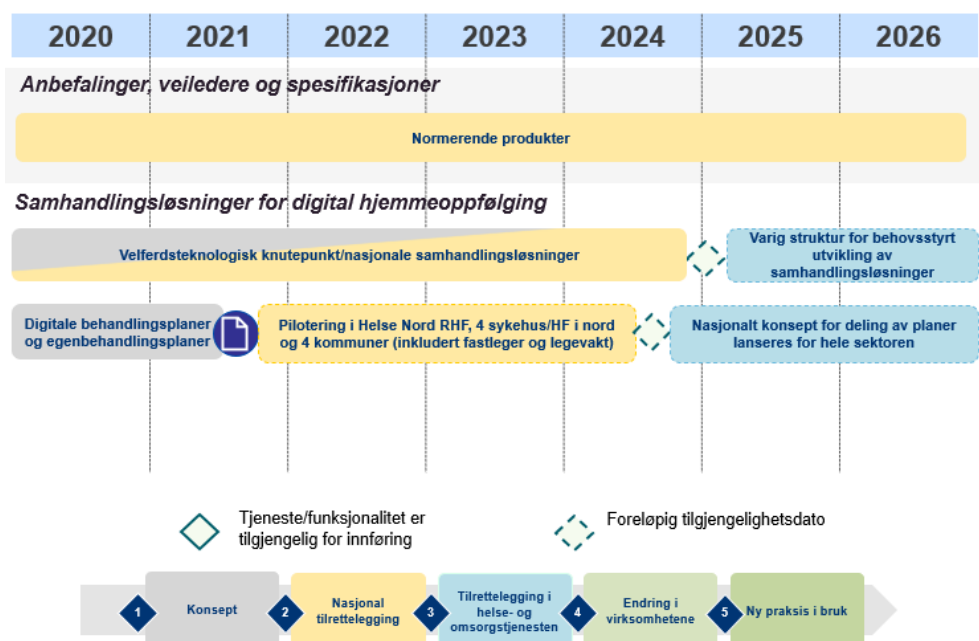
Det er mottatt tilbakemelding fra sektor om at det er nødvendig/ønskelig at også deling av egenbehandlingsplaner inkluderes i utprøvingene. Vurdering av data fra pasientene vil ofte måtte relateres til pasientens egenbehandlingsplan og i noen tilfelle resultere i justeringer av denne.

Kritiske suksessfaktorer for denne strategien er:

- God fremdrift og samarbeidsvilje i utvalgte aktiviteter og prosjekter i sektor
- Tett samarbeid og støtte fra fagmiljøer for normerende arbeid
- Tett samarbeid med (eller del av) program digital samhandling
- Videre finansiering av velferdsteknologisk knutepunkt slik at denne kan benyttes i utprøvingen i sektor

Et resultatmål i neste programperiode er at det skal etableres en varig struktur som sikrer en behovsstyrt videreutvikling av samhandlingsløsninger.

Figuren under gir en oversikt over veikart for sentrale tiltak for utprøving og utvikling av tjenester for Digital Hjemmeoppfølging.



Figur 20 Oversikt over veikart for sentrale tiltak for utprøving og utvikling av tjenester for digital hjemmeoppfølging

3.7.1 Kartlagt behov for tilrettelegging relatert til digital hjemmeoppfølging

Det er en økende aktivitet med å etablere digital hjemmeoppfølging i sektor, både i kommunen og i helseforetak, og i noen tilfeller også i samarbeid mellom disse. Det arbeides med tilrettelegging for dette blant aktører i sektor med moderat til ingen involvering av myndighetene. Tilretteleggingen består blant annet av samhandlingsarkitektur og anskaffelser. Det haster derfor å få etablert et omforent nasjonalt rammeverk for datadeling slik at investeringer som gjøres i sektor i størst mulig grad er tilrettelagt som digital samhandling med andre aktører som bidrar i pasientforløpene. Dette er kommunisert både fra aktører i sektor og fra leverandørmarkedet. Det er spesielt behov for tydeligere rammer innenfor:

- Arkitektur
hvilke samhandlingstjenester blir levert nasjonalt, og når blir disse tilgjengelige?
- Felles språk (kodeverk og terminologi) som dekker behovene i DHO innbyggerdialog, behandlingsforløp og for registre
- Retningslinjer/veiledning knyttet til lagring av innbyggerdata
- Tilpasning av lovverk som støtter oppunder behov for lagring og deling av data
- Koordinering av FHIR-profilering
- Nasjonale rammer og veiledning for oppkobling av medisinsk utstyr

I tillegg er det meldt inn behov for tydeligere rammer og veiledning knyttet til tjenestemodeller, organisering og finansiering, og anskaffelser og forvaltning av utstyr som skal brukes i digital hjemmeoppfølging. Videre arbeid med dette vil skje innenfor Nasjonalt velferdsteknologiprogram og Digi-hjem, begge ledet av Helsedirektoratet.

3.7.2 Vurdering av status og utfordringene fremover

Dimensjon	Status	Beskrivelse
Finansiering		Tiltaket finansieres gjennom videreføringen av Nasjonalt velferdsteknologiprogram (2022-2024). Det er behov for å utarbeide en finansieringsmodell for velferdsteknologisk knutepunkt for å sikre videre drift- og forvaltning. Endringene er mulige kandidater til steg 2 i Program digital samhandling.
Tilslutning		Strategien og anbefalte tiltak som er levert til Helse- og omsorgsdepartementet har en bred tilslutning fra sektoren. Det er allerede etablert gode samarbeid mellom prosjektet og aktører, både kommuner og helseforetak (også regionale helseforetak).
Tilrettelegging hos aktørene i helse- og omsorgstjenesten		<p>Digital hjemmeoppfølging er et relativt nytt område som er i svært begrenset omfang er tatt i bruk i sektoren. Det er derimot igangsatt mange initiativ på området. Tjenestemodeller er under utprøving og gevinstmålinger er ikke klare. Det er derfor for tidlig å si hvilken tilrettelegging den enkelte aktør må gjennomføre utover de beskrivelser som foreligger gjennom Velferdsteknologiprogrammet.</p> <p>Det kreves sterke pådrivere ute i organisasjonene i helse- og omsorgstjenesten for å få etablert og gjennomført prosjekter. En nasjonal tilrettelegging og spredning av gode erfaringer mellom prosjekter vil hjelpe. I Nasjonal helse- og sykehusplan kommer det tydelig frem at det forventes at helsetjenesten i større grad yter helsehjelp hjemme hos innbygger ved hjelp av digitale verktøy. Det er etablert ambisiøse mål for dette i de regionale helseforetakene.</p>
Avhengighet til andre tiltak		<p>Tiltaket har en sterk avhengighet til tiltak knyttet til å etablere helhetlig samhandling. Digital hjemmeoppfølging er en kandidat til steg 2 i program digital samhandling.</p> <p>Det er nødvendig at samarbeidet med sektor gjøres i tett dialog med normerende fagmiljøer inne arkitektur, standardisering og felles språk. Dialogen må resultere i både at utprøvinger i sektor forholder seg gjeldende normerende produkter, og at resultatene fra utprøvingene vurderes inn i videreutviklingen av de normerende produktene.</p> <p>Det er også nødvendig med et tett samarbeid med miljøet rundt samhandlingsplattformen i Norsk helsenett. Tiltaket er avhengig av leveranser derfra for å kunne etablere utprøving av datadeling.</p>

Tabell 12. Vurdering av status og utfordringene fremover av utprøving og utvikling av tjenester for digital hjemmeoppfølging.

Risikovurdering

Veikartet for digital hjemmeoppfølging er vurdert til å ha middels-til høy risiko. Digital hjemmeoppfølging er et relativt nytt område der det er behov for utvikling på flere nivåer. Det er behov for å etablere gode tjenestemodeller som kan skaleres nasjonalt. I tillegg er det behov for å etablere standarder for informasjonsdeling mellom de ulike aktørene

(hjemmet, oppfølgingstjenesten og aktørene som yter helse- og omsorgshjelp), samt at det etableres en nasjonal infrastruktur for datadeling. Samtidig er det igangsatt og planlagt større initiativ i helseforetakene. Det er viktig at disse initiativene bidrar til å spesifisere nasjonale rammer for informasjonsdeling og at de i størst mulig grad realiseres i henhold til disse.

Feltet bærer preg av en "høna-og-egget"-situasjon. Det har så langt vært finansiering av Nasjonalt velferdsteknologiprogram, hvilket har gitt god læring og gevinster de steder utprøvingen har foregått. Selv med finansieringsrammene fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram i neste programperiode er det en risiko for at dette ikke er tilstrekkelig for å kunne utnytte hele muligheten som den økende aktiviteten i sektor på området utgjør. Dette kan resultere i at utviklingen av det nasjonale rammeverket vil gå saktere enn det kunne ha gjort, og at det igjen resulterer i investeringer i sektor som ikke bygger oppunder en fremtidig nasjonal samhandlingsinfrastruktur. Området bør prioriteres opp i helhetlig samhandling steg 2.

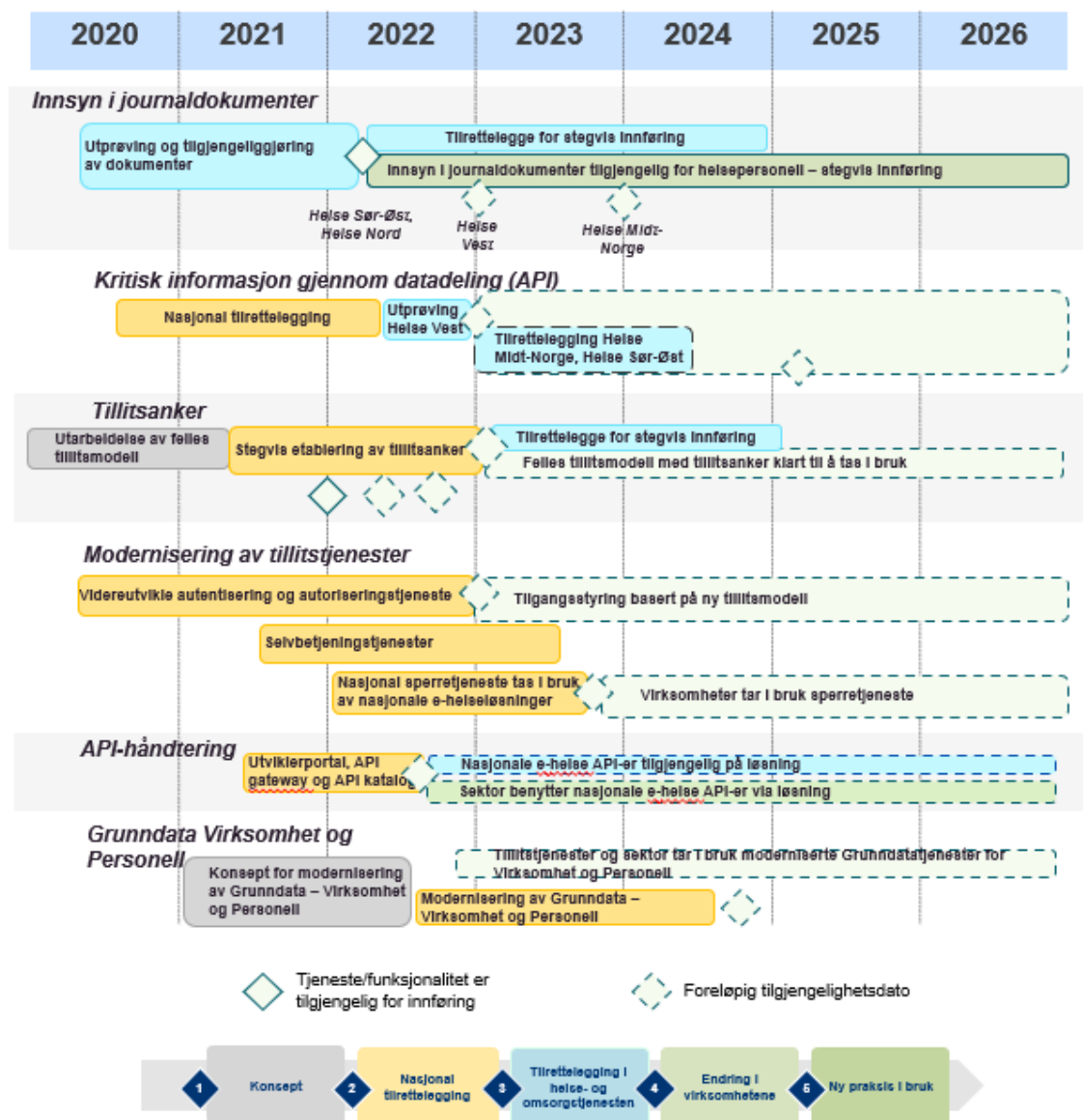
4 Avhengigheter mellom veikart for nasjonale e-helseløsninger og andre pågående tiltak

Dette kapitlet beskriver viktige tiltak for å realisere målene på områdene som er beskrevet i veikart for nasjonale e-helseløsninger i kapittel 3.

4.1 Etablering av felles tillitsmodell og helhetlig samhandlingsplattform

Data- og dokumentdeling er samhandlingsformer som vil få økt utbredelse i sektoren. Informasjonssikkerhet og personvern er grunnleggende forutsetninger for å få til samhandling på tvers av virksomheter og omsorgsnivå. Tilgjengeliggjøring av helsedata til helsepersonell i andre virksomheter forutsetter at det er etablert tillit til at samhandlingspartene det deles data med behandler dataene i henhold til gjeldende lover og forskrifter. For å oppnå denne tilliten er det behov for at virksomhetene følger et minimumsett av felles krav til identitets- og tilgangsstyring.

I samarbeid med representanter fra sektoren utarbeidet Direktoratet for e-helse i 2020 et konsept for en felles tillitsmodell for data- og dokumentdeling i sektoren. Operasjonalisering og videreutvikling av modellen vil gjennomføres som en del av program digital samhandling. Formålet er å etablere et organisatorisk tillitsanker med tilhørende tillitstjenester som skal forvalte og håndheve felles krav til identitets- og tilgangsstyring, som vil bidra til å sikre en enklere tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter i helsesektoren. Tillitsmodellen skal utvikles smidig gjennom pågående satsninger og tiltak i samarbeidsprosjekter i sektoren, og vil støtte fremtidige samhandlingstjenester.



Figur 21 Oversikt over sammenhengen mellom tiltak i veikartet og modernisering av tillitstjenester og grunndata

Tillitsanker

Direktoratet for e-helse utarbeidet en vurdering og anbefaling på hvilken tillitsmodell som skal ligge til grunn for tilgangsstyring ved data- og dokumentdeling (3). Det ble anbefalt å etablere et felles tillitsanker. Tillitsankeret er en nasjonal funksjon, tiltenkt Norsk Helsenett, og skal koordinere og styre arbeidet med å forvalte og følge opp kravene til aktører involvert i samhandling. Dette vil bidra til økt tillit mellom aktørene gjennom tiltak som:

- Etablering av tillitsankeret som en nasjonal funksjon og som et bindeledd mellom konsumenter og tjenester.
- Etablere standardiserte godkjenningsordninger og -prosesser i tillitsanker for virksomheter som oppfyller felles krav til identitets- og tilgangsstyring, felles retningslinjer, sikkerhetskrav og standarder og gi de tilgang til helseopplysninger delt gjennom tillitsankeret.

- Etablere et felles avtalenavn i tillitsanker for håndtering av avtaler/bruksvilkår for samhandling for å redusere antall avtaler som må inngås.
- Selvdeklarasjonsordning og felles håndtering av ROS og DPIA for aktørene som skal samhandle.

Modernisering av tillitstjenester

Det er behov for å modernisere tillitstjenestene for å støtte opp under innføring av data- og dokumentdelingsløsninger. Bruk av data- og dokumentdeling forutsetter at ansvaret for å beslutte om tjenstlig behov foreligger må ligge hos de konsumerende virksomheter. Tilgangsbeslutning hos disse må baseres på personellens behandlerrelasjon til pasienten det forespørres helseopplysninger om og denne brukerkonteksten, med standardisert informasjon om identitet, virksomhet og behandlerrelasjonen, må sendes med i forespørselen.

Tillitsankeret skal kontrollere forespørslene. Dette gjøres av tillitsankerets tillitstjeneste (HelseID). Noen av kontrollene som må gjøres er: verifisere at konsumerende virksomhet tilfredsstiller kravene og om de har avtale med tillitsankeret.

Tillitstjenesten HelseID skal kunne utstede et signert bevis (sikkerhetsbillett) basert på disse kontrollene, og kan berike sikkerhetsbilletten med mer informasjon fra sentrale registre, slik som helsepersonell- og fastlegeregisteret. En sikkerhetsbillett inneholder den informasjonen en dataansvarlig som skal dele helseopplysninger trenger for å dekke den dataansvarliges forpliktelser til tilgangsstyring og dokumentere innsynet som gjøres.

Pasientjournalforskriften § 13 3. ledd sier at "Journalopplysninger kan bare gjøres tilgjengelig for personell som gjennom autentisering kan bekrefte sin identitet på en sikker måte".

I tillegg til modernisering av tillitstjenestene, må alle aktører innføre løsninger for å identifisere og verifisere brukere på en sikker måte. En sentral utfordring for innføringen av kjernejournal til den kommunale helse- og omsorgstjenesten er at de fleste kommunene mangler tilstrekkelig infrastruktur for å identifisere og verifisere brukere på det sikkerhetsnivået som kjernejournal krever (sikkerhetsnivå Høyt). Det har vist seg å være utfordrende for den enkelte kommune å beslutte hvilken løsning de skal velge for sine ansatte, for eksempel skal de anskaffe egen løsning eller skal de basere seg på at de ansatte selv benytter eller anskaffer personlige identiteter og om disse skal benytte egen mobil, et smartkort eller en kodekalkulator.

Regjeringens digitaliseringsstrategi (2019-2025) peker på et behov for tydelige retningslinjer for dette. Direktoratet har i sitt tildelingsbrev for 2021 fått i oppgave å utarbeide praktisk veiledningsmaterieell om bruk av eID for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Gjennom utrulling av kjernejournal til kommunene har det allikevel vist seg at behovet for materieell har vært mindre enn først antatt.

API-håndtering

I Sentralt styringsdokument for Akson er det spesifisert at det for helse- og omsorgssektoren skal anskaffes og tas i bruk en plattform for API-håndtering. Formålet er at dataene som tilbys via informasjonstjenestene i veikartets tiltak skal kunne deles og gjenbrukes for ulike formål og i ulike prosesser, både med aktører i og utenfor helse- og omsorgstjenesten.

Førstevalget for realisering av datadeling skal være ved bruk av API. Som en forutsetning for å lykkes med datadeling er det derfor viktig at åpne API-er er tilgjengelige for helsevirksomheter, samt at tjenesteeierne har en enhetlig tilnærming til å administrere og

forvalte tilgjengeliggjorte API-er på slik at man vet hvem som bruker dem og hva de brukes til. I Program digital samhandling skal dette realiseres ved innføring av API-håndtering for nasjonale e-helseløsninger og grunnmurskomponenter.

Modernisere Grunndata – Grunndata Virksomhet og Personell

Grunndata Virksomhet og Personell skal løse en rekke behov for informasjon knyttet til helhetlig samhandling inkludert for helsevirksomhetene, tillitsankeret og tillitstjenestene. I tillegg skal identitets- og tilgangsstyring i felles kommunal journal støttes.

Moderniseringen og videreutviklingen av grunndata er en forutsetning for at tilgangsstyringen i tillitstjenestene skal kunne basere seg på autoritative kilder om personell og virksomhet, og for at tjenesteeiere av data og dokumentdelingstjenester skal kunne utøve den nødvendige tilgangsstyringen.

Realisering av tillitsmodellen

Realisering av tjenestene vil skje med en smidig og stegvis tilnærming der løsningene defineres i samarbeid med sektoren og pågående tiltak i veikartet. Tilnærmingen vil være å realisere felles funksjonalitet gjennom å levere funksjonalitet til pågående prosjekter. Prosjekt TAG steg 1 skal ferdigstilles i løpet av 2024 og planlegger kontinuerlige leveranser i hele perioden. De første leveransene vil være knyttet til dokumentdeling gjennom kjernejournal for å støtte bredding av denne løsningen samt sikre at Helseplattformen kan ta i bruk nasjonale e-helseløsninger. De neste leveransene skal tilrettelegge utprøving av Kritisk informasjon gjennom datadeling samt for å understøtte NILAR. Det skal også i Steg 1 realiseres en API-håndteringsløsning for NHN sine datadelingstjenester. Det er også behov for å øke tilgjengeligheten til eksisterende tillitstjenester og grunndatatjenester.

Følgende er en liste over planlagte aktiviteter i 2021/2022:

- **Etablere funksjon i tillitsanker for innføring av konsumerende virksomheter som skal få tilgang til deling av journaldokumenter.** Første versjon skal ivareta og sikre at dokumentkildenes krav til konsumerende virksomheter er oppfylt og håndtere avtaleinngåelse mellom konsumerende virksomheter og dokumentkildene felles for alle dokumentkildene slik at en konsumerende virksomhet kun trenger å inngå avtale en gang.
- **Etablere en selvdeklarasjonsordning for risikovurdering av konsumerende virksomheter.** Tillitsankeret skal etablere en selvdeklarasjonsordning for konsumerende virksomheter for å sikre at virksomhetene har et minimumsnivå av tilgangsstyring som kan aksepteres av dokumentkildene. Resultatet av selvdeklarasjonen kan inngå i en risikovurdering av konsumentenes tilgangsstyring som Tillitsankeret gjør på vegne av dokumentkildene.
- **Tillitsankeret skal muliggjøre at konsumerende virksomheter kan bruke sin foretrukne eID-ordning dersom den tilfredsstillende felles krav.** Et av målene for digital samhandling i helsesektoren er å redusere antall innlogginger som helsepersonell må gjennomføre for å samhandle digitalt. Dette kan oppnås ved at en allerede innlogget brukersesjon i et lokalt fagsystem hos konsumenten gjenbrukes når samme bruker ønsker å få tilgang til ekstern informasjon om pasienten som det ytes helsehjelp til. Dette krever at den eksisterende brukersesjonen er basert på en sikker

autentisering av brukeren på eIDAS nivå⁹ samt at de er integrert med tillitsankerets autentiseringsløsning, HelseID. Først ute her er Helseplattformen.

- **Tillitsankeret må tilby at en databehandler kan representere en helsevirksomhet ved samhandling uten at helsevirksomhetens digitale legitimasjon deles med databehandleren.** Utlån av en digital legitimasjon er uønsket og reduserer tilliten til legitimasjonen. I tillegg vil plattformer som representerer mange virksomheter få en kostbar og kompleks forvaltning av en stor mengde digitale legitimasjoner. Ved at tillitsankeret tilbyr funksjonalitet for delegering av tilganger til eksterne tjenester kan dette unngås.

- **Etablere tjenester for felles API-håndtering for nasjonale e-helseløsninger og grunnmurstjenester**

Dette tiltaket skal bidra til at datadelingstjenester tilbudt av nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter blir tatt i bruk av sektoren i størst mulig grad samt gjøre det enklere for aktørene i sektoren:

- å finne hvilke API-er som finnes
- å sette seg inn i og vurdere hva som kreves for å benytte de API-ene (både avtalemessig, forvaltningsmessig, semantisk og teknisk)
- å realisere løsninger som benytter de API-ene

I tillegg skal tiltaket bidra til økt innovasjon og næringsutvikling ved at det blir enklere for leverandører å tilby funksjonalitet i sine løsninger som baserer seg på bruk av API-er til nasjonale e-helseløsninger og grunnmurstjenester. Mange av de nasjonale e-helseløsningene og grunnmurstjenester tilbyr i dag lignende funksjonalitet og det er viktig at det tas utgangspunkt i disse og at det lages en felles løsning som inkluderer alle.

- **Utprøving API for kritisk informasjon**

I 2020 ble det utviklet et API for å muliggjøre datadeling mellom Kritisk info i Kjernejournal og i lokale systemer. Ved realisering av API for deling av kritisk informasjon vil Kjernejournal være felles nasjonalt register for kritisk informasjon som de ulike aktørene kan oppdatere med egen informasjon og som kan brukes for å hente opplysninger til lokalt system. Den nasjonale løsningsarkitekturen for API-et er ennå ikke ferdig besluttet. Det er gjenstående arbeid på hvordan synkroniseringen mellom lokale løsninger skal foregå. Det er ønskelig at løsningen skal baseres på bruk av tillitsanker og moderniserte tillitstjenester for datadeling, og ikke Kjernejournal sin eksisterende tillitsmodell.

- **Etablere første steg av en nasjonal sperretjeneste for å ivareta innbyggers rettighet til å motsette seg deling.**

Dagens personverntjeneste skal videreutvikles for å ivareta innbyggers rettigheter til å motsette seg deling av helseopplysninger i NILAR. Det er også et mål med oppdraget at personverninnstillingene som en innbygger kan sette selv i NILAR blir felles for alle nasjonale e-helseløsninger/samhandlingsløsninger. Første steg har som mål å etablere en sperreinnstilling som kan administreres av Innbygger selv gjennom helsenorge.no

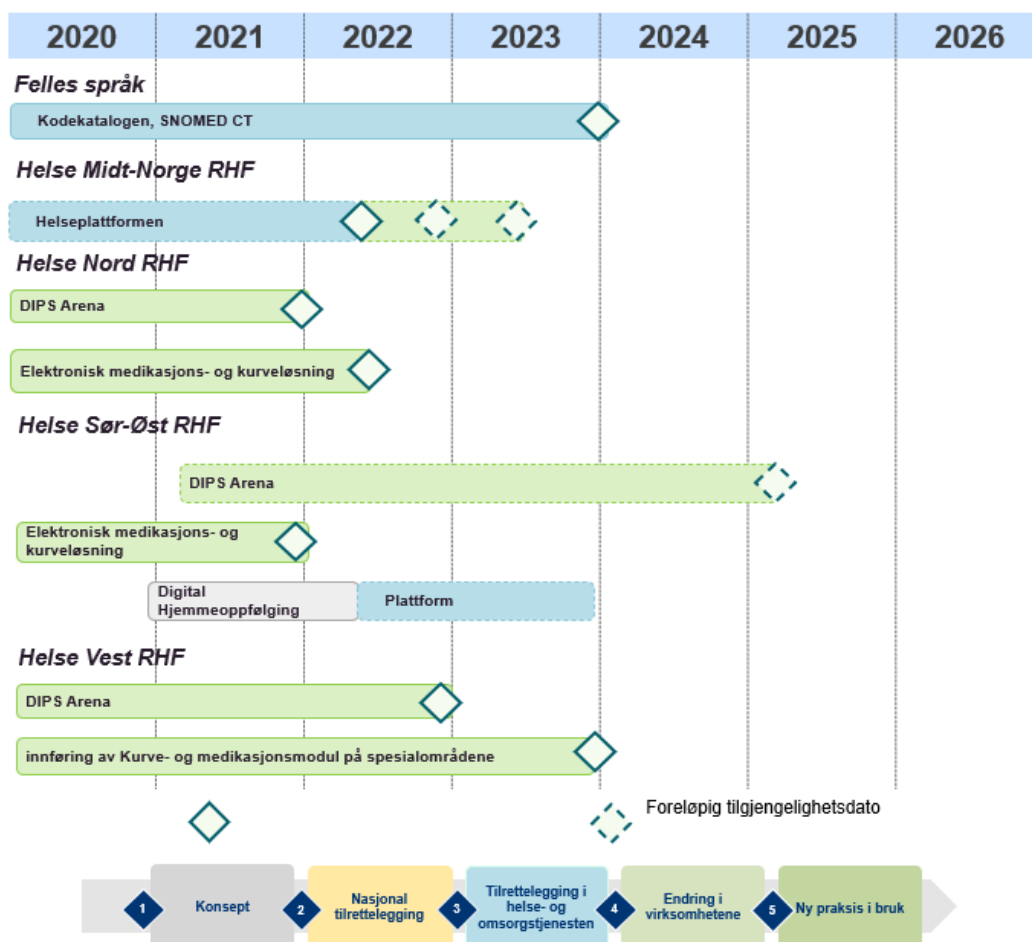
- **Øke tilgjengelighet og robusthet til tillitstjenester og grunddatatjenester.**

Når flere og flere i sektoren tar i bruk nye samhandlingsløsninger hvor tillitstjenester og grunddatatjenester benyttes, må det sikres at disse felleskomponentene har høy nok

⁹ Iht Forskrift om selvdeklarasjon av ordninger for elektronisk identifikasjon

4.2 Modernisering og tilrettelegging av EPJ-systemer for datadeling

Datadeling mellom ulike systemer gir andre muligheter for bruk av informasjonen i dataene i systemet enn dokumentdeling. Dette kan være alt fra tilpasning av skjermbilder, igangsetting av automatiske prosesser til bruk i kunstig intelligens. Datadeling som samhandlingsform¹⁰ mellom ulike systeminstallasjoner skiller seg fra dokumentdeling ved at datadeling i større grad krever at data finnes på strukturert form og er standardiserte slik at systemene forstår dem likt. Effektiv datadeling kreves i tillegg åpne APIer (programgrensesnitt). Disse tre grunnleggende avhengighetene er nærmere beskrevet i det følgende.



Figur 22 Modernisering og tilrettelegging av EPJ-systemer for datadeling ved innføring av strukturerte data, åpne API og felles språk

¹⁰ Meldingsutveksling er en tredje samhandlingsform. Meldingsutveksling skiller seg fra datadeling og dokumentdeling ved at meldingsutveksling innebærer asynkron overføring og kopiering av data fra ett system til et annet, mens datadeling baserer seg på synkron tilgang med en felles datakilde.

Strukturert journal

Spesialisthelsetjenesten har valgt to ulike tilnærminger til området strukturert journal og informasjonsmodeller:

- Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest utvikler EPJ-området ved koblede systemer. Løsning for PAS/EPJ (DIPS Arena) er basert på en leverandøruavhengig datamodell (OpenEHR). Løsninger for medikasjon og kurve, digitale bilder og laboratorier har strukturert informasjon i datamodeller som er avhengig av leverandør. Arbeidet med strukturering av klinisk informasjon ved bruk av OpenEHR er særlig knyttet til EPJ gjennom DIPS Arena. OpenEHR er basert på arketyper, som er standardiserte kliniske informasjonsmodeller.
- Helse Midt-Norge har valgt et større homogent system (Epic) med underliggende leverandørspesifikke datamodeller. Helseplattformen (Epic) er en strukturert, konfigurert journalløsning. Det vil si at kunden i stor grad selv definerer hvilke data som skal registreres, hvordan data skal kodes, hvilken terminologi som skal benyttes og hvilke kontroller som skal legges på registreringen av data. Det er mulig å lage en 100% strukturert journal, men deler kan også være fritekst. Data vil kunne gjenbrukes i beslutningsstøtte, interne og eksterne rapporter, datauttrekk, APIer og andre grensesnitt. Kunnskap struktureres også inn i løsningen og det bygges beslutningsstøtteregele som kombinerer kunnskapsdata og pasientdata.

Kommunene og fastlegene har i dag en rekke ulike journalsystemer som har ulik grad av strukturering og utviklingsretning. Kommunene og fastlegene i Midt-Norge får tilbud om å benytte Helseplattformen og får tilgang til strukturert journal gjennom den. Øvrige kommuner og fastleger får tilbud om tilgang til strukturert journal gjennom prosjektet Felles kommunal journal.

Standardisering

For at arbeidet med strukturering av journal skal lykkes, er det en forutsetning å utvikle/tilpasse og ta i bruk både informasjonsstandarder, kodeverk og terminologier. Harmonisering av kliniske variabler som benyttes både til primær- og sekundærbruk er også viktig for å unngå dobbeltregistreringer og effektiv innsamling av data. Program kodeverk og terminologi utvikler i samarbeid med Helseplattformen første versjon av et «felles språk» for helse- og omsorgstjenesten i Norge, basert på den internasjonale terminologi-standard SNOMED CT.

Åpne APIer

Ved anskaffelse av EPJ-systemer stilles det normalt krav til at leverandørene tilbyr åpne APIer. Ellers planlegger Helse Sør-Øst og Helse Nord anskaffelse av verktøy for etablering av regionale integrasjonsplattform (API-plattform) for datadeling, jf. Felles plan 2021 (4). Digital samhandling steg 1 jobber med å etablere tjenester for felles API-håndtering for nasjonale e-helseløsninger og grunnmurstjenester.

5 Veikartet realiserer verdi for innbyggere og helsepersonell

Innbyggere, pasienter og pårørende vil i økende grad ha kontakt med helsepersonell gjennom en trygg, oversiktlig og sikker digital kanal

Flere og flere aktører i sektoren vil kunne tilby administrasjon av behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester på Helsenorge i veikartperioden. Innbyggere, pasienter og pårørende vil i økende grad kunne ha kontakt med helsepersonell på en trygg måte hvor personvern og datasikkerhet ivaretas. Meldinger fra helsetjenesten til innbygger og pårørende går rett inn i pasientjournalen, og det vil være spart tid ved å slippe telefoniske henvendelser. Det at ulike typer varsler blir tilgjengelig for innbygger vil bidra til at viktig informasjon når frem, som igjen vil kunne gi innbygger bedre oversikt over eget behandlingsforløp.

Det vil bli enklere for innbyggerne å få oversikt over, og følge opp, sine behandlingsforløp. Dette omfatter å bestille time, se tid og sted, og å avbestille timeavtaler med helse- og omsorgstjenesten. Helsetjenesten selv skal også kunne endre eller avlyse timeavtaler. Sammen med varsler og påminnelser vil dette kunne bidra til at innbygger møter forberedt og til rett tid, slik at ventelister og ikke-møtt til timer, reduseres. For spesialisthelsetjenesten omfatter de administrative tjenestene også at innbygger kan følge status for henvisningsprosessen og få støtte til å ivareta sine rettigheter knyttet til helsehjelpen.

Innbyggerne vil selv skal kunne være mer involvert i oppfølgingen av egen helse og kunne få svar på spørsmål uten å måtte kontakte tjenestene. Innbygger skal også kunne se hvem som har vært involvert i oppfølgingen gjennom innsyn i tilgangsslogg i helseforetak og kunne se svar på prøver uten å måtte kontakte helsetjenesten.

Det kan være krevende for innbyggere å huske hva slags vurderinger som ble gjort og hva slags informasjon som ble formidlet etter en timeavtale med helsetjenesten. Enda mer krevende kan det være å huske historisk informasjon om hvilke undersøkelser man har vært gjennom, resultatet av disse og når det skjedde. Mulighet til å få innsyn i opplysningene helsetjenesten har om en, vil kunne bidra til økt involvering og større mulighet til selv å ha oversikt over sin sykehistorie, i den grad man ønsker det.

Pasienter vil være trygge på at helsepersonell han/hun møter alltid skal være oppdatert på pasientens legemidler

Det er et viktig mål for helsetjenesten at helsepersonell og innbyggere skal ha tilgang til en oppdatert oversikt over pasientens legemidler. En slik oversikt bidrar til riktigere behandling, færre pasientskader og økt effektivitet. Gjennom pasientens legemiddelliste skal legemiddellisten deles og tilgjengeliggjøres for alt helsepersonell med tjenstlig behov. Pasienten har innsyn i legemiddellisten gjennom Helsenorge. Når en lege gjør endringer i pasientens legemiddelbehandling (ikke internforskrivning, men ved utskrivelse), oppdateres legemiddellisten sentralt, slik at denne informasjonen også er tilgjengelig for annet helsepersonell som behandler pasienten.

Når man får tilgang til en oppdatert oversikt over pasientens legemidler som har høy kvalitet, kan dette gi store nytteeffekter for samfunnet. Økt pasientsikkerhet kan bidra til at pasienter får økt livskvalitet og flere leveår. Det kan også bidra til at flere står i arbeid (økt produksjonsverdi) og kostnadene ved å behandle syke går ned, blant annet som følge av færre innleggelser på grunn av legemiddelfeil. I tillegg vil reduksjon av tiden helsepersonell bruker på å samstemme legemiddellisten kunne frigjøre tid til annet arbeid innen pasientbehandling.

Elektronisk løsning for multidose i e-resept vil øke pasientsikkerheten for pasienter som får sine legemidler administrert via multidoseordningen. Dagens doble forskrivningsrutiner elimineres og vil redusere dobbeltforskrivning til multidosepasienter. Så lenge man har både papirresepter og e-resepter i parallell, er det fare for feilforskrivning. Nødvendige avklaringer mellom lege og multidoseapotek skjer via elektronisk dialog i PLL-meldingen.

Helsepersonell med tjenstlig behov vil ha tilgang til kritisk informasjon, journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten samt komplett oversikt over laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt.

Kritisk informasjon i kjernejournal gir helsepersonell i en behandlingssituasjon tilgang til informasjon om pasienten som kan være kritisk. Det kan være allergier, implantater, sjeldne alvorlige tilstander eller tidligere komplikasjoner ved anestesi.

Kritisk informasjon gir nytte for helsepersonell både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Tilgang på kritisk informasjon i kjernejournal kan ha avgjørende betydning for å unngå pasientskade. Informasjon om allergier eller andre medisinske tilstander som er viktige i forbindelse med legemiddelbruk er også relevante å kjenne til for helsepersonell i apotek, for eksempel ved utlevering av legemidler eller vaksinasjon i apotek.

Behandlerne, lege, og i noen tilfeller sykepleier eller psykolog, registrerer kritisk informasjon i samråd med pasienten både i eget journalsystem og i kjernejournal. Det er mange eksempler på at mangel på opplysninger om en pasients kritiske informasjon øker risikoen for pasientskader, og kan sette pasientens liv i fare. Før kjernejournal ble innført var det ingen mulighet for elektronisk deling av slik informasjon på tvers av tjenestestedet annet enn ved en-til-en-meldinger og varselkort som pasienten bar på seg.

Deling av journaldokumenter mellom aktører gjør det mulig for helsepersonell å få tilgang til journalopplysninger på tvers av virksomheter, regioner og omsorgsnivåer. Dette gjør det mulig raskt å innhente eventuelle journalopplysninger som ikke er mottatt eller innhentet allerede. Journalinnsyn med dokumentdeling vil i mange behandlingssituasjoner kunne gi bedre grunnlag for beslutninger om diagnostikk og behandling, noe som kan gi bedre kvalitet i tjenestene, bidra til styrket pasientsikkerhet og redusere uønskede hendelser.

Det å gi helsepersonell tilgang til svrappporter fra laboratorie- og radiologivirksomheter vil gi raskere tilgang på informasjon i stedet for ny rekvirering eller henvisning, og vil redusere tidsbruk for både helsepersonell og innbygger. Innbyggere vil oppleve redusert belastning og slipper usikkerhet ettersom ventetiden blir kortere. I tillegg til gode effekter for innbyggere og helsepersonell, vil tjenesten bidra til reduserte kostnader knyttet til unngått prøvetakning.

Veikartet viser at det å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger er et viktig skritt på veien til å realisere pasientens helsetjeneste og gi innbyggerne gode og sammenhengende helsetjenester. Sektoren er nå i en brytningstid hvor aktørene ønsker å dra i samme retning og lage felles planer. Tjenestene i veikartet sammen med den betydelige innsatsen som legges ned i digitaliseringen og innovasjon i sektoren for øvrig, peker fram mot en tid hvor målene i Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal ikke lenger er langsiktige mål, men en realitet.

6 Anbefalinger for veien videre

Dette kapitlet oppsummerer noen anbefalinger for videre arbeid på veikartet.

Det er behov for en transparent og omforent prosess for hvordan aktørene i helse- og omsorgssektoren velger tiltak som krever nasjonal innsats

Veikartet skal blant annet skape forutsigbarhet for aktørene i helse- og omsorgstjenesten og leverandørene. Det skal være tydelig når ulike nasjonale e-helseløsninger og tjenester er tilgjengelig for tilrettelegging hos den enkelte aktør og når aktørene tar tjenesten i bruk. Dette tilsier at aktørene i større grad fremover må sette felles mål.

Pågående endringer i nasjonal styringsmodell, nasjonal portefølje og selve veikartarbeidet har fokus på dette, men vil måtte følges opp av den enkelte aktør og aktørgruppe. Gode prosesser for dette er også viktig i utarbeidelse av ny e-helse strategi og støttes opp av prosess for investeringer som medfører forvaltningskostnader for nasjonale e-helseløsninger.

Det er behov for bedre underlag for å vurdere gevinsten av de ulike tjenestene på de nasjonale e-helseløsningene

Beslutningstakere er avhengig av å få tydeliggjort hvilke gevinster de ulike tjenestene vil gi for innbygger, helsepersonell og for virksomheten for øvrig. Arbeidet med veikart viser at dette ikke kommer tydelig frem for alle tjenester. For tjenester som det besluttes at det skal skje en nasjonal tilrettelegging, er det også behov for at det utarbeides en samfunnsøkonomisk analyse der gevinsten blir kvantifisert, slik at det kan inngå som et grunnlag for prioritering av tiltakene som inngår i veikartet. Her foregår det arbeid i program digital samhandling.

Det er behov for bedre oversikt over hvem som har tatt i bruk de ulike tjenestene på de nasjonale e-helseløsningene og hvilke erfaringer sluttbrukerne gjør seg

Tjenestene på de nasjonale e-helseløsningene blir tilgjengeliggjort hos den enkelte aktør ved at aktørens journalleverandører kobler seg på de nasjonale grensesnitt som er tilgjengelige. Det er derfor mulig å få oversikt over hvilke aktører som har innført tjenestene. Arbeidet med veikartet viser imidlertid at det i dag ikke finnes en enkel måte å skape oversikt over hvem som har tatt i bruk de ulike tjenestene på de nasjonale e-helseløsningene og hvilke erfaringer sluttbrukerne gjør seg. En slik oversikt er nødvendig for å kunne identifisere og prioritere tiltak i fellesskap for å sikre gevinstene av investeringene. Det bør arbeides med datagrunnlag, bruksstatistikk og enda tydeligere definisjoner på hvor man er i videre veikartsarbeid.

Det er behov for å holde veikartet oppdatert, og innholdet bør være lett tilgjengelig i en nettleser

Veikartet, i form av et dokument, har sine begrensinger både i fremstilling og utfordringer med forvaltning. Det gir et øyeblikksbilde over planene for de ulike tiltakene slik de foreligger når dokumentet blir utarbeidet. Disse planene vil endres av forskjellige grunner. I tillegg vil aktørene ha behov for ulikt detaljeringsnivå på veikartet og ønske at ulike aspekter ved veikartet blir synliggjort på en oversiktlig måte for å støtte deres beslutningsprosesser. Det har vist seg krevende å dekke alle disse behovene gjennom et dokument. Anbefalingen er at det etableres en innholdsløsning der veikartet blir oppdatert når planer endrer seg, samt at presentasjonen tilpasses ulike målgrupper. Dette er et mål for veikartarbeidet i 2022.

Det er behov for å utvide omfanget av veikartet

Denne første versjonen av veikartet har tatt for seg pågående utvikling og innføring av de nasjonale e-helseløsningene og avhengighetene til helhetlig samhandling og felleskomponenter i grunnmuren. For å sikre riktig prioritering bør det i senere versjoner også innarbeides behov fra andre tiltak i sektoren. Dette arbeidet vil starte i neste versjon av veikartet.

7 Referanser

1. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, Meld. St 7 (2019-2020).*
2. **Direktoratet for e-helse.** *Sentralt styringsdokument for Akson; Bilag G2 - Helhetlig samhandling.* Oslo : Direktoratet for e-helse, 2020.
3. —. *Tilgangsstyring i helse- og omsorgssektoren. Anbefaling av tillitsmodell for data- og dokumentdeling.* 2019. HITR 1223:2019.
4. **Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF.** *Felles plan 2021 - Helhet og sammenheng - bedre journal- og samhandlingsløsninger.* 2021.
5. **Direktoratet for e-helse.** *Realisering av målbildet i Nasjonal helse- og sykehusplan - Direktoratet for e-helses vurdering av måloppnåelse, risiko og avhengigheter.* 2021.

8 Figurliste

Figur 1 Innhold i målbilde for helhetlig samhandling	14
Figur 2 Eksisterende (mørkegrønn) og ny (lysegrønn samhandlingsfunksjonalitet som kommer i veikartsperioden. Informasjonstjenester plassert øverst er høyest prioritert av helsepersonell. Oversikten viser ikke samhandling med andre kommunale og statlige tjeneste	16
Figur 3 Oversikt over digitale tjenester tilgjengelige for innbygger gjennom Helsenorge.....	23
Figur 4 Oversikt over lokale og regionale tjenester som er tilgjengelig for innbygger gjennom Helsenorge.....	25
Figur 5 Oversikt over tjenester i kjernejournal.....	33
Figur 6 Oversikt over status for innføring av muligheten til å lese og oppdatere kritisk informasjon gjennom Helsepersonellportalen i kjernejournal	36
Figur 7 Oversikt over status for tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten for å tilgjengeliggjøre journaldokumenter	36
Figur 8 Oversikt over tjenestene i e-resept	38
Figur 9 Oversikt over status for utvikling og innføring av e-resept til rekvirenter	40
Figur 10 Oversikt over status for utvikling og innføring av elektronisk multidose.....	42
Figur 11 Oversikt over status for utvikling og innføring av pasientens legemiddelliste	42
Figur 12 Oversikt over komponenter i Digital hjemmeoppfølging	44
Figur 13 Oversikt over veikart for tiltakene som er i fase nasjonal tilrettelegging, tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten eller endring i virksomhetene. Siden variasjonen i status og planer er stor for ulike aktører på Helsenorge, er også de ulike tjenestene illustrert med flere av fasefargene.....	47
Figur 14 Foreløpig veikart for tilgjengeliggjøringen av lokale og regionale tjenester via Helsenorge. Siden variasjonen i status og planer er stor for ulike aktører på Helsenorge, er også de ulike tjenestene illustrert med flere av fargene på fasene.....	49
Figur 15 Oversikt over veikart for realisering av pasientens legemiddelliste	53
Figur 16 Oversikt over veikart for registrering og lesing av kritisk informasjon.....	56
Figur 17 Oversikt over veikart for tilgjengeliggjøring av dokumenter fra spesialisthelsetjenesten gjennom kjernejournal.....	59
Figur 18 Oversikt over veikart for tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt.....	65
Figur 19 Oversikt over veikart for tiltak knyttet til elektronisk meldingsutveksling	67
Figur 20 Oversikt over veikart for sentrale tiltak for utprøving og utvikling av tjenester for digital hjemmeoppfølging.....	71
Figur 21 Oversikt over sammenhengen mellom tiltak i veikartet og modernisering av tillitstjenester og grunndata.....	75
<i>Figur 22 Modernisering og tilrettelegging av EPJ-systemer for datadeling ved innføring av strukturerte data, åpne API og felles språk.....</i>	<i>79</i>

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no