



Direktoratet for  
e-helse

# Sentralt styringsdokument

Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg G Omfang

IE-1087

**Publikasjonens tittel:**

Sentralt styringsdokument  
Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg G: Omfang

**Rapportnummer**

IE-1087

**Utgitt:**

Januar 2022

**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](http://www.ehelse.no)

# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrunn og historie.....</b>	<b>7</b>
2.1	Veien mot hovedmålene i én innbygger – én journal .....	7
2.2	Veien frem til samhandlingsområdene og tiltakene for steg 2.....	9
<b>3</b>	<b>Oversikt over samhandlingsområder og tiltak .....</b>	<b>12</b>
3.1	Samhandlingsområder vurdert for omfang steg 2.....	12
3.2	Tiltak fordelt på samhandlingsområder.....	13
3.3	Hvordan tiltakene er beskrevet.....	14
<b>4</b>	<b>Pasientens legemiddelliste .....</b>	<b>16</b>
4.1	LM-1 Videre innføring av pasientens legemiddelliste.....	17
4.1.1	Måloppnåelse.....	17
4.1.2	Beskrivelse av omfang .....	19
<b>5</b>	<b>Dokumentdeling .....</b>	<b>22</b>
5.1	JD-1 Videre innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører .....	23
5.1.1	Måloppnåelse.....	23
5.1.2	Beskrivelse av omfang .....	25
5.2	JD-2 Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD/KAD til andre aktører .....	29
5.2.1	Måloppnåelse.....	29
5.2.2	Beskrivelse av omfang .....	31
5.3	JD-3 Innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til andre aktører .....	33
5.3.1	Måloppnåelse.....	33
5.3.2	Beskrivelse av omfang .....	35
5.4	JD-4 Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører.....	37
5.4.1	Måloppnåelse.....	37
5.4.2	Beskrivelse av omfang .....	39
<b>6</b>	<b>Kritisk informasjon .....</b>	<b>42</b>
6.1	KI-1 Spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon .....	43
6.1.1	Måloppnåelse.....	43
6.1.2	Beskrivelse av omfang .....	44
6.2	KI-2 Fastleger og avtalespesialister tar i bruk API for å dele kritisk informasjon ...	47
6.2.1	Måloppnåelse.....	47

6.2.2	Beskrivelse av omfang .....	48
6.3	KI-3 Kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk API for å dele kritisk informasjon .....	50
6.3.1	Måloppnåelse .....	50
6.3.2	Beskrivelse av omfang .....	51
6.4	KI-4 Resterende helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon .....	53
6.4.1	Måloppnåelse .....	54
6.4.2	Beskrivelse av omfang .....	55
<b>7</b>	<b>Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner.....</b>	<b>58</b>
7.1	DBEP-1 Innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan for enkelte behandlingsgrupper .....	62
7.1.1	Måloppnåelse .....	62
7.1.2	Beskrivelse av omfang .....	63
<b>8</b>	<b>Datadeling for digital hjemmeoppfølging.....</b>	<b>65</b>
8.1	DHO-3 Utvikling av tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging .....	67
8.1.1	Måloppnåelse .....	67
8.1.2	Beskrivelse av omfang .....	69
<b>9</b>	<b>Overordnede arkitekturbeskrivelser for samhandling steg 2.....</b>	<b>72</b>
9.1	Pasientens legemiddelliste .....	74
9.2	Dokumentdeling .....	75
9.3	Kritisk informasjon .....	76
9.4	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner .....	77
9.5	Datadeling for digital hjemmeoppfølging.....	78
<b>10</b>	<b>Referanser.....</b>	<b>79</b>

# 1 Innledning

Dette dokumentet er et vedlegg til sentralt styringsdokument for steg 2 for digital samhandling, som er et svar på Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til Direktoratet for e-helse datert 18. desember 2020 og 16. juni 2021 (konkretisering av oppdraget).

Omfanget som er beskrevet i dokumentet er bredere enn det som foreslås som steg 2 i sentralt styringsdokument da det har vært gjennomgått en kostnad og nytte-vurdering og prioritering (se Vedlegg K *Prioritering av tiltak i steg 2* for å få et definert omfang for gjennomføring. Det er vurdert slik at det likevel er viktig å få frem hvilke muligheter som har vært diskutert og dette dokumentet inneholder derfor dette omfanget. Kapittel 2.2 beskriver mer om denne prosessen.

Dokumentet er skrevet slik at det kan leses selvstendig.

Tabell 1 viser koblingene av omfang prioritert for steg 2 mot tiltaks-ID-ene som er beskrevet i dette dokumentet.

Tabell 1 Kobling tiltak og omfang steg 2

Arbeidsomfang i steg 2	Tiltaks-ID	
<b>Samhandlingsområdet dokumentdeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Videre innføring av dokumentdeling fra helseforetakene</li> </ul>	JD-1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sikre at kjernejournal innføres i pleie- og omsorgssektoren</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sikre at delte journaldokumenter kan leses av alle som har tjenstlig behov og tilgang til kjernejournal</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definere hvilke samarbeidsområder aktørene i helse- og omsorgssektoren skal danne for å kunne dele dokumenter, og avklare hvilke typer dokumenter som skal deles</li> </ul>	JD-1, JD-2, JD-3, JD-4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gjennomføre utprøving av dokumentdeling fra avtalespesialister, legevakt og ØHD/KAD</li> </ul>	JD-1, JD-2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Innføre dokumentdeling for alle aktuelle avtalespesialister, legevakter og ØHD/KAD</li> </ul>	
<b>Samhandlingsområdet kritisk informasjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetakene prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon.</li> </ul>	KI-1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fastleger og avtalespesialister prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon</li> </ul>	KI-2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sykehjem og ØHD/KAD prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon</li> </ul>	KI-3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utvikling av tjenester for datadeling som også dekker behov knyttet til digital hjemmeoppfølging</li> </ul>	DHO-3

Arbeidsomfang i steg 2		Tiltaks-ID
<b>Samhandlingsområdet datadeling for digital hjemmeoppfølging</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Videreutvikle tjenestene for datadeling til å håndtere større grad av strukturert informasjon</li> </ul>	
<b>Samhandlingsområdet pasientens legemiddelliste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Videre innføring av e-multidose</li> <li>• Innføring av pasientens legemiddelliste i område for område</li> </ul>	LM-1

Det er et samhandlingsområde, *digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner*, og et tiltak, *KI-4 Resterende helseaktører tar i bruk API for kritisk informasjon*, som ikke er foreslått i omfang for steg 2. Begrunnelsen for dette er beskrevet i Vedlegg K Prioritering av tiltak til steg 2. De er med her for dokumentasjonens skyld, men markert tydelig at de ikke er del av omfanget for steg 2 slik det er foreslått i sentralt styringsdokument.

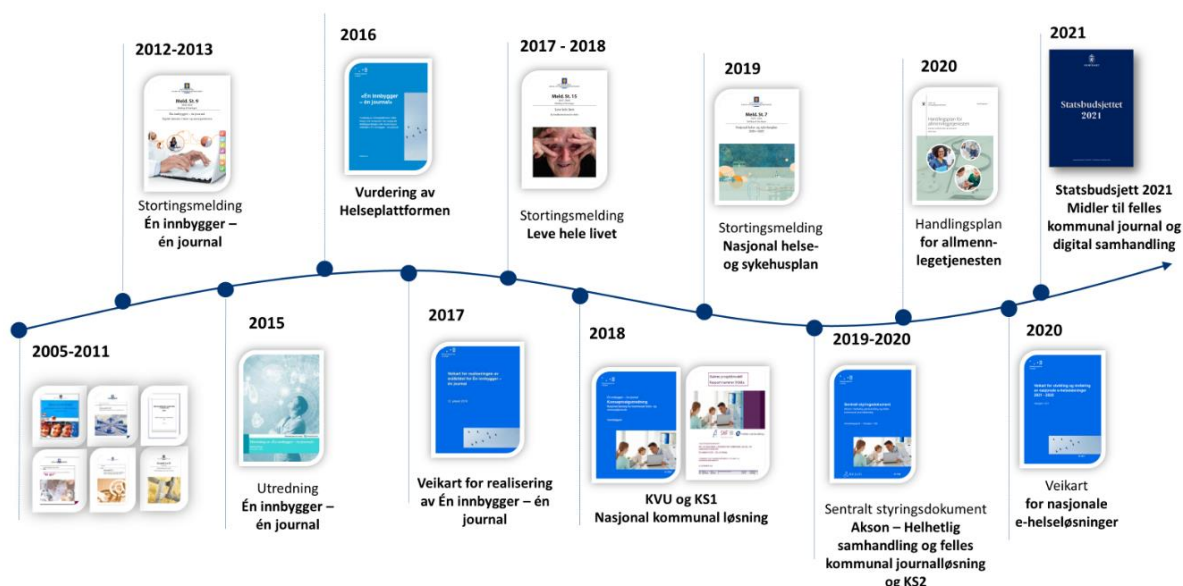
## 2 Bakgrunn og historie

### 2.1 Veien mot hovedmålene i én innbygger – én journal

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

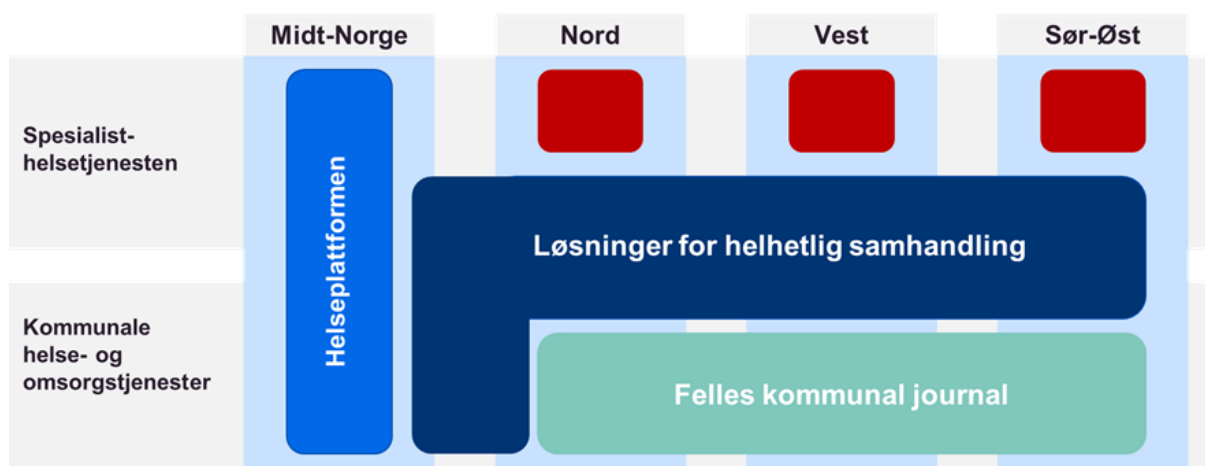
1. Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til helseopplysninger
2. Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
3. Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

Siden 2012 har det pågått en rekke planleggings- og utviklingsaktiviteter i regionene for å understøtte målene. Samtidig har overordnede planer (1) (2) (3) og reformer gitt retning for ønsket utvikling.



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

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



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

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

Målbildet for samhandling inkluderer muligheten til å skaffe oversikt over innbyggerens tilstand og behov for helsehjelp, kunne gjøre oppslag i tidligere journalopplysninger, anmode om eller bestille tjenester og ytelser med svar samt kommunisere om saksbehandling, innhente innbyggerens opplysninger, slå opp i generelle informasjonskilder (grunndata), rapportere egen aktivitet og arrangere og delta i møter, konsultasjoner og samtaler. Målbildet begrenser seg til å understøtte deling av informasjon for ytelse av helse- og omsorgshjelp. Dette inkluderer å sikre kontinuitet i direkte helsehjelp, for eksempel når innbygger beveger seg mellom ulike virksomheter eller skrives ut fra sykehus, og å sikre samhandling med medisinsk utstyr når det benyttes digital hjemmeoppfølging. Målbildet inkluderer også å understøtte samhandling med andre tjenester og aktører utenfor helse- og omsorgstjenesten der det har betydning for helsehjelpen (eks hjelpemidler fra NAV), eller administrative sider av helse- og omsorgshjelpen som følges opp av aktører utenfor helsetjenesten (eks HELFO, nasjonale helseregistre) (4).

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



som viser sammenhengen og avhengighetene mellom de ulike tiltakene i sektoren og hvordan de bidrar til at nasjonale e-helseløsninger blir tatt i bruk. Veikart for nasjonale e-helseløsninger 2021-2025 kom i 2020. For å få en oversikt over hvor langt sektoren var kommet i endringsprosessene knyttet til de nasjonale e-helseløsningene ble det etablert en verdikjede med ulike faser for tilrettelegging og tilgjengeliggjøring av nasjonale e-helseløsninger (5). Denne verdikjeden er videreført i dette arbeidet med vurdering av aktuelle tiltak for steg 2 i program digital samhandling.

Parallelt med at helseregionene har innført og videreutviklet sine regionale journalløsninger, har det blitt stilt krav til denne utviklingen for å sikre at det nasjonale målbildet understøttes (6). Med etablering av selskapet Felles kommunal journal interim A/S er det tatt et viktig og nytt steg i samarbeidsprosjektet mellom kommune og stat for å få til bedre samhandling og et journalløft for kommunene.

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

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

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

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

## **2.2 Veien frem til samhandlingsområdene og tiltakene for steg 2**

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

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

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

Forprosjektet gjennomførte i begynnelsen av 2021 dialogmøter med henholdsvis Norsk helsenett SF, KS og kommuner, RHF-er og Legeforeningen. Formålet med dialogmøtene var å få innspill til det pågående arbeidet med å koble helhetlig samhandling med veikartet, hvordan arbeidet kan organiseres og få frem alternativer for innretning og gjennomføring av forprosjektet. Veikart for nasjonale e-helseløsninger 2021 – 2025 viser et situasjonsbilde av de nasjonale e-helseløsningene og inneholder konsepter som skal redusere samhandlingsutfordringen i helse- og omsorgssektoren (5).

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

Veikart for nasjonale e-helseløsninger omfatter syv hovedområder:

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

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

Med dette som utgangspunkt har forprosjektet gjennomført en prioriteringsprosess for å avgrense omfanget av tiltak som skal inngå i steg 2. Totalt fem samhandlingsområder med 18 tiltak ble vurdert i prioriteringsprosessen. Mer om dette er beskrevet i Vedlegg K Prioritering av tiltak i steg 2. Alle samhandlingsområdene, men kun 11 tiltak, ble anbefalt for videre arbeid. Tiltakene som ble anbefalt sammenfaller med de informasjonsbehovene som ble prioritert høyest i arbeidet med løsningsomfang i Akson, jf. Vedlegg G2 (4).

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

I det videre arbeidet ble de 11 tiltakene ytterligere beskrevet og vurdert. Blant annet ble samhandlingsområdet digitale behandling- og egenbehandlingsplaner og tiltaket KI-4 Resterende helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon vurdert ut av omfanget for steg 2. Prosessen er beskrevet i Vedlegg K Prioritering av tiltak i steg 2.

Det endelige anbefalte omfanget for steg 2 er kort beskrevet i det sentrale styringsdokumentet og ytterligere beskrevet i dette dokumentet, samt Vedlegg K.

## 3 Oversikt over samhandlingsområder og tiltak

I dette kapitlet beskrives overordnet de fem samhandlingsområdene og de 11 tiltakene som er vurdert for steg 2. Endelig omfang for steg 2 er beskrevet i

Tabell 1 Kobling tiltak og omfang steg 2.

Tiltaksbeskrivelsene i de påfølgende kapitlene er beskrevet på et nivå som skal gi grunnlag for forståelse av omfang som utgangspunkt for kost-/nytteanalyse og gjennomføringsstrategi for steg 2. Sentralt styringsdokument for steg 2 sitt Vedlegg A Sentrale begreper inneholder forklaring av viktige begreper også for omfangsbeskrivelsen.

Tiltaksbeskrivelsene er resultat av en kartleggingsfase i regi av forprosjektet i program digital samhandling. Tiltakene er beskrevet i samarbeid med aktører som er involvert i pågående tiltak i veikartet for nasjonale e-helseløsninger, se tabellen under. Denne prosessen har foregått i perioden mai-august 2021.

### 3.1 Samhandlingsområder vurdert for omfang steg 2

Tabell 2 gir en enkel oversikt over de fem områdene som er beskrevet i dokumentet og hvilke aktører som forprosjektet har hatt dialog med underveis. Samhandlingsområdet DBEP er underveis i prosessen vurdert utenfor omfang i steg 2, se Vedlegg K Prioritering av tiltak til steg 2 for begrunnelse av dette.

Tabell 2 Samhandlingsområder i omfang for steg 2

ID	Navn på samhandlingsområde	Kort beskrivelse	Aktører som har vært i dialog med forprosjektet
LM	Pasientens legemiddelliste	Pasientens legemiddelliste (PLL) skal etablere og tilgjengeliggjøre pasientens legemiddelopplysninger i én felles nasjonal oversikt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direktoratet for e-helse, Program pasientens legemiddelliste</li> </ul>
JD	Dokumentdeling	Samhandling gjennom deling av journaldokumenter på tvers av forvaltningsnivåer ved bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Helse Sør-Øst RHF</li> <li>Norsk helsenett SF</li> <li>Direktoratet for e-helse, EPJ-løftet</li> <li>KS</li> <li>Helse Vest IKT</li> </ul>
KI	Kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av aktørene i helse- og omsorgstjenesten gjennom et felles grensesnitt i kjernejournal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Helse Vest IKT</li> <li>Norsk helsenett SF</li> <li>Direktoratet for e-helse, EPJ-løftet</li> <li>KS</li> </ul>

<b>DBEP</b>	<b>Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner</b>	Behandlings- og egenbehandlingsplan kan deles med pasient og helsepersonell på tvers av forvaltningsnivå gjennom kjernejournal og Helsenorge	<ul style="list-style-type: none"> <li>Helsedirektoratet</li> </ul>
<b>DHO</b>	<b>Datadeling for digital hjemmeoppfølging</b>	Pasienten følges opp i hjemmet ved at f.eks. pasientens egenmålinger, pasientrapporterte opplysninger om egen helsetilstand eller automatiske målinger, sendes digitalt til helsetjenesten, som vurderer og ved behov følger opp pasienten primært via digitale verktøy.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nasjonalt velferdsteknologiprogram, prosjektet DHO infrastruktur og arkitektur</li> <li>Norsk helsenett SF</li> </ul>

## 3.2 Tiltak fordelt på samhandlingsområder

Tabell 3 gir en oversikt over de tiltakene som er beskrevet i dokumentet med en tilhørende kort beskrivelse. Tiltakene DBEP-1 og KI-4 er underveis i prosessen vurdert utenfor omfang for steg 2, se Vedlegg K Prioritering av tiltak til steg 2 for begrunnelse av dette.

Tabell 3 Kort beskrivelse av tiltak per samhandlingsområde

Tiltaks-ID	Navn på samhandlingsområde/tiltak	Kort beskrivelse
<b>LM</b>	<b>Pasientens legemiddelliste</b>	
<b>LM-1</b>	Videre innføring av pasientens legemiddelliste	Koordinere nasjonal innføring av pasientens legemiddelliste (PLL), Sentral forskrivningsmodul (SFM) og elektronisk multidose
<b>JD</b>	<b>Dokumentdeling</b>	
<b>JD - 1</b>	Videre innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører	Spesialisthelsetjenesten skal kunne dele journaldokumenter med andre aktører og innbyggere, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen, samt at aktører med tjenstlig behov og tilgang til kjernejournal kan få tilgang til dokumentene.
<b>JD - 2</b>	Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD/KAD til andre aktører	Legevakt og ØHD/KAD skal kunne dele journaldokumenter med andre aktører og innbyggere, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
<b>JD - 3</b>	Innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til andre aktører	Aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste skal kunne dele journaldokumenter med andre aktører og innbyggere, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
<b>JD - 4</b>	Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører	Fastleger skal kunne dele journaldokumenter med andre aktører og innbyggere, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
<b>KI</b>	<b>Kritisk informasjon</b>	
<b>KI - 1</b>	Spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon skal kunne endres og deles av alle aktører i spesialisthelsetjenesten gjennom felles grensesnitt i kjernejournal

<b>KI - 2</b>	Fastleger og avtalespesialister tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon skal kunne endres og deles av fastleger og avtalespesialister gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
<b>KI - 3</b>	Kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon skal kunne endres og deles av kommunale helse- og omsorgstjenester gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
<b>KI - 4</b>	Resterende helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon skal kunne endres og deles av andre helseaktører enn de som er beskrevet i andre tiltak, gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
<b>DBEP</b>	<b>Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner</b>	
<b>DBEP - 1</b>	Innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan for enkelte behandlingsgrupper	Innføring av løsning for digital behandlings- og egenbehandlingsplan hos aktører i én helseregion.
<b>DHO</b>	<b>Datadeling for Digital hjemmeoppfølging</b>	
<b>DHO-3</b>	Utvikling av tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging	Tiltaket skal utvikle tjenester for datadeling som kan brukes for å gjøre data fra digital hjemmeoppfølging tilgjengelig via grensesnitt, slik at helsepersonell og innbyggere, enkelt kan få tilgang til aktuelle data

### 3.3 Hvordan tiltakene er beskrevet

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

Tiltakene beskrives innenfor to hovedområder; måloppnåelse og beskrivelse av omfang. Beskrivelsen av omfang peker blant annet på elementer som driver kostnader. Tabell 4 viser hvilke delkapitler hver av disse innehar og en beskrivelse.

Tabell 4 Leseforklaring til tiltaksbeskrivelsene

Kapittel	Beskrivelse
<b>Måloppnåelse</b>	
Beskrivelse	Kapittelet beskriver hva tiltaket skal løse og hvordan det skal løses.
Veikartfase	<p>Kapittelet beskriver i hvilken fase tiltaket estimert er per 2023 og hvor tiltaket vil være etter gjennomføring av steg 2. Fasene er hentet fra «Veikart for nasjonale e-helseløsninger» (5) og det henvises til kap. 1.3.1 der for detaljert beskrivelse av de ulike fasene.</p>  <p>Disse fasene er en forenkling av den faktiske gjennomføringen og et tiltak kan i teorien være i flere faser samtidig og foregå i flere iterasjoner.</p>

	<p><i>Konseptfase (grå):</i> Denne fasen skal etablere et konsept for den nasjonale tjenesten og gi god forståelse for arbeidet som kreves i de etterfølgende fasene for at den nye tjenesten skal bli tatt i bruk hos berørte aktører.</p> <p><i>Nasjonal tilrettelegging (gul):</i> I denne fasen utvikles tjenesten, nødvendige standarder etableres, helsefaglige veiledere utarbeides, forskrifter endres og lignende. Som en del av denne fasen skal tjenesten testes og utprøves med et mindre antall aktører.</p> <p><i>Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten (blå):</i> I denne fasen overføres ansvaret til hver enkelt virksomhet og de må legge til rette i lokal infrastruktur, gjennomføre nødvendige endringer i prosesser og organisasjon for å tilgjengeliggjøre tjenesten til brukerne sine.</p> <p><i>Endring i virksomhetene (lys grønn):</i> Denne fasen innebærer mye av det samme som den forrige, men i større grad fokus på den organisatoriske. Blå og lysegrønn fase omtales sammen som «innføring».</p>
Resultatmål	Kapittelet beskriver hvilke resultatmål som er satt for tiltaket.
Informasjonstjenester og -behov	Kapittelet lister opp hvilke informasjonstjenester og -behov som tiltaket berører. Listen med informasjonstjenester og -behov er hentet fra bilag G2 (4) i Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning.
Samsvar med sektorens prioriteringer	Helse- og omsorgssektoren har i ulike fora prioritert hvilke behov og tiltak de mener bør realiseres først. Kapittelet beskriver hvordan tiltaket er i samsvar med de ulike prioriteringene.
<b>Beskrivelse av omfang</b>	
Juridisk samhandlingsevne	Kapittelet beskriver hva som er nødvendig for å sikre juridisk samhandlingsevne for det som tiltaket omhandler. Det inkluderer å identifisere om det er behov for regelverksutvikling for å bl.a. etablere rettsgrunnlag for løsningene.
Organisatorisk samhandlingsevne	Kapittelet beskriver hva som er nødvendig for å sikre organisatorisk samhandlingsevne. Det inkluderer blant annet å identifisere arbeidsprosesser som må endres, opplæringsbehov og omtale av roller og ansvar.
Semantisk samhandlingsevne	Kapittelet beskriver hva som er nødvendig for å sikre semantisk samhandlingsevne. Dette inkluderer blant annet å identifisere nødvendig arbeid med begreper og standardisering av informasjonsmodeller.
Teknisk samhandlingsevne	Kapittelet beskriver hva som er nødvendig for å sikre teknisk samhandlingsevne. Dette inkluderer blant annet å identifisere teknisk utvikling eller tilrettelegging av nasjonale løsninger, integrasjoner eller andre tilpasninger i lokale løsninger.
Forutsetninger og avhengigheter	Kapittelet beskriver kjente forutsetninger og avhengigheter for tiltaket.

## 4 Pasientens legemiddelliste

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

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

Pasientens legemiddelliste medfører endring av arbeidsprosesser og berører et stort antall helsepersonell. For å innføre PLL på en effektiv måte, er det etablert et nasjonalt program, pasientens legemiddelliste, der Direktoratet for e-helse, i samarbeid med Norsk helsenett SF, bistår aktørene med innføring. Programmet har flere prosjekter hvor Norsk helsenett SF har en viktig rolle i utviklingen av løsningene. Virksomhetene vil selv være ansvarlig for opplæringen og innføring, samt realisering av gevinstene.

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

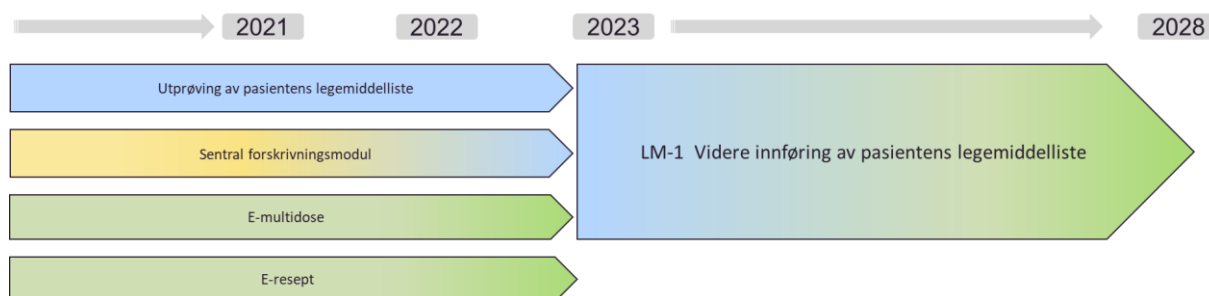
I 2018 startet utviklingen av sentral forskrivningsmodul (SFM) som er et verktøy som skal bidra til et enhetlig grensesnitt mot innholdet i reseptformidleren. I tillegg til den eksisterende meldingsløsningen, tilbyr SFM to nye metoder for å koble seg mot reseptformidleren; SFM Basis API og SFM GUI. SFM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

*Multidose i e-resept* er et prosjekt som skal styrke pasientsikkerheten og har som oppgave å gjennomføre utprøving og innføring av e-multidose i samarbeid med de aktuelle aktørene, som er kommune/hjemmetjeneste, fastlegene, multidoseapotekene og EPJ-leverandørene. Multidose er maskinell pakking av legemidler i poser til personer som trenger hjelp til å dosere og huske å ta legemidlene sine, men brukes også i kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Multidoseansvarlig lege (ofte fastlege) viderefremmer fullstendig liste over alle legemidler og kosttilskudd som en multidosepasient bruker. Denne legemiddellisten kalles en "multidosemelding" og sendes via reseptformidleren til et apotek som har ansvar for pakking og leveranse av multidose. Prosjektet planlegger at elektronisk multidose er ferdig innført i løpet av 2024.

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



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



Figur 3 Tidslinje for tiltak knyttet til samhandlingsområdet pasientens legemiddelliste

Det er også et behov for funksjonalitet for å administrere legemidler, spesielt i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette behovet er ikke en del av omfang for steg 2, men kan vurderes i steg 3.

Tabell 5 Oppsummering av samhandlingsområde pasientens legemiddelliste

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

## 4.1 LM-1 Videre innføring av pasientens legemiddelliste

### 4.1.1 Måloppnåelse

#### 4.1.1.1 Beskrivelse

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

Tiltaket peker på tre hovedaktiviteter:

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

- Innføre elektronisk multidose

Innføringen av pasientens legemiddelliste vil involveres følgende aktører: fastlegekontor, kommunal helse- og omsorgstjeneste med legevakt, sykehjem, hjemmetjeneste og øyeblikkelig hjelp døgnenhet (ØHD), kommunal akutt døgnenhet (KAD), sykehus, avtalespesialister og apotek.

Utprøving og innføring av e-multidose skjer i samarbeid med de aktuelle aktørene, som er kommune/hjemmetjeneste, fastlegene, multidoseapotekene og EPJ-leverandørene.

#### 4.1.1.2 Veikartfase

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



Figur 4: Verdikjedefaser for tiltaket

#### 4.1.1.3 Resultatmål

- E-multidose er innført hos fastleger i løpet av 2024
- Pasientens legemiddelliste er prøvd ut og innført hos 80% av prioriterte aktører<sup>1</sup> i senest innen utgangen av 2028
- Innbygger og pårørende har digital tilgang til en oppdatert legemiddelliste innen utgangen av 2028

#### 4.1.1.4 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten *Legemidler og vaksiner* i målbilde for helhetlig samhandling gjennom behovene:

- Legemidler i bruk inkl. plan og historikk:
  - Legemidler i bruk (faste), inkl. "ved behov"-legemidler
  - Multidose
  - Midlertidige planlagte endringer (nulling, utsettelse)
  - Planlagte endringer (opp- og nedtrappinger, kurer, planlagt seponering)

<sup>1</sup> Fastlegekontor, sykehus, avtalespesialister, sykehjem, hjemmetjeneste, legevakt, ØHD/KAD og apotek

- Administrasjon (utdeling) av legemidler
  - Legemidler hentet på apotek
- Bestilling av legemidler
  - Legemidler til pasient (resept)
  - Ordinering av multidose til pasient

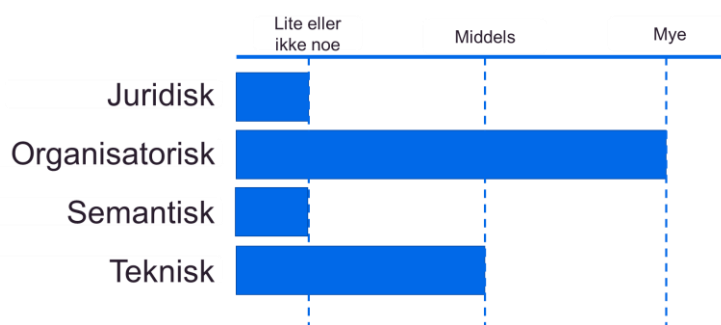
#### 4.1.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er høyt prioritert av sektoren, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

### 4.1.2 Beskrivelse av omfang

#### 4.1.2.1 Samhandlingsevne

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



Figur 5 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

##### 4.1.2.1.1 Juridisk

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

I program pasientens legemiddelliste er følgende avklart:

- Offentlig finansiering av SFM er ikke i strid med statsstøttereguleringen

- SFM er en legemiddelmodul som skal brukes i journalløsninger. Rekvirenter/helsevirksomheter er derfor dataansvarlig for opplysningene i SFM og har rettslig grunnlag i helsepersonells dokumentasjonsplikt og virksomheters plikt til å legge til rette for dette.

#### 4.1.2.1.2 Organisatorisk

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

Innføring av pasientens legemiddelliste medfører endring i arbeidsprosesser for mange klinikere. Leger på sykehjem, ØHD/KAD, fastlegekontorer, avtalespesialister, sykehus og legevakt skal kunne lese, opprette og oppdatere PLL fra sin journalløsning. Annet helsepersonell i de samme virksomhetene, samt helsepersonell i hjemmetjenesten, vil få tilgang til å lese PLL i journalløsningen. Dette gjelder også apotek. Innbyggere vil få tilgang via Helsenorge.

Omfanget av endringene som kreves for å realisere PLL gjør at det er avgjørende å sikre felles tilnærming og koordinering på tvers av aktører. Dette er spesielt viktig i forbindelse med oppstart med aktører rundt et helseforetak.

Innføring av e-multidose og pasientens legemiddelliste medfører nye og endrede arbeidsprosesser. Det er behov for:

- Opplæring i nye og endrede arbeidsprosesser for klinikere som blir berørt
- Opprette den første legemiddellisten for pasientene

Andre aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

- Sikre rutiner og prosesser for drift og forvaltning og at ansvaret for dette er avtalt, både for PLL og e-multidose

#### 4.1.2.1.3 Semantisk

Hovedkonseptet baserer seg på gjenbruk av dagens samhandlingsløsning e-resept. Informasjonsbehovet baseres på etablerte standarder og bruk av multidosemeldingen M25.1. Det benyttes HL7-FHIR profiler i SFM. Det er behov for å avklare hvordan legemiddelreaksjoner registrert i PLL forholder seg til legemiddelreaksjoner registrert som kritisk informasjon.

Det bør på sikt (utenfor steg 2) vurderes å gjøre en utredning av bruk og innføring av felles grunndata for legemiddelområdet, herunder virkestoffordinering basert på Felles språk. Dette har også RHF-ene påpekt i rapporten *Felles plan for strukturert journal i PAS/EPJ v.090 2021*. Endringer i grunndataene vil ha medføre endringer i reseptformidlerforskriften, og det vil ha konsekvenser vil for alle IKT-systemene som benytter legemiddelinformasjon, og det må derfor gjøres grundige kost/nytte vurderinger. Dette er *ikke* en forutsetning for innføring av pasientens legemiddelliste, som baserer seg på grunndata benyttet i e-reseptkjeden.

#### 4.1.2.1.4 Teknisk

Pasientens legemiddelliste skal realiseres ved å gjenbruke dagens nasjonale infrastruktur for deling av legemiddelopplysninger. Det vil si at opplysninger om pasientens

legemiddelbehandlinger skal deles via de nasjonale behandlingsrettede registrene reseptformidleren (RF) og kjernejournal (KJ), men også Helsenorge og HelseID vil bli brukt.

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

Aktørene som skal endre PLL må være påkoblet e-reseptkjeden. Dette kan gjøres ved at journalløsningen benytter sentral forskrivningsmodul (SFM) eller har direkteintegrasjon til reseptformidleren og/eller kjernejournal. Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF etablerer sentral forskrivningsmodul og denne utvikles som en del av de nasjonale løsningene for deling av legemiddelopplysninger. SFM benytter dagens e-reseptinfrastruktur og kjernejournal for at legemiddelopplysninger kan deles på tvers av virksomhetene i helsesektoren.

Sentral forskrivningsmodul kan tas i bruk på to ulike måter:

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

Aktiviteter i tiltaket som skal sikre teknisk samhandlingsevne:

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

#### **4.1.2.2 Forutsetninger og avhengigheter**

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

## 5 Dokumentdeling

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

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

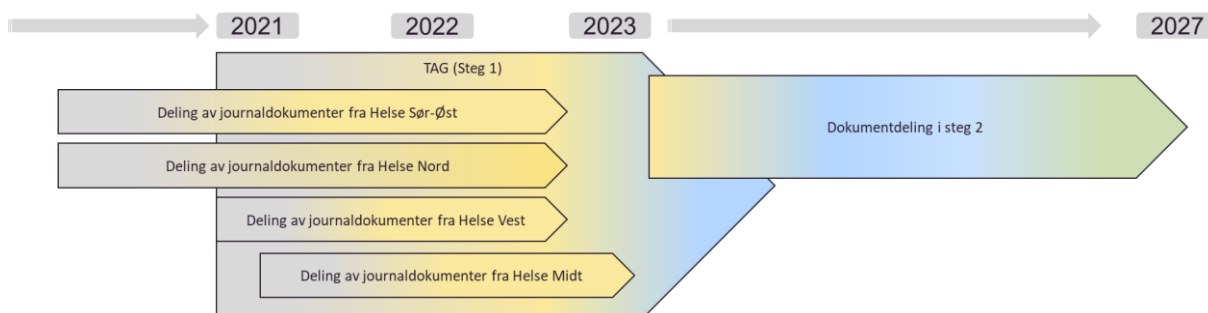
Det er laget en målarkitektur for nasjonal dokumentdeling (7) og det er i Helse Sør-Øst og Helse Nord gjennomført utprøving av dokumentdeling fra utvalgte helseforetak. Dokumentene er gjort tilgjengelige i kjernejournal for utvalgt helsepersonell. Etter utprøvingen er det fortsatt en begrensning på hvem som deler informasjon og hvem som kan slå opp informasjon. Frem mot 2023 skal alle helseforetak i disse regionene tilby deling av journaldokumenter.

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

Utbredelse av innsyn i journaldokumenter vil være avhengig av at det etableres en felles tillitsmodell for dokumentdeling, og moderniserte tillits- og grunndatatjenester. Tiltak på dette er derfor lagt til program digital samhandling Steg 1 og prosjektet Tillitstjenester, API-håndtering og Grunndata (TAG). Prosjektet har i tillegg overtatt ansvaret for å klargjøre de nasjonale løsningene for å starte innføring av tjenesten dokumentdeling slik at alle som skal kunne slå opp journaldokumenter, kan få muligheten til dette. Steg 2 vil være med på å få aktørene klare for dette.

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

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



Figur 6 Tidslinje for tiltak knyttet til samhandlingsområdet dokumentdeling

Tabell 6 Oppsummering av samhandlingsområde dokumentdeling

Behov som må dekkes	Konsept for tiltak	Nytte
Helseinformasjon som er registrert hos andre virksomheter er ofte ikke tilgjengelig for helsepersonell som behandler pasienten.	Informasjonstjenesten journaldokumenter gjøres tilgjengelig via grensesnitt i kjernejournal, slik at helsepersonell gjennom egen journalløsning, kan slå opp i aktuelle dokumenter som er lagret hos andre aktører.	Høyere kvalitet og økt pasientsikkerhet som følge av at helsepersonell får bedre beslutningsgrunnlag, samt at helsepersonell får enklere tilgang til relevant informasjon

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

### 5.1.1 Måloppnåelse

#### 5.1.1.1 Beskrivelse

Formålet med tiltaket er å tilrettelegge for at alle aktørene i spesialisthelsetjenesten kan dele journaldokumenter med andre aktører, gjennom gjenbruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen. Denne består av et nasjonalt koblingspunkt (XCA), sikkerhetsmodell og tillitstjenester og et brukergrensesnitt i kjernejournal. Det er tidligere utarbeidet en målarkitektur for nasjonal dokumentdeling (7) som vil være den konseptuelle beskrivelsen for dette tiltaket.

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

Etter utprøvingen har Helse Sør-Øst så langt har besluttet 63 dokumenttyper som kan deles gjennom kjernejournal. Av disse er 46 dokumenttyper ulike former for epikriser/sammenfatninger og 17 dokumenttyper omhandler bildeundersøkelser.

Helse Nord har tatt utgangspunkt i arbeidet som Helse Sør-Øst har gjennomført når det gjelder dokumenttyper som blir gjort tilgjengelige for innsyn gjennom kjernejournal. Helse Nord vil også dele dokumenter innenfor kategorien Henvisninger i utprøvingen.

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

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

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

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

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

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

### 5.1.1.2 Veikartfase

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



Figur 7: Verdikjedefaser for tiltaket

### 5.1.1.3 Resultatmål

- Helseforetakene deler utvalgte dokumenter til helsepersonell og innbygger
- Avtalespesialister prøver ut og deler utvalgte dokumenter til helsepersonell og innbygger



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

#### 5.1.1.4 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten *Journaldokumenter* i målbildet for helhetlig samhandling gjennom behovet:

- Journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten inkl. avtalespesialister

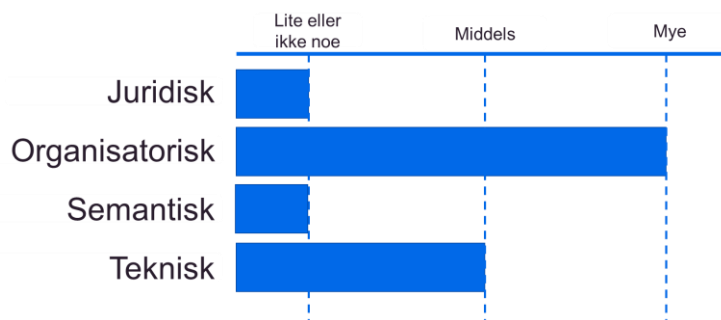
#### 5.1.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

### 5.1.2 Beskrivelse av omfang

#### 5.1.2.1 Samhandlingsevne

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



Figur 8 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

##### 5.1.2.1.1 Juridisk

I henhold til helsepersonelloven §§ 25 og 45 er det både adgang og en plikt til å dele helseopplysninger når dette er nødvendig for en forsvarlig helsehjelp, med mindre pasienten motsetter seg det. Slik tilgjengeliggjøring av journalopplysninger kan gjøres av det helsepersonellet som har dokumentert opplysningene eller den dataansvarlige for opplysningene. Det følger av pasientjournalloven § 19 at den dataansvarlige plikter å sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige for det personell som trenger dem, og at det er den dataansvarlige som bestemmer på hvilken måte opplysningene skal tilgjengeliggjøres. Det er et krav at opplysningene skal gjøres tilgjengelige på en måte som ivaretar informasjonssikkerheten. Helsepersonelloven § 45, som altså fastsetter plikt til å tilgjengeliggjøre journalopplysninger, regulerer imidlertid verken på hvilket tidspunkt eller på hvilken måte vurderingen av hvorvidt vilkårene for deling er oppfylt, skal gjøres.

Vurderingen av om vilkårene er oppfylt kan følgelig gjøres både ved en konkret forespørsel om deling av helseopplysninger, eller i forkant når opplysningene nedtegnes, uavhengig av om det er en konkret delingssituasjon eller om det vil komme til å bli en delingssituasjon på et senere tidspunkt. Det vil i praksis være det helsepersonellet som benytter opplysningene som vurderer hva som er relevante og nødvendige opplysninger i den konkrete helsehjelpssituasjon. Det følger av helsepersonellens individansvar at de opplysninger man tilegner seg er innen rammen av tjenstlig behov.

Hva kjernejournal kan inneholde er fastsatt i kjernejournalforskriften § 4. Det følger av § 4 første ledd nr. 7 at kjernejournal blant annet kan inneholde «*referanse til ytterligere informasjon, herunder epikriser, prøvesvar, billedundersøkelser og henvisninger*». Formålet med å inkludere referanser er å gi helsepersonellet som gjør oppslaget informasjon om at det kan foreligge opplysninger som er relevante, og hvor disse befinner seg, slik at helsepersonellet kan gjøre en henvendelse til den aktuelle virksomheten for å be om å få tilgjengeliggjort innholdet knyttet til referansen. Konseptet med dokumentdeling via kjernejournal tilrettelegger for at dette innholdet kan tilgjengeliggjøres på en enklere måte enn dagens metoder for å etterspørre tilsvarende opplysninger, og er dermed i samsvar med formålet. Det er dermed, etter Direktoratet for e-helse sin vurdering, denne bestemmelsen som gir det rettslige grunnlaget for tiltaket. Bestemmelsen danner dermed også rammen for hvilken type dokumenter som kan deles via kjernejournal.

I tillegg til bestemmelsen om hva kjernejournal kan inneholde, vil etter Direktoratet for e-helse sin vurdering, de andre bestemmelsene som regulerer kjernejournal også komme til anvendelse, og dermed danne rammen for dokumentdeling via kjernejournal. Eksempelvis gjelder dette kjernejournalens formål og bestemmelser om lagringstidsbegrensninger for enkelte kategorier referanser. Det følger av kjernejournalforskriften § 10 at referanser til ytterligere informasjon skal slettes etter en viss tid, som kan ha betydning for løsningen. Videre har den registrerte rett til å motsette seg at helseopplysninger behandles i kjernejournal, jf. pasientjournalloven § 13 tredje ledd andre punktum. Løsningen med dokumentdeling via kjernejournal vil da heller ikke være tilgjengelige for dem som har benyttet denne retten.

Forutsatt at tiltaket holdes innen ovennevnte rammer, forventes det som utgangspunkt ikke behov for å gjennomføre endringer i lov eller forskrift for å realisere tiltaket. Det er imidlertid enkelte forhold det er viktig å være oppmerksom på, som kan medføre behov for regelverksendringer:

- Dersom det velges en løsning som baserer seg på at det etableres separate samarbeidsområder, som beskrevet i *mållarkitektur for nasjonal dokumentdeling (7)*, vil dette kunne utgjøre egne registre som vil kreve særskilt rettsgrunnlag.
- Det kan videre være behov for at kravene til forhåndsvurdering av hvilke journalopplysninger som kan deles tydeliggjøres, eksempelvis i forskrift hjemlet i helsepersonelloven § 45 tredje ledd.
- Dersom det gjøres løsningsvalg som innebærer at man går utover de begrensninger som følger av regelverket som regulerer kjernejournal, eksempelvis lagringstidsbegrensninger for referanser, kan dette kreve endringer i kjernejournalregelverket.
- Videre har blant annet Datatilsynet stilt spørsmål ved hvorvidt løsningen innebærer at det vil være grunnleggende utfordringer knyttet til helseforetakenes/virksomhetenes mulighet til å følge opp dataansvaret og foreslåtte personopplysningssikkerhetstiltak. Særlig gjelder dette muligheten til reell tilgangsstyring og etterfølgende kontroll av logg. Dette er et forhold Direktoratet for e-helse ser nærmere på.
- Behov for regelverksendringer kan videre følge av tiltak knyttet til felles tillitsmodell mv. som utarbeides i steg 1 i prosjekt TAG.

#### 5.1.2.1.2 Organisatorisk

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

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

Avtalespesialistene har driftsavtale med RHF-ene og prosessen må involvere både RHF og avtalespesialistene og deres representanter. Avtalespesialister har erfaring med å dele dokumenter ved at de sender epikriser. Endringen vil derfor primært være at dokumenter som i dag sendes blir tilgjengelige for oppslag.

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

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

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

#### 5.1.2.1.3 Semantisk

For å sikre semantisk samhandlingsevne og lik implementasjon av IHE XDS, er det utviklet en norsk profil for metadata (8). Denne ble oppdatert etter utprøvingen i Helse Sør-Øst og Helse Nord og vil være gjeldende for de kommende innføringene.

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

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

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

#### 5.1.2.1.4 Teknisk

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

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

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

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

- Etablere infrastruktur for avtalespesialistene. Det vil være dokumentlager, dokumentregister og samhandlingskomponent (koblingspunkt/XCA)

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

#### **5.1.2.2 Forutsetninger og avhengigheter**

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

## **5.2 JD-2 Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD/KAD til andre aktører**

### **5.2.1 Måloppnåelse**

#### **5.2.1.1 Beskrivelse**

Formålet med tiltaket er å få tilrettelagt for at legevakter og øyeblikkelig hjelp døgnetenhet (ØHD – også kalt KAD, kommunal akutt døgnetenhet) kan dele journaldokumenter med andre aktører, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen. Denne består av et nasjonalt koblingspunkt (XCA), sikkerhetsmodell og tillitstjenester og et brukergrensesnitt i kjernejournal.

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

etablere, for hver av disse, et koblingspunkt og et dokumentregister, samt avklare hvilke dokumentlagre som skal brukes. Det er uavklart hvilke samarbeidsområder som legevakter og ØHD/KAD vil utgjøre eller være en del av.

Det er også uavklart hvilke dokumenter som det er nyttig at disse aktørene deler, men det er naturlig å ta utgangspunkt i hva de i dag deler manuelt eller ved hjelp av meldingsutveksling. Journalnotatene fra legevakt sendes ofte til fastleger og pasienter får med papirutskrift. Etter innleggelse på ØHD/KAD lages en oppsummering som sendes fastlege og trolig også andre kommunale tjenester. ØHD/KAD er en kommunal helse og omsorgstjeneste. Dette understøtter oppfatningen om at de fleste kommuner og ØHD/KAD-samarbeid bruker kommunens eller vertskommunens journalløsning.

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

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

### 5.2.1.2 Veikartfase

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



Figur 9: Verdikjedefaser for tiltaket

### 5.2.1.3 Resultatmål

- Legevakt og øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)/kommunal akutt døgnetenhet (KAD) prøver ut og deler utvalgte dokumenter til helsepersonell og innbygger

### 5.2.1.4 Informasjonstjenester og behov

Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten *Journaldokumenter* i målbildet for helhetlig samhandling gjennom behovet:

- Journaldokumenter fra legevakt og ØHD/KAD

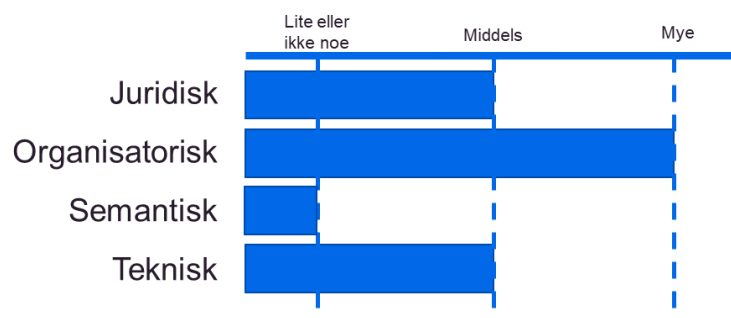
### 5.2.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

## 5.2.2 Beskrivelse av omfang

### 5.2.2.1 Samhandlingsevne

Det er forventet mye arbeid i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne. Når det gjelder det tekniske, vil det kreve en del arbeid i forbindelse med etablering av infrastruktur hos aktørene som skal dele. På det juridiske kan det kreves mer arbeid dersom det blir behov for sentralt dokumentlager i forbindelse med etableringen av nye samarbeidsområder.



Figur 10 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

#### 5.2.2.1.1 Juridisk

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

Det er imidlertid viktig å presisere at behovet for regelverksendringer vil avhenge av den konkrete løsningen som velges, herunder etablering av samarbeidsområder.

Dersom det i utfallet av prosessen med å avklare hvilke samarbeidsområder legevakt og ØHD/KAD skal utgjøre, velges en annen løsning enn deling direkte mellom virksomhetene, f.eks. deling via et felles kopilager, vil det kunne være av betydning for vurderingen av det rettslige grunnlaget. Eksempelvis vil samarbeidsområder, bestående av felles kopilager, kunne utgjøre egne registre som vil kreve særskilt rettsgrunnlag.

#### 5.2.2.1.2 Organisatorisk

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

Videre vil det være behov for å koordinere og avklare hvilke dokumenttyper som er aktuelle å dele. Helsepersonell på legevakt og ØHD/KAD er vant til at mange av deres dokumenter deles med andre ved at de sendes til henvisende leger og fastleger. Det vil bli nødvendig med opplæring og avklaring av om dokumentdeling vil medføre endringer i dokumentasjonspraksis, og det vil være nødvendig med en vurdering av om rutiner for journalføring bør endres med tanke på deling utover de faste mottakerne.

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

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

#### 5.2.2.1.3 Semantisk

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

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

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

#### 5.2.2.1.4 Teknisk

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

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

- Etablere infrastruktur i hvert samarbeidsområde som etableres for legevakt og ØHD/KAD. Det vil være et dokumentregister, en samhandlingskomponent (koblingspunkt/XCA) og ett eller flere dokumentlager.



- Etablere integrasjoner mellom nye koblingspunkter og det nasjonale koblingspunktet, deriblant konfigurering av det nasjonale koblingspunktet
- Oppgradere løsning mot Helsenorge som sikrer at innbyggere også får tilgang til dokumenter fra nye aktører
- Oppgradere eksisterende nasjonal infrastruktur for å kunne håndtere økt antall konsumenter og produsenter
- Sikre teknisk drift og forvaltning hos Norsk helsenett SF når legevakt og ØHD/KAD deler

### 5.2.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

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

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

### 5.3.1 Måloppnåelse

#### 5.3.1.1 Beskrivelse

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

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

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

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

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

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

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

### 5.3.1.2 Veikartfase

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



Figur 11 Verdikjedefaser for tiltaket

### 5.3.1.3 Resultatmål

- Kommunale helse- og omsorgstjenester prøver ut og deler utvalgte dokumenter til helsepersonell og innbygger

### 5.3.1.4 Informasjonstjenester og behov

Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten *Journaldokumenter* i målbildet for helhetlig samhandling gjennom behovene:

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

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

- Pågående bruk av tjenester/ytelser

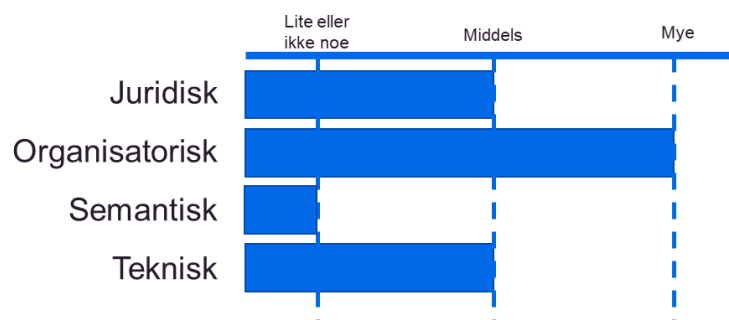
### 5.3.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

## 5.3.2 Beskrivelse av omfang

### 5.3.2.1 Samhandlingsevne

Det er forventet mye arbeid i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne. Når det gjelder det tekniske, vil det kreve en del arbeid i forbindelse med etablering av infrastruktur hos aktørene som skal dele. På det juridiske kan det kreves mer arbeid dersom det blir behov for sentralt dokumentlager i forbindelse med etableringen av nye samarbeidsområder.



Figur 12 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

#### 5.3.2.1.1 Juridisk

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

Det er imidlertid viktig å presisere at behovet for regelverksendringer vil avhenge av den konkrete løsningen som velges, herunder etablering av samarbeidsområder.

Dersom det i utfallet av prosessen med å avklare hvilke samarbeidsområder aktører i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal utgjøre, velges en annen løsning enn deling direkte mellom virksomhetene, f.eks. deling via et felles kopilager, vil det kunne ha betydning for vurderingen av det rettslige grunnlaget for løsningen. Eksempelvis vil samarbeidsområder, bestående av felles kopilager, kunne utgjøre egne registre som vil kreve særskilt rettsgrunnlag.

#### 5.3.2.1.2 Organisatorisk

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

men det er uavklart for resten i Helse Midt. For resten av landet vil det være naturlig at aktører knyttet til Felles kommunal journal inngår et samarbeidsområde.

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

Det vil bli nødvendig med opplæring og avklaring av om dokumentdeling vil medføre endringer i dokumentasjonspraksis, og det vil være nødvendig med en vurdering av om rutiner for journalføring bør endres med tanke på deling utover de faste mottakerne. Det kan være snakk om kvalitetsindikatorer, årskontroll, mottatte tilbud av tjenester, utskrivningsnotat, vekstkurver, hørselstester, faste årskontroller, m.m. Mye informasjon i journalene vil være dokumentert i form av løpende journalnotater og hvor det vil være en mer omfattende prosess knyttet til å gjøre de aktuelle for deling.

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

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

#### 5.3.2.1.3 Semantisk

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

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

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

#### 5.3.2.1.4 Teknisk

Den nasjonale infrastrukturen for å slå opp journaldokumenter gjennom kjernejournal er etablert og i drift og det er ikke forventet større endringer på denne for å sikre teknisk

samhandlingsevne. Det må løpende vurderes om det er behov for oppgradering av komponentene for å sikre at de skaleres når man legger til nye produsenter og konsumenter.

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

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

### **5.3.2.2 Forutsetninger og avhengigheter**

- Tiltaket forutsetter at den nasjonale løsningen for dokumentdeling er i stabil drift og forvaltning
- Tiltaket er avhengig av at felles tillitsmodell og sikkerhetsmodell, som utarbeides i steg 1 (TAG) av program digital samhandling er avklart, herunder mulige behov for regelverksendringer.
- Tiltaket er avhengig av avklaring av hva Felles kommunal journal etablerer i sin journalplattform på dette området (eksempelvis dokumentlager)
- Tiltaket er avhengig av tidlig dialog og samarbeid med EPJ-leverandørene og beholde denne frem til realisering
- Helsestasjon og skolehelsetjeneste har ikke tilgang til kjernejournal per 2021 og det foreligger ingen innføringsplaner på dette. Det hindrer ikke at de kan være en del av aktørene som deler dokumenter, men de kan ikke konsumere før dette er på plass.

## **5.4 JD-4 Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører**

### **5.4.1 Måloppnåelse**

#### **5.4.1.1 Beskrivelse**

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

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

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

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

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

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

#### 5.4.1.2 Veikartfase

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



Figur 13 Verdikjedefaser for tiltaket

#### 5.4.1.3 Resultatmål

- Fastleger prøver ut og deler utvalgte dokumenter til helsepersonell og innbygger

#### 5.4.1.4 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten *Journaldokumenter* i målbildet for helhetlig samhandling gjennom behovet:

- Journaldokumenter fra fastleger

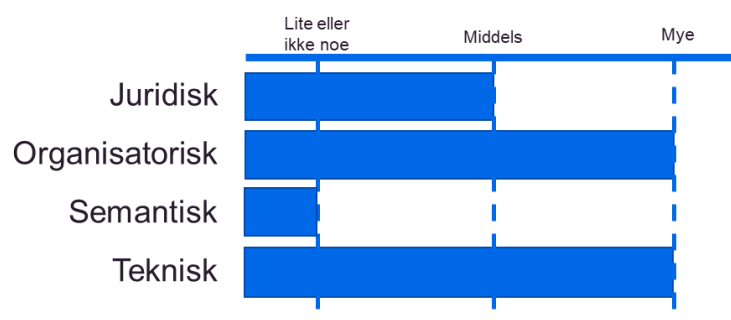
#### 5.4.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

## 5.4.2 Beskrivelse av omfang

### 5.4.2.1 Samhandlingsevne

Det er forventet mye arbeid i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne. Når det gjelder det tekniske, vil det kreve mye arbeid i forbindelse med etablering av infrastruktur hos aktørene som skal dele, men også fordi det er mange fastleger med ulik grad av oppdaterte systemer. På det juridiske kan det kreves mer arbeid dersom det blir behov for sentralt dokumentlager i forbindelse med etableringen av nye samarbeidsområder.



Figur 14 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

#### 5.4.2.1.1 Juridisk

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

Det er imidlertid viktig å presisere at behovet for regelverksendringer vil avhenge av den konkrete løsningen som velges, herunder etablering av samarbeidsområder.

Dersom det i utfallet av prosessen med å avklare hvilke samarbeidsområder fastlegene skal utgjøre, velges en annen løsning enn deling direkte mellom virksomhetene, f.eks. deling via et felles kopilager, vil det kunne ha betydning for vurdering av det rettslige grunnlaget for løsningen.. Eksempelvis vil samarbeidsområder, bestående av felles kopilager, kunne utgjøre egne registre som vil kreve særskilt rettsgrunnlag.

#### 5.4.2.1.2 Organisatorisk

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

Videre vil det da være behov for å koordinere og avklare hvilke dokumenttyper som er aktuelle å dele. Fastleger har i dag ulike former for klinisk oppsummering i sine EPJ, men dette er felter som må redigeres manuelt og vedlikeholdes av den enkelte fastlege. Det er ingen klare retningslinjer for om dette skal gjøres og hva som skal lagres. Opplysningene vil derfor være usikre uten automatisk hentet struktur fra andre journalelementer. Det vil bli nødvendig med opplæring og avklaring av hvordan dokumentdeling vil medføre endringer i dokumentasjonspraksis. Mye informasjon i journalene vil være dokumentert i form av

løpende journalnotater og hvor det vil være en mer omfattende prosess knyttet til å gjøre de aktuelle for deling.

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

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

#### 5.4.2.1.3 Semantisk

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

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

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

#### 5.4.2.1.4 Teknisk

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

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:



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

#### **5.4.2.2 Forutsetninger og avhengigheter**

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

## 6 Kritisk informasjon

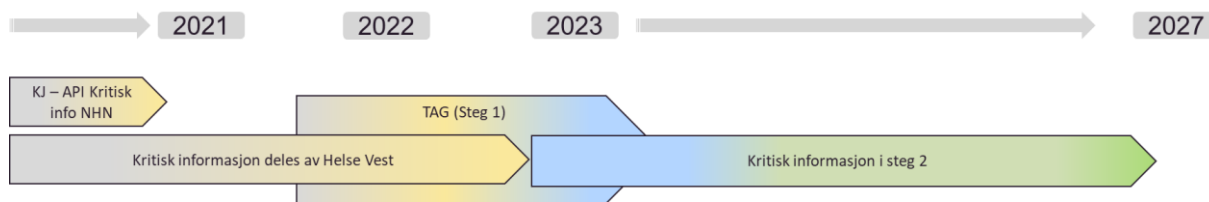
Kritisk informasjon er helseopplysninger om pasienten som det er viktig å kjenne til for å kunne gi en god og sikker helsehjelp. Dette er informasjon som i en behandlingssituasjon eller ved en undersøkelse kan medføre at planlagte tiltak endres, og kanskje redder pasientens liv eller forhindrer alvorlig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

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

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

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

Prosjekt Tillitstjenester, API-håndtering, Grunndata (TAG) i program digital samhandling steg 1, vil som en del av steg 1 gjennomføre en begrenset utprøving av grensesnitt for kritisk informasjon sammen med Helse Vest og Norsk helsenett SF. I forkant av utprøvingen vil de gjøre en GAP-analyse av forskjellene mellom den nåværende standarden for kritisk informasjon og International Patient Summary (9) (IPS) og oppdatere standarden for kritisk informasjon og grensesnittet dersom det er behov. IPS er et overordnet internasjonalt rammeverk for strukturering og utveksling av oppsummerende pasientopplysninger og tilbakemeldinger fra aktører i helse- og omsorgssektoren er at det er nødvendig å se på hvorvidt den nasjonale standarden for kritisk informasjon må harmonisere bedre med denne.



Figur 15 Tidslinje for tiltak knyttet til samhandlingsområdet Kritisk informasjon

Tabell 7 Oppsummering av samhandlingsområde kritisk informasjon

Behov som må dekkes	Konsept for tiltak	Nytte
Kritisk informasjon om pasienten er ofte ikke oppdatert i kjernejournal og helsepersonell kan derfor ikke være sikker på at de har oversikt over all registrert kritisk informasjon.	Informasjonstjenesten kritisk informasjon gjøres tilgjengelig via grensesnitt i kjernejournal, slik at helsepersonell gjennom egen journalløsning kan endre eller dele kritisk informasjon som lagres i Kjernejournal.	Økt pasientsikkerhet ved at oppdatert kritisk informasjon er tilgjengelig, samt tidsbesparelser ved å unngå dobbeltregistrering og leting etter informasjon.

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

### 6.1.1 Måloppnåelse

#### 6.1.1.1 Beskrivelse

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

Aktører i omfanget til tiltaket:

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

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

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

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

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

### 6.1.1.2 Veikartfase

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



Figur 16 Verdikjedefaser for tiltaket

### 6.1.1.3 Resultatmål

- Helseforetakene har innført API-et for kritisk informasjon

### 6.1.1.4 Informasjonstjenester og behov

Tiltaket bidrar til å realisere informasjonstjenesten for *kritisk informasjon* i målbildet for helhetlig samhandling, som inneholder følgende informasjonsbehov:

- Kritisk informasjon inkludert allergi og CAVE
- Smitte hos pasient

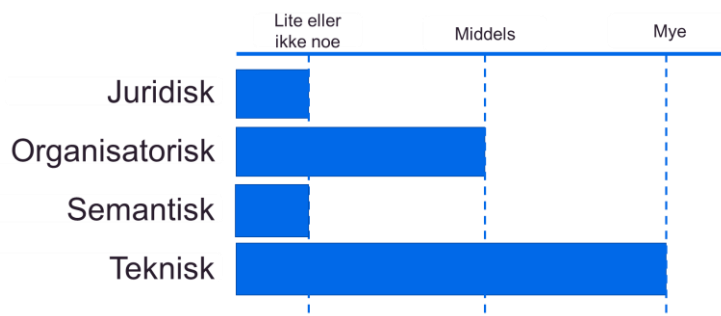
### 6.1.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

## 6.1.2 Beskrivelse av omfang

### 6.1.2.1 Samhandlingsevne

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



Figur 17 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

#### 6.1.2.1.1 Juridisk

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

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

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

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

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

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

#### 6.1.2.1.2 Organisatorisk

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

Alle aktører i spesialisthelsetjenesten skal i dag registrere kritisk informasjon som en del av sine arbeidsprosesser når det er aktuelt. De har også rutiner for når man trenger å få tak i denne informasjonen. Tilbakemeldingene fra utprøvingen i Helse Vest, er at det er svært mange fagsystemer som inneholder denne typen informasjon. Helseforetakene må internt i

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

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

#### 6.1.2.1.3 Semantisk

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

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

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

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

- Utføre aktiviteter for å få normert en omforent standard for kritisk informasjon

#### 6.1.2.1.4 Teknisk

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

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

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

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

- Utvikling i kliniske fagsystemer når API skal tas i bruk, både informasjonsmodell og tilgangskontroll som bruk av HelseID

- Integrere klinisk fagsystem med API for kritisk informasjon
- Justere og konfigurere API, både ved oppstart av nasjonal bredding og underveis ved behov
- Dersom det blir nødvendig, justere data- og sikkerhetsmodellen i kjernejournal

### **6.1.2.2 Forutsetninger og avhengigheter**

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

## **6.2 KI-2 Fastleger og avtalespesialister tar i bruk API for å dele kritisk informasjon**

### **6.2.1 Måloppnåelse**

#### **6.2.1.1 Beskrivelse**

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

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

Aktører i omfanget av tiltaket:

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

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

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

### 6.2.1.2 Veikartfase

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



Figur 18 Verdikjedefaser for tiltaket

### 6.2.1.3 Resultatmål

- Fastleger og avtalespesialister har innført API for å dele kritisk informasjon

### 6.2.1.4 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket bidrar til realisering av informasjonstjenesten for *kritisk informasjon* i målbildet for helhetlig samhandling, som inneholder følgende informasjonsbehov:

- Kritisk informasjon inkludert allergi og CAVE
- Smitte hos pasient

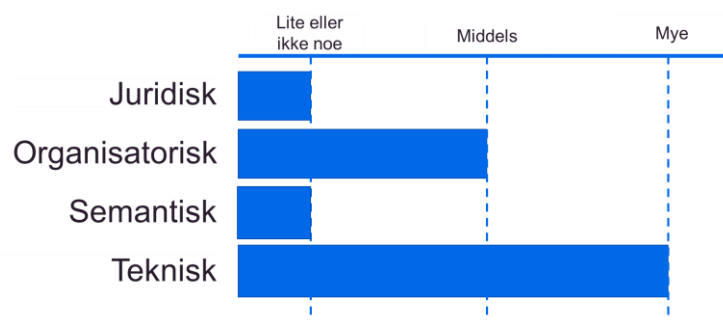
### 6.2.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

## 6.2.2 Beskrivelse av omfang

### 6.2.2.1 Samhandlingsevne

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



Figur 19 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

#### 6.2.2.1.1 Juridisk

Vurderingen av den juridiske samhandlingsevnen er lik den som er beskrevet i tiltak KI-1, kap.6.1.2.1.1.



#### 6.2.2.1.2 Organisatorisk

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

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

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

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

#### 6.2.2.1.3 Semantisk

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

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

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

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

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

#### 6.2.2.1.4 Teknisk

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

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

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

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

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

### **6.2.2.2 Forutsetninger og avhengigheter**

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

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

### **6.3.1 Måloppnåelse**

#### **6.3.1.1 Beskrivelse**

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

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

- Kommunal helse- og omsorgsinstitusjon (sykehjem, Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige eller barn og unge under 18 år m.fl.)
- Legevakt
- Øyeblikkelig hjelp døgnetenhet (ØHD, også kalt kommunal akutt døgnetenhet – KAD)
- Hjemmebaserte tjenester

- Andre kommunale aktører som yter helsehjelp og som bruker kjernejournal

Fastlegetjenesten er dekket av tiltak KI-2.

Videre vil det kunne være aktuelt for skolehelsetjenesten og helsestasjon og andre, men de har ikke tilgang til kjernejournal per i dag, og et tiltak for disse må i tilfelle også inkludere innføring av kjernejournal.

Tiltaket vil treffe leger og annet helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som skal registrere, oppdatere eller lese kritisk informasjon om en pasient. I tillegg vil alle som har tilgang til kjernejournal gjennom portal eller egen journalløsning, fortsatt få tilgang til å lese informasjonen.

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

### 6.3.1.2 Veikartfase

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



Figur 20 Verdikjedefaser for tiltaket

### 6.3.1.3 Resultatmål

- Kommunal helse- og omsorgstjeneste har innført API for å dele kritisk informasjon

### 6.3.1.4 Informasjonstjenester og behov

Tiltaket bidrar til realisering av informasjonstjenesten for *kritisk informasjon* i målbildet for helhetlig samhandling, som inneholder følgende informasjonsbehov:

- Kritisk informasjon inkludert allergi og CAVE
- Smitte hos pasient

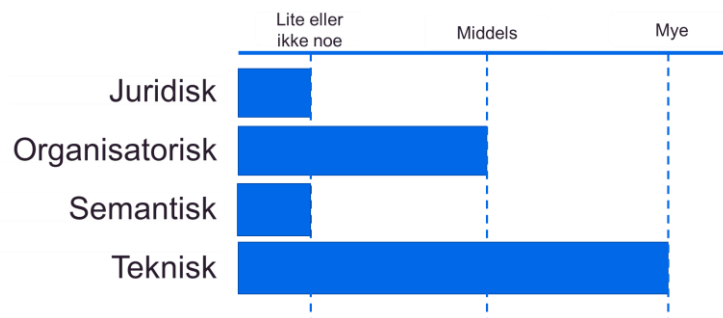
### 6.3.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

## 6.3.2 Beskrivelse av omfang

### 6.3.2.1 Samhandlingsevne

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



Figur 21 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

#### 6.3.2.1.1 Juridisk

Vurderingen av den juridiske samhandlingsevnen er lik den som er beskrevet i tiltak KI-1, kap.6.1.2.1.1.

#### 6.3.2.1.2 Organisatorisk

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

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

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

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

#### 6.3.2.1.3 Semantisk

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

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

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

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

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

#### 6.3.2.1.4 Teknisk

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

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

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

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

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

#### 6.3.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

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

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

*Dette tiltaket er ikke en del av anbefalt omfang i steg 2 for digital samhandling. Begrunnelse er beskrevet i Vedlegg K Prioritering av tiltak i steg 2.*

## 6.4.1 Måloppnåelse

### 6.4.1.1 Beskrivelse

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

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

Fullstendig aktørgruppe er ikke avklart.

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

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

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

### 6.4.1.2 Veikartfase

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



Figur 22 Verdikjedefaser for tiltaket

### 6.4.1.3 Resultatmål

- Øvrige helseaktører har innført API for å dele kritisk informasjon
- Kritisk informasjon er tilgjengeliggjort på helsenorge.no

### 6.4.1.4 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket bidrar til realisering av informasjonstjenesten for *kritisk informasjon* i målbildet for helhetlig samhandling, som inneholder følgende informasjonsbehov:

- Kritisk informasjon inkludert allergi og CAVE
- Smitte hos pasient

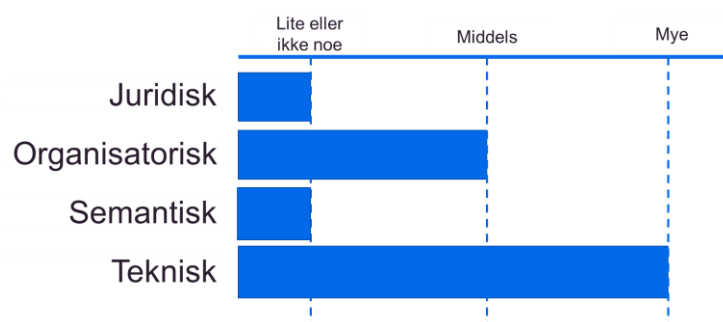
### 6.4.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

## 6.4.2 Beskrivelse av omfang

### 6.4.2.1 Samhandlingsevne

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



Figur 23 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

#### 6.4.2.1.1 Juridisk

Vurderingen av den juridiske samhandlingsevnen er lik den som er beskrevet i tiltak KI-1, kap.6.1.2.1.1.

#### 6.4.2.1.2 Organisatorisk

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

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

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

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

#### 6.4.2.1.3 Semantisk

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

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

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

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

#### 6.4.2.1.4 Teknisk

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

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

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

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

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

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

#### 6.4.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

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





## 7 Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner

*Dette samhandlingsområdet er ikke en del av anbefalt omfang i steg 2 for digital samhandling. Begrunnelse er beskrevet i Vedlegg K Prioritering av tiltak i steg 2.*

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

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

En behandlingsplan beskriver behandling for én eller flere problemstillinger. Dersom pasienten har flere problemstillinger/diagnoser, kan pasienten ha flere behandlingsplaner, eller det kan samordnes i en felles behandlingsplan. Behandlingsplanen utarbeides i samarbeid med pasienten (10).

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

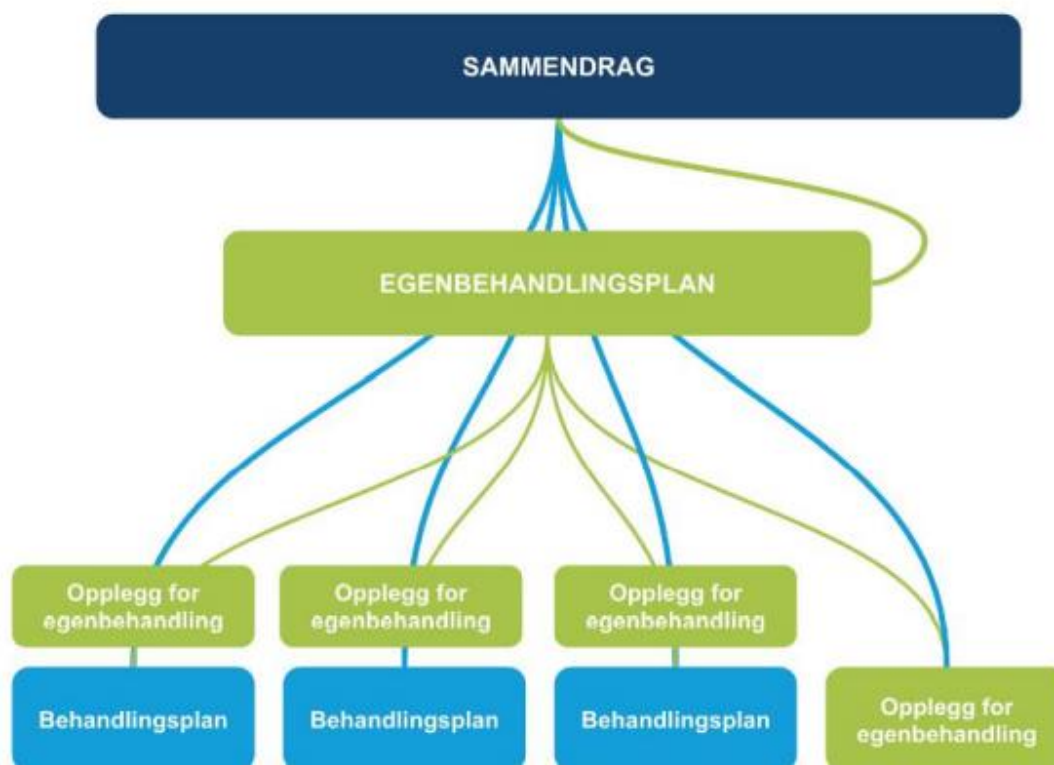
En innbygger kan ha behandlingsplaner hos ulike aktører, men skal kun trenge å forholde seg til én egenbehandlingsplan. Egenbehandlingsplanen skal bidra til at innbyggeren får økt trygghet og selvstendighet i hverdagen, og mestrer livet med sykdom bedre. Det blir opprettet konkrete mål for behandlingsplaner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

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

I disse behandlingsoppleggene blir det å kommunisere hvilke tiltak som er utført, blir utført og skal utføres viktig mellom de involverte aktørene. I den grad behandlingsplaner/egenbehandlingsplan blir kommunisert mellom aktørene i dag er det i

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

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



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

Strukturen på digitale behandlingsplaner og egenbehandlingsplan er tenkt oppdelt i behandlingsplaner (som kan inneholde konkrete aktiviteter definert som egenbehandling), en egenbehandlingsplan (samlet oversikt over egenbehandlingsaktiviteter) og et sammendrag som skal vise aggregert, generert informasjon fra alle behandlingsplaner og egenbehandlingsplan.

En pasient vil kunne ha flere, ulike, behandlingsløp gående i parallell. Typisk vil en pasient med flere diagnoser eller sammensatte diagnoser følge flere behandlingsløp med hver sin behandlingsplan. Helsepersonell med ansvar for en slik behandlingsplan vil eksempelvis ha stor nytte av tilgang til pasientens øvrige behandlingsplaner i planleggingen av behandlingsløp i «sin» behandlingsplan for pasienten. Pasienten oppnår koordinering mellom aktiviteter på de ulike behandlingsplanene slik at timeavtaler kan samkjøres og egenbehandlingsaktiviteter blir hensiktsmessig lagt opp.

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

Prosjektet til Helsedirektoratet, Digital behandlingsplan og egenbehandlingsplan, er relevant for arbeidet med digital hjemmeoppfølging. Helsepersonell skal kunne se og ta stilling til hverandres behandlingsplaner og ut fra dette tilrettelegge innbyggers egenbehandling og unngå behandlingsskonflikt. Dette skal bidra til at innbyggeren opplever sammenheng og helhet i oppfølgingen. En etablert løsning med deling av behandlings- og egenbehandlingsplaner på tvers av foretak og omsorgsnivå betyr at behandlingsplanenes aktiviteter kan integreres med tjenesten digital hjemmeoppfølging via datadelingstjenester. Integrasjonen gir spesialister, helsepersonell og pasient/innbygger et grensesnitt for deling

av og innsyn i fremgang og effekt av aktiviteter på behandlingsplan og vil gi et bredere og dagsaktuelt beslutningsgrunnlag for endringer i plan(-er) og videre oppfølging av pasient/innbygger. En løsning for «Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner» (DBEP) vil gi økt samhandling mellom innbygger/pårørende og tjenesteytere på tvers av fag, nivå og sektor. Helsepersonell vil med en DBEP-løsning få raskere og enklere tilgang til relevant informasjon om innbyggers pågående behandling eller oppfølging.

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

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

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

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

Tabell 8 Oppsummering av samhandlingsområdet digitale behandlings- og egenbehandlings-planer

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

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

### 7.1.1 Måloppnåelse

#### 7.1.1.1 Beskrivelse

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

Innføringen inkluderer behandlingsgruppene KOLS, diabetes, psykisk helse og rus og en generisk behandlingsplan for primærhelseteam (11).

#### 7.1.1.2 Veikartfase

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



Figur 25 Verdikjedefaser for tiltaket

#### 7.1.1.3 Resultatmål

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

#### 7.1.1.4 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket er knyttet til informasjonstjenesten *Plan* i målbildet for helhetlig samhandling.

Tiltaket understøtter følgende informasjonsbehov:

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

- Ansvar for oppgaver eller tiltak

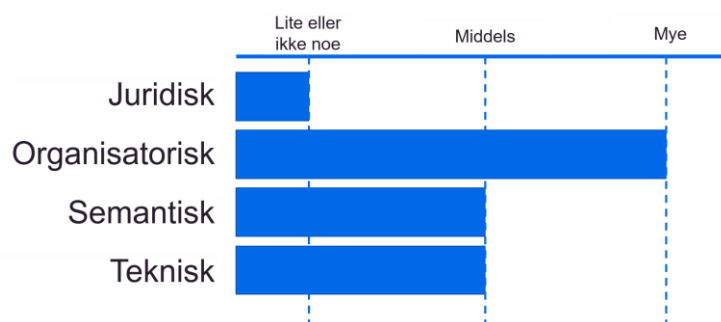
### 7.1.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er høyt prioritert av sektoren for å sikre samhandling innen helse- og omsorgstjenesten, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

## 7.1.2 Beskrivelse av omfang

### 7.1.2.1 Samhandlingsevne

Tiltaket tar i hovedsak for seg innføring og adopsjon av ny løsning hos aktører i én gitt helseregion. Således vil organiseringen av dette og utnyttelse av erfaringer fra tidligere utprøving til fordel for videre innførsel hos andre aktører utgjøre en stor del av omfanget. Ettersom det er svært viktig med implementasjon mot sentralt API fra journalløsninger fremfor bruk av webklient i kjernejournal for å ta ut ønsket nyttegevinst vil det påløpe kostnader hos aktørene for tekniske tilpasninger og arbeid med integrasjon.



Figur 26 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

#### 7.1.2.1.1 Juridisk

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

#### 7.1.2.1.2 Organisatorisk

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

#### 7.1.2.1.3 Semantisk

Digital behandlingsplan og egenbehandlingsplan baserer seg på FHIR-ressursen Careplan og norske basisprofiler. Arbeidet må understøttes med bruk av standardisert terminologi (Felles språk) og utnytte det referansesettet for terminologi som er utarbeidet ifm. nasjonale veiledende planer, evt. også utvide eksisterende nasjonale veiledende planer til å innbefatte leger m.m. FHIR-ressurs Careplan, samt eventuelt andre ressurser og nye norske profiler som utformes må følges opp med plan for forvaltning. Det er også nødvendig å definere API som konsumerende journalløsninger skal benytte seg av for integrasjon mot tjenester for digital behandlingsplan og egenbehandlingsplan.

#### 7.1.2.1.4 Teknisk

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

### 7.1.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket forutsetter FHIR-ressursen Careplan og norske basisprofiler. Vi legger til grunn at dette blir levert av DBEP-prosjektet frem mot 2023
- Tiltaket forutsetter at DBEP-prosjektet innen 2023 har utviklet digital behandlingsplan i Kjernejournal med API og egenbehandlingsplan i Helsenorge
- Tiltaket er avhengig av at journalløsninger blir oppdatert med funksjonalitet for å utveksle informasjon med Kjernejournal, med utgangspunkt i FHIR-ressursen Careplan, eller et tilsvarende funksjonsrikt brukergrensesnitt tilgjengeliggjort for brukere hos aktørene



## 8 Datadeling for digital hjemmeoppfølging

Digital hjemmeoppfølging (DHO) er helsetjenester som ytes helt eller delvis på avstand ved hjelp av teknologi. Tjenestene understøttes av verktøy for hjemmemålinger, digitale skjemaer for pasientregistrerte opplysninger og egenbehandlingsplan, ofte i kombinasjon med video, digitalt tilsyn og andre velferdsteknologier (teknologisk assistanse hos bruker, for eksempel lokaliseringsteknologi.<sup>2</sup>

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

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

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

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

---

<sup>2</sup> De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Nord RHF, utarbeide forslag til definisjoner og mulige nasjonale måltall for digital hjemmeoppfølging, samt redegjøre for arbeidet med tilrettelegging for digital hjemmeoppfølging. Helsedirektoratet skal involveres i arbeidet. Sluttrapport fra dette arbeidet, Digital hjemmeoppfølging - definisjon, måltall og tilrettelegging, ble levert høsten 2021 (23).

aktører i helse- og omsorgstjenesten og enkeltleverandører. Dette gir en risiko for leverandørinnlåsing, for eksempel ved bruk av 1-1 integrasjoner.

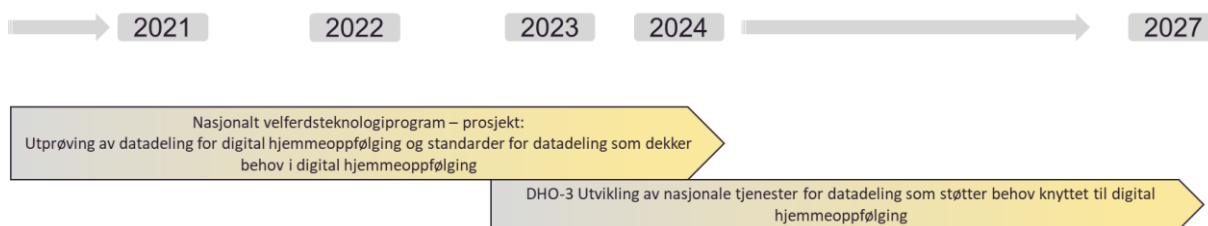
For å unngå disse konsekvensene må det eksistere tjenester som kan brukes for å gjøre data fra digital hjemmeoppfølging tilgjengelig via grensesnitt, slik at helsepersonell enkelt kan få tilgang til aktuelle data (eksempelvis måledata, skjema og egenbehandlingsplan).

Tjenestene må være innrettet slik at de mobiliserer leverandørindustrien og legger til rette for innovasjon og tjenesteutvikling. Å få på plass disse tjenestene vil kreve både teknisk utvikling og regelverksutvikling, samt normeringsaktiviteter.

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

Datadeling for digital hjemmeoppfølging har en særlig sammenheng med digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner, blant annet i forbindelse med oppfølging av brukerens egenbehandlingsplan med utgangspunkt i måledata fra digital hjemmeoppfølging. Helsedirektoratet, i samarbeid med Norsk helsenett SF og flere andre aktører, gjennomfører et eget prosjekt om dette. Utviklingen er planlagt ferdigstilt mars 2023. Digitale behandlingsplaner og egenbehandlingsplaner er beskrevet som et eget samhandlingsområde i kapittel 0.

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



Figur 27 Tidslinje for tiltak knyttet til samhandlingsområdet digital hjemmeoppfølging

Opprinnelig var det identifisert flere tiltak på området for digital hjemmeoppfølging. Flere av disse ble imidlertid nedprioritert som selvstendige tiltak i forbindelse med prosjektets prosess for prioritering av tiltak. Det er bakgrunnen for at tiltaket som beskrives er nummerert som DHO-3. For mer informasjon om prioriteringsprosessen se Vedlegg K Prioritering av tiltak i steg 2.

Tabell 9 Oppsummering av samhandlingsområde datadeling for digital hjemmeoppfølging

Behov som må dekkes	Konsept for tiltak	Nytte
Det er ikke tilrettelagt for at data fra digital hjemmeoppfølging kan deles digitalt med de systemer og aktører i helsesektoren som har behov for dem.	Data fra digital hjemmeoppfølging kan gjøres tilgjengelig via standardiserte grensesnitt, slik at helsepersonell enkelt kan få tilgang til disse.	Mer effektiv ressursbruk hos helsepersonell, bedre datakvalitet og enklere tilgang til informasjon fra digital hjemmeoppfølging for helsepersonell, både internt i egen virksomhet og mellom behandlingsnivåer.

## 8.1 DHO-3 Utvikling av tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging

### 8.1.1 Måloppnåelse

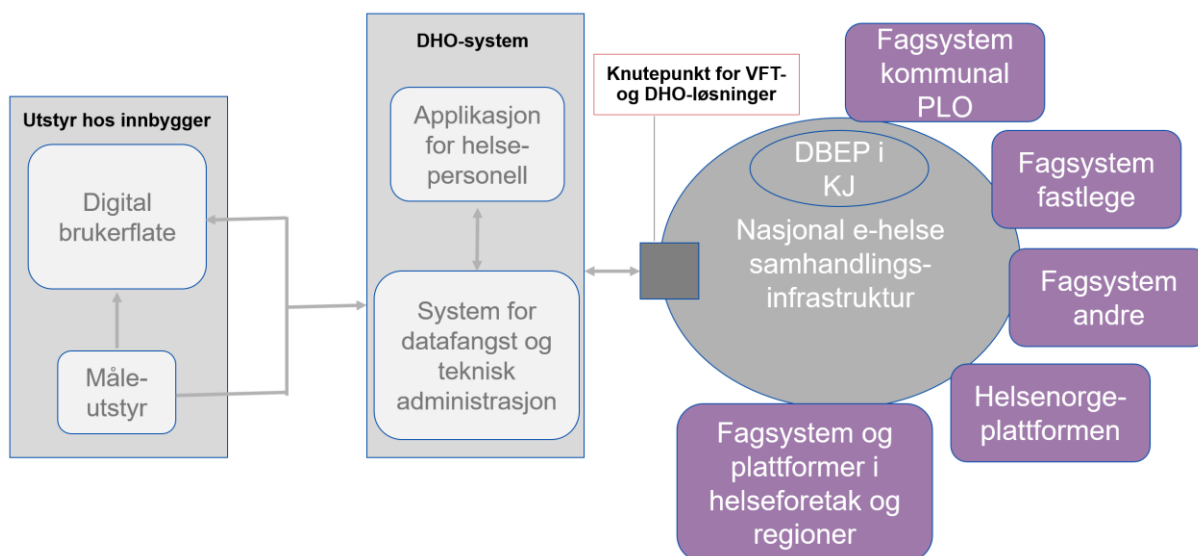
#### 8.1.1.1 Beskrivelse

I dette tiltaket vil det av Norsk helsenett SF trinnvis utvikles tjenester for datadeling. Tjenestene skal kunne benyttes til forskjellige typer datadeling, både internt i virksomheter og mellom behandlingsnivåer, og må også kunne dekke datadelingsbehov mellom innbygger og helsepersonell knyttet til måleutstyr og pasientrapporterte skjema.

Utviklingen av tjenestene skal ta utgangspunkt i erfaringer fra utprøvningsaktiviteter i pågående prosjekt for arkitektur og infrastruktur innunder Nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP), normeringsaktiviteter og andre pågående aktiviteter i sektoren. I de pågående utprøvningsaktivitetene i NVP benyttes velferdsteknologisk knutepunkt (VKP). Utviklingen og erfaringen fra VKP vil være et solid fundament for videreutviklingen av de nasjonale tjenestene.

En tidlig versjon av denne gjennomføringsmetodikken er beskrevet i tidligere rapporter (12). Strategien bak metodikken er at utviklingen av et nasjonalt rammeverk for informasjonsdeling skal basere seg på en forståelse av behov som oppdateres i takt med erfaringer i pågående DHO-aktiviteter. Behovsforståelsen bygger videre på allerede gjennomførte behovskartlegginger og utvides løpende basert på praktiske erfaringer fra pågående utvalgte DHO-aktiviteter.

Figuren under viser en overordnet arkitekturskisse for datadeling for digital hjemmeoppfølging, på tvers av virksomhet og behandlingsnivå. Kjernen i konseptet er et eller flere knutepunkt som sørger for utveksling både av data fra DHO-system/medisinsk utstyr og annen informasjon som oppgis av brukeren på den ene side og journalløsning og andre kliniske fagsystem, som brukes av helsepersonell, på den andre. Helsenorge-plattformen vil også kunne benytte knutepunktet, i tråd med målet om at innbyggere skal ha enkel tilgang på egen informasjon. Knutepunktet vil representere alle de nødvendige nasjonale tjenestene som skal til for datadeling, i tillegg til validering av om løsningene som kobles til følger nasjonal normering knyttet til grensesnitt.



Figur 28 Overordnet arkitekturskisse for datadeling for digital hjemmeoppfølging

### 8.1.1.2 Veikartfase

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



Figur 29 Verdikjedefaser for tiltaket

### 8.1.1.3 Resultatmål

- Det er etablert tjenester som kan brukes på tvers av helse- og omsorgssektoren for å gjøre data fra digital hjemmeoppfølging tilgjengelig via grensesnitt, slik at helsepersonell langs hele forløpet kan få tilgang til aktuelle data, innen 2026

### 8.1.1.4 Informasjonstjenester og -behov

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

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

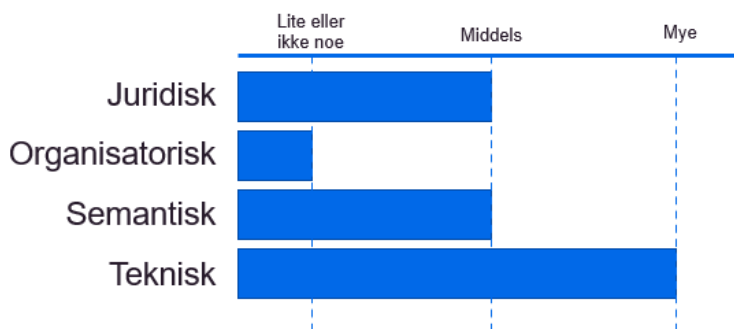
### 8.1.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket er en forutsetning for å realisere flere av informasjonsbehovene som er prioritert av sektoren, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

## 8.1.2 Beskrivelse av omfang

### 8.1.2.1 Samhandlingsevne

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



Figur 30 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

#### 8.1.2.1.1 Juridisk

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

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

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

Leveransemodellen for digital hjemmeoppfølging vil måtte utformes i tråd med anskaffelses- og statsstøtteregelverket.

#### 8.1.2.1.2 Organisatorisk

De nasjonale tjenestene for datadeling som skal tas frem i dette tiltaket vil bli utviklet og forvaltet av Norsk helsenett SF. Ut fra dagens kjennskap til behov for datadeling vil det være

behov for å dekke samhandlingsformene «sende og motta», «slå opp og tilgjengeliggjøre» og «endre og dele».

Delingsbehovet utvikles i takt med utviklingen av tjenestene for digital hjemmeoppfølging i sektor. Direktoratet for e-helse har et ansvar for å forvalte en oversikt over sektorens prioriterte behov og sørge for at disse omgjøres til krav i berørte produktlinjer/veikart i Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF. Utvikling/videreutvikling av tjenester må skje fortløpende og vurderes ut fra summen av behov fra behovsområder gjennom en prioritering.

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

#### 8.1.2.1.3 Semantisk

Deling av data mellom DHO-systemer/medisinsk utstyr og kliniske fagsystem krever felles rammeverk i form av kodeverk og terminologi og FHIR-profiler. Samtidig må det også skapes en felles forståelse for overliggende logiske informasjonsmodeller, og mappingen mellom disse modellene og FHIR-profilene. FHIR-profilering gjennomføres ute i de ulike DHO-aktivitetene i sektor. Kodeverk og terminologi utvikles i samarbeid med Direktoratet for e-helse. Program digital samhandling vil gjennomføre normeringsaktiviteter og utarbeide normerende produkter som veiledere og anbefalinger som sektoren kan benytte. Dette må skje i nært samarbeid med sektoren og med utgangspunkt i utprøvningsaktiviteter i pågående prosjekt for arkitektur og infrastruktur innunder Nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP).

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

- Gjennomføre normeringsaktiviteter og utarbeide normerende produkter som veiledere og anbefalinger for deling av data fra digital hjemmeoppfølging

#### 8.1.2.1.4 Teknisk

Gjennomføringen av tiltaket innebærer å utvikle et antall tjenester for datadeling. Nøyaktig hvilke tjenester som skal utvikles vil avklares i gjennomføringen av tiltaket, blant annet basert på innmelding av behov og erfaringer fra aktiviteter om digital hjemmeoppfølging i sektoren gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram. I arbeidet må det vurderes hvilken teknologi tjenestene skal bygges på, og om det er behov for å gjennomføre anskaffelser av teknologi som benyttes for datadeling, eksempelvis integrasjonsprogramvare for API Management og API gateway.

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

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

### 8.1.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Dette tiltaket henger nøye sammen med Nasjonalt velferdsteknologiprogram og arbeidet som gjøres der med arkitektur, infrastruktur og utprøving gjennom DHO-aktiviteter i sektoren. Dette arbeidet gir viktig erfaring og innspill til gjennomføring av tiltaket, blant annet til hvilke tjenester som trengs og utformingen av disse. I tillegg vil Nasjonalt velferdsteknologiprogram, som vil pågå ut 2024, bidra til utbredelse av de nasjonale tjenestene som utvikles i tiltaket, etter hvert som de kommer på plass.
- Tiltaket er avhengig av at det beskrives en overordnet arkitektur og normerende produkter for datadeling mellom innbygger og helsepersonell, som også kan brukes for digital hjemmeoppfølging. Den overordnede arkitekturen må være i tråd med målarkitektur for datadeling og være uavhengig av enkeltleverandører.
- Tiltaket har også en særlig sammenheng med prosjektet digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner. Egenbehandlingsplanen beskriver tiltak som innbygger selv har ansvaret for å gjennomføre.<sup>3</sup> For eksempel kan DHO-løsninger som samler inn måledata sees som både innledende veiledning til og videre oppfølging av brukerens egenbehandlingsplan. Denne sammenhengen må det tas spesielt hensyn til i gjennomføringen. Dette innebærer blant annet å avstemme arkitekturvalg slik at integrasjonen mot digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner er ivaretatt.
- Det er flere aktører som allerede er i gang med løsninger for DHO. Disse initiativene må kunne videreføres til en fremtidig løsning. Dette forutsetter tett samarbeid med aktører i helse- og omsorgssektoren om pågående arkitekturarbeid og implementeringsprosjekter i kommuner og RHF-ene.
- Tiltaket har også avhengigheter til TAG i PDS steg 1 (eksempler - API management, Felles tillitsmodell, HelseID utvidelse).
- Tiltaket forutsetter tett samarbeid på tvers av fagmiljøer innen arkitektur, helsefag, standardisering og kodeverk og terminologi, i og utenfor Direktoratet for e-helse.

---

<sup>3</sup> Formålet med egenbehandlingsplanen er å oppdage forverring tidlig, forebygge og å redusere utvikling av en forverring, hindre sykehusinnleggelse og gi økt trygghet og mestringsopplevelse. Den gir pasienten retningslinjer for hva som kan gjøres på egenhånd for å holde seg i best mulig form og hva som kan/bør gjøres ved en forverring av sykdommen. Pasienten følges opp av helsepersonell i tråd med egenbehandlingsplanen og avtale for oppfølging. Planen er individuell og kan være delt inn i områder som angir tilstand og grad av forverring med aktuelle tiltak knyttet til de ulike områdene.

## 9 Overordnede arkitekturbeskrivelser for samhandling steg 2

En del av det konseptuelle målbildet for program digital samhandling er en nasjonal infrastruktur for helhetlig samhandling. Denne samhandlingsinfrastrukturen tilbyr informasjonstjenester som understøtter en kunnskapsbasert og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som utnytter teknologiske muligheter for å tilby helhetlige og sikre tjenester av høy kvalitet.

Informasjonstjenestene brukes av helsepersonell gjennom forskjellige kliniske fagsystem og kjernejournal-portal. Sistnevnte kan tenkes å brukes frittstående eller som en integrert modul i kliniske fagsystem. Helseregistre er ikke tegnet inn i figuren, men disse kan også tenkes å benytte informasjonstjenestene. I tillegg vil flere av informasjonstjenestene også være relevante for aktører utenfor helse- og omsorgssektoren, for eksempel NAV.

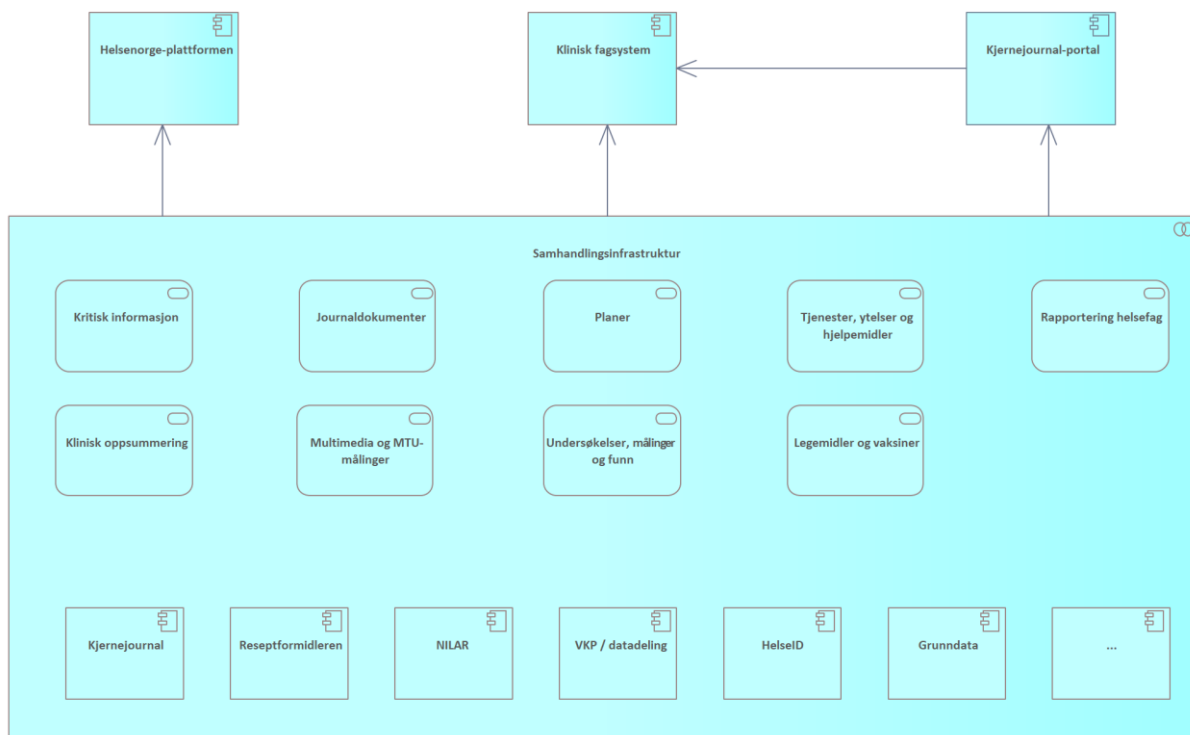
Innbyggere vil benytte informasjonstjenestene gjennom Helsenorge-plattformen. Informasjonstjenestene realiseres gjennom de nasjonale e-helseløsningene, for eksempel kjernejournal, Reseptformidleren, NILAR m.fl.

Samhandlingsinfrastrukturen er således ikke én løsning, men et konsept som i sum vil realiseres av samspillet mellom tjenester som leveres gjennom de nasjonale e-helseløsningene. Samhandlingsinfrastrukturen vil være i stadig endring etter hvert som både informasjonstjenester og de nasjonale e-helseløsningene utvikles for å dekke endrede og nye behov.

Skissen under viser et overordnet perspektiv på samhandlingsarkitekturen, mens overordnede perspektiver på det enkelte samhandlingsområdet følger i underkapitlene. Skissene er modellert med bruk av Archimate og følger dens notasjon.

Skissene viser sammenhenger mellom ulike tjenester, løsninger og komponenter, men har ikke til hensikt å beskrive løsningsarkitektur for den enkelte løsning/komponent.

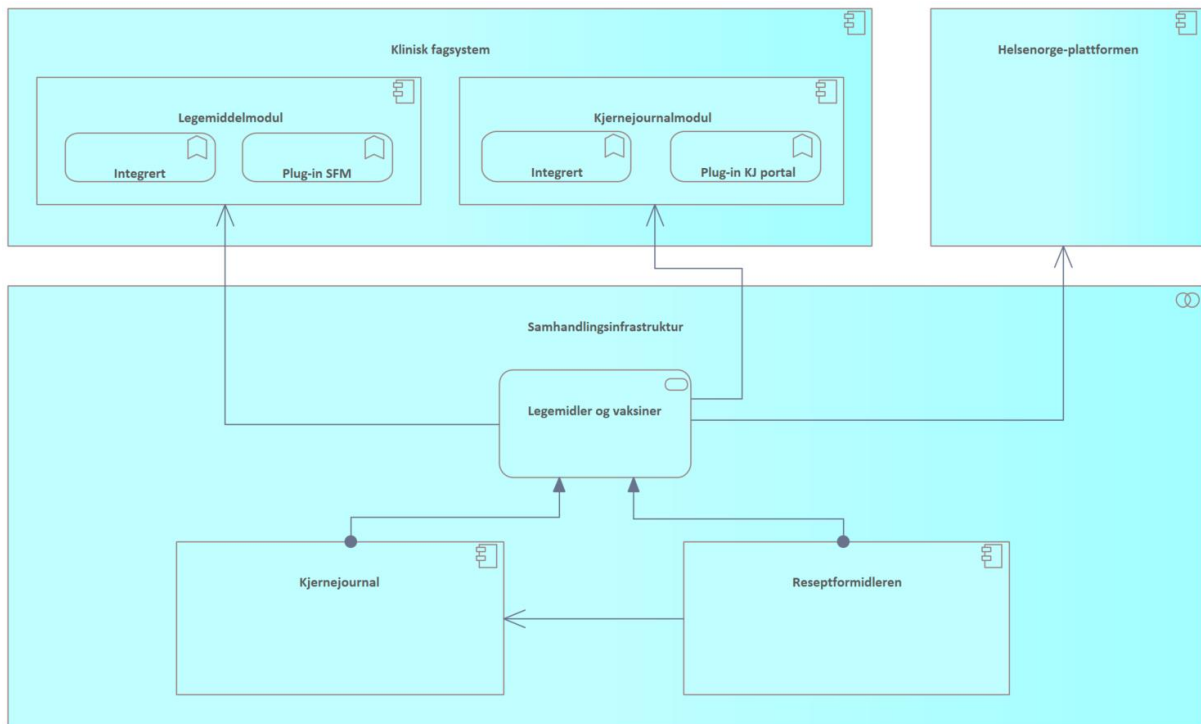




Figur 31 Overordnet arkitekturperspektiv på samhandlingsarkitektur

## 9.1 Pasientens legemiddelliste

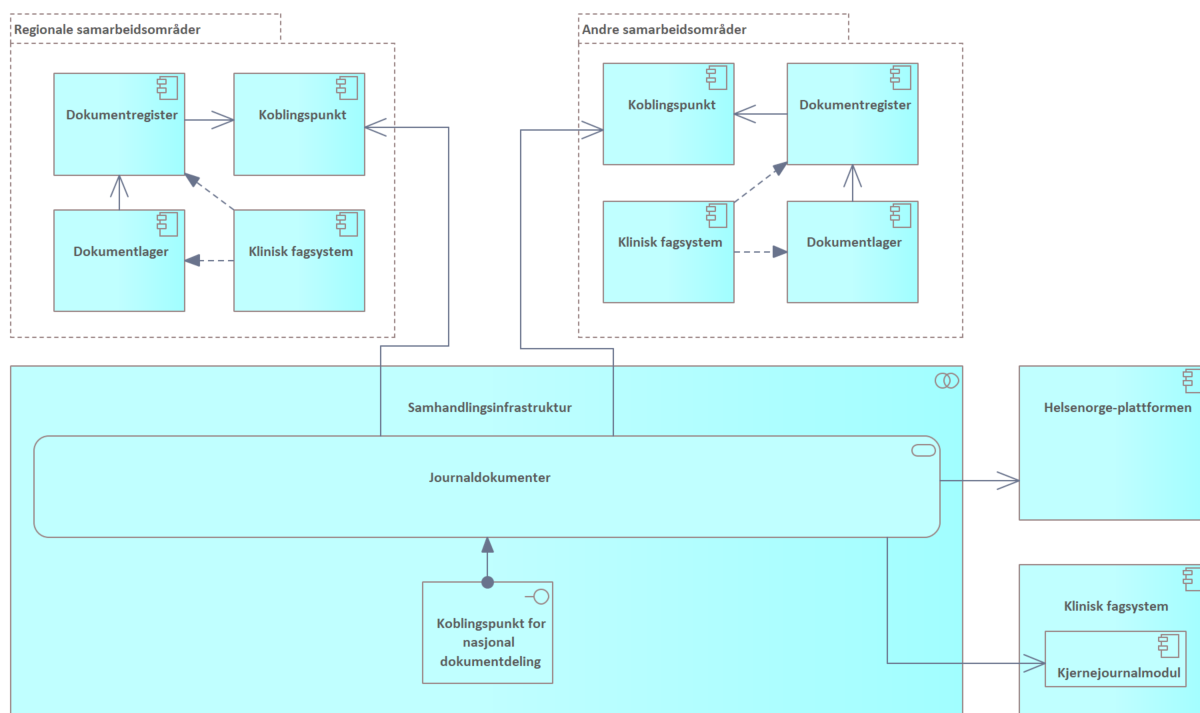
Dette tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten Legemidler og vaksiner. Informasjonstjenesten vil tilbys på samhandlingsinfrastrukturen og benytter funksjonalitet i henholdsvis kjernejournal og Reseptformidleren. Helsepersonell vil bruke informasjonstjenesten gjennom kliniske fagsystem. Integrasjonen i kliniske fagsystem kan gjøres gjennom enten en legemiddelmodul eller kjernejournalmodul. Disse modulene kan enten bruke API-er som tilbys direkte på samhandlingsinfrastrukturen eller de kan benytte plug-in for henholdsvis sentral forskrivningsmodul (SFM) eller kjernejournal. Dersom API-er brukes direkte fra samhandlingsinfrastrukturen må EPJ-leverandøren også utvikle forretningslogikk. Innbyggere vil bruke informasjonstjenesten gjennom Helsenorge-plattformen.



Figur 32 Overordnet arkitekturperspektiv på samhandlingsområde pasientens legemiddelliste

## 9.2 Dokumentdeling

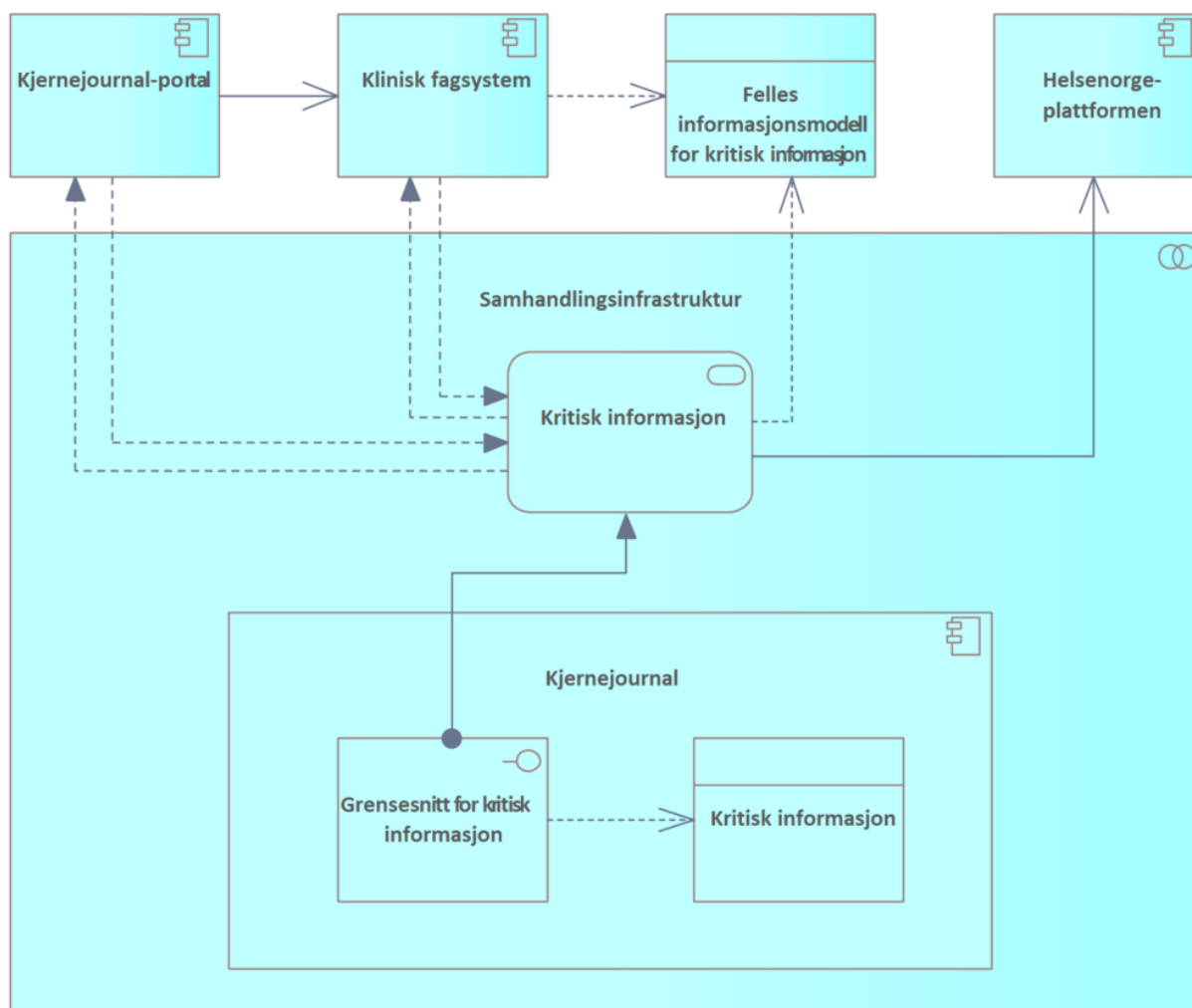
Dette tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten Journaldokumenter. Informasjonstjenesten vil tilbys på samhandlingsinfrastrukturen og baserer seg på ett koblingspunkt for nasjonal dokumentdeling som knytter sammen koblingspunktene innenfor de ulike samarbeidsområdene. Helsepersonell vil opptre som produsenter av dokumenter overfor informasjonstjenesten gjennom å bruke sine kliniske fagsystem. Helsepersonell vil konsumere dokumenter gjennom kjernejournal, som vil være integrert med det kliniske fagsystemet. De kliniske fagsystemene sørger for at dokumenter blir gjort tilgjengelig i et dokumentlager og registreres i et dokumentregister. Innbyggere vil bruke informasjonstjenesten gjennom Helsenorge-plattformen.



Figur 33 Overordnet arkitekturperspektiv på samhandlingsområde dokumentdeling

## 9.3 Kritisk informasjon

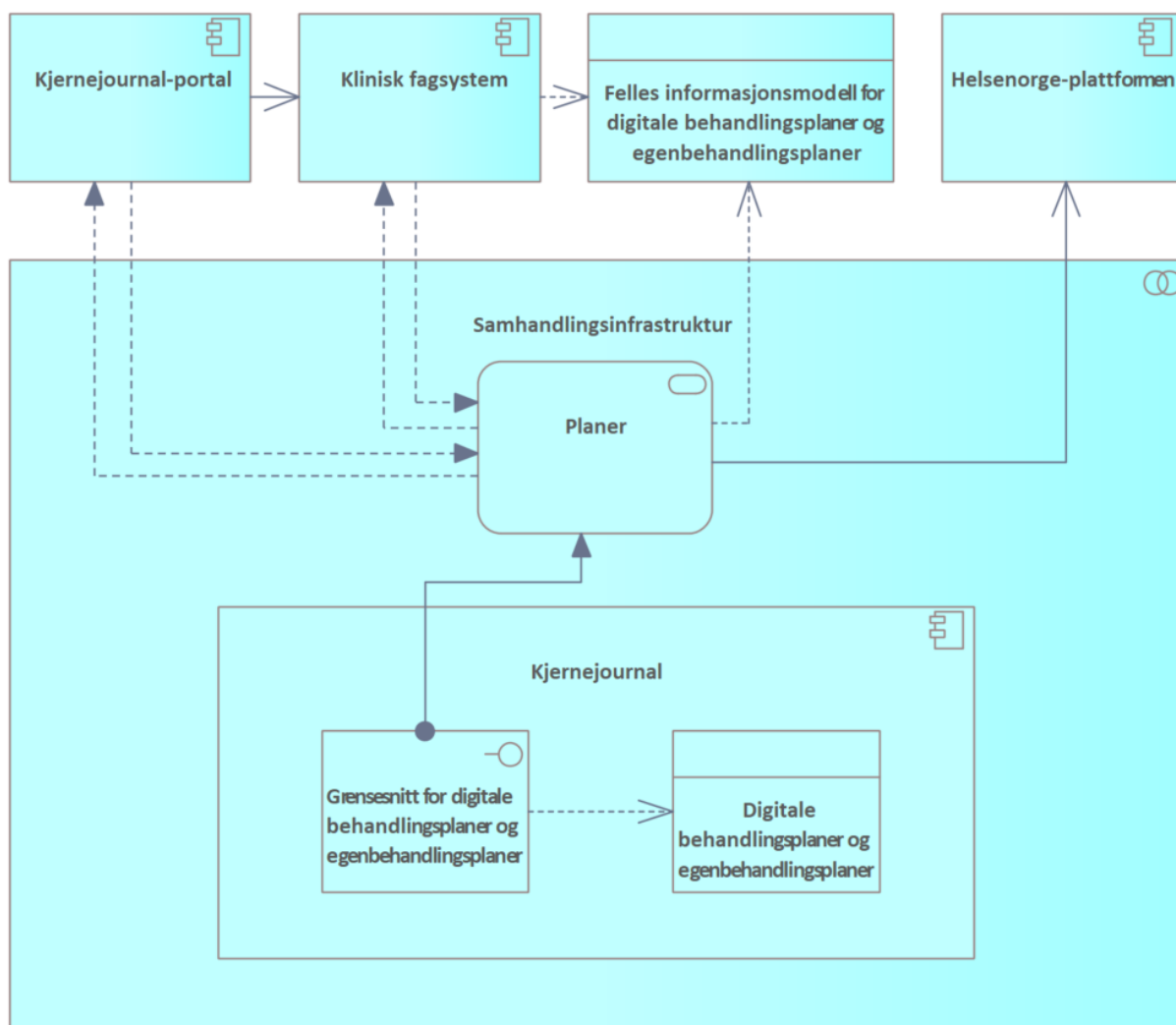
Dette tiltaket bidrar til å realisere informasjonstjenesten Kritisk informasjon. Informasjonstjenesten vil tilbys på samhandlingsinfrastrukturen og baserer seg på både grensesnitt og sentral lagring i kjernejournal. Helsepersonell vil bruke informasjonstjenesten gjennom kliniske fagsystem. På samme måte som med informasjonstjenestene Legemidler og vaksiner og Dokumentdeling, kan de kliniske fagsystemene ta i bruk informasjonstjenesten Kritisk informasjon enten ved å bruke API-et direkte eller ved å bruke kjernejournal-portal. Innbyggere vil bruke informasjonstjenesten gjennom Helsenorge-plattformen. Informasjonstjenesten Kritisk informasjon baseres på én felles informasjonsmodell og alle involverte aktører må forholde seg til denne.



Figur 34 Overordnet arkitekturperspektiv på samhandlingsområde kritisk informasjon

## 9.4 Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner

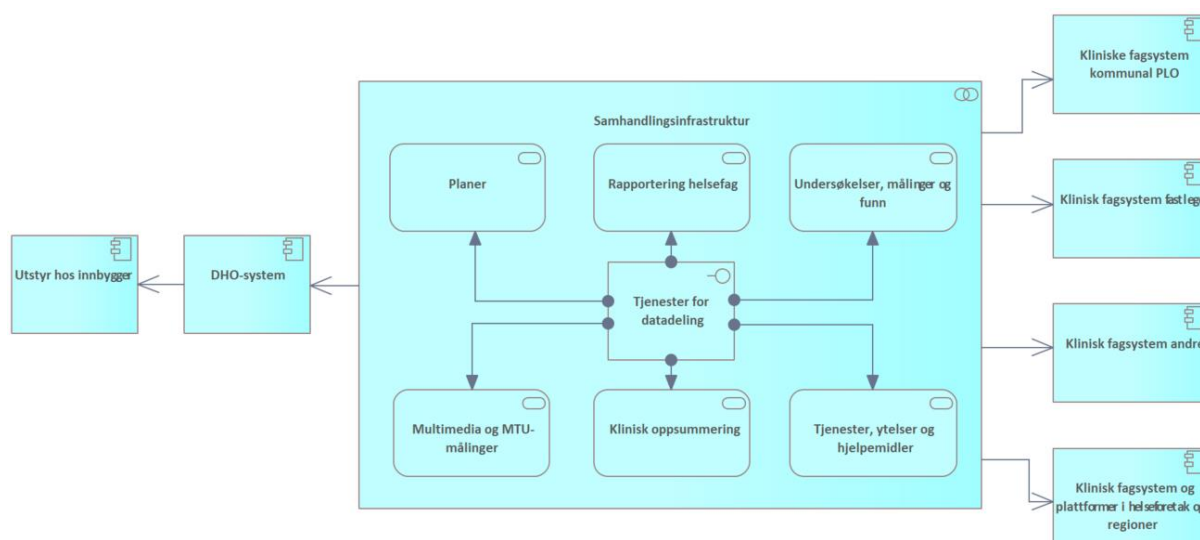
Dette tiltaket bidrar til å realisere deler av informasjonstjenesten Plan. Informasjonstjenesten vil tilbys på samhandlingsinfrastrukturen og belager seg på både grensesnitt og sentral lagring i kjernejournal. Helsepersonell vil bruke informasjonstjenesten gjennom sine kliniske fagsystem. På samme måte som med informasjonstjenestene Legemidler og vaksiner og Kritisk informasjon, kan de kliniske fagsystemene ta i bruk informasjonstjenesten Planer enten ved å bruke API-et direkte eller ved å bruke kjernejournal-portal. Innbyggere vil bruke informasjonstjenesten gjennom Helsenorge-plattformen. Det eksisterer én felles informasjonsmodell for informasjonstjenesten Plan og alle involverte aktører må forholde seg til denne.



Figur 35 Overordnet arkitekturperspektiv på samhandlingsområde digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner

## 9.5 Datadeling for digital hjemmeoppfølging

Dette tiltaket vil understøtte og bidra til en raskere realisering av en rekke av informasjonstjenestene, blant annet Plan, Rapportering helsefag (Egenrapportering/Skjema), Undersøkelser, målinger og funn, Målinger fra medisinsk utstyr (Måledata), Klinisk oppsummering (Oppsummeringer) og Tjenester, ytelser og hjelpemidler (Tjenester). Disse informasjonstjenestene vil tilbys på samhandlingsinfrastrukturen og benytter standardiserte grensesnitt for datadeling. De standardiserte grensesnittene kan benyttes til forskjellige typer datadeling, både internt i virksomheter og mellom behandlingsnivåer, og vil også kunne dekke datadelingsbehov mellom innbygger og helsepersonell. Helsepersonell i helse- og omsorgssektoren vil bruke informasjonstjenestene gjennom henholdsvis DHO-system og kliniske fagsystem. Informasjonsflyt er ikke vist i figuren under. I hovedsak vil data deles fra venstre mot høyre, fra «Utstyr hos innbygger» til «DHO-system» og til ulike kliniske fagsystem ved hjelp av tjenester for datadeling.



Figur 36 Overordnet arkitekturperspektiv på samhandlingsområde datadeling for digital hjemmeoppfølging

## 10 Referanser

1. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre, Meld. St. 15 (2017–2018).* 2018.
2. —. *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, Meld. St. 7 (2019–2020).* s.l. : Helse- og omsorgsdepartementet, 2019.
3. —. *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert.* 2020.
4. **Direktoratet for e-helse.** *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journaløsning, Bilag G2, Helhetlig samhandling, IE-1056.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2020.
5. —. *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-hesløsninger 2021 - 2025, IE-1071.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2020.
6. —. *Felles plan 2021 RHF.*
7. —. *Mållarkitektur for nasjonal dokumentdeling, Versjon 1.0, HITR 1222:2019.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2019.
8. —. *IHE XDS metadata, Norsk profil for IHE XDS.b, HIS 1169:2016, oppdatert 12/2020.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2016.
9. **EUROPEAN COMMITTEE FOR STANDARDIZATION.** *Health informatics — The International Patient Summary.* s.l. : Standard Norge, 2019. NS-EN 17269:2019.
10. **Helsedirektoratet.** *Digital behandlings- og egenbehandlingsplan – Innholds- og løsningsbeskrivelse. Rapport fra planleggingsfasen.* s.l. : Helsedirektoratet, 2021.
11. —. Primærhelseteam - pilotprosjekt. *Helsedirektoraet.* [Internett] 5 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/primaerhelseteam-pilotprosjekt>.
12. **Direktoratet for e-helse.** *Digital hjemmeoppfølging – tilnærming til helhetlig samhandling, versjon 1.0, IE-1065.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2020.
13. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger - én journal.* Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.
14. —. *Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt ovenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.* 01 07 2013.
15. **Statistisk sentralbyrå.** *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016 - Statistikk om tjenester og tjenestemottakere.* 14 08 2017. ISBN 978-82-537-9591-1.
16. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal.* Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.
17. **Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet.** *Utredning av «Én innbygger – én journal».* Sammendrag. Oslo : Helsedirektoratet, 2015.

18. **Kommunal- og moderniseringsdepartementet.** *Meld. St. 27 (2015–2016) Digital Agenda for Norge - IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet.* Oslo : Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016.
19. —. *Digital Agenda for Norge - IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet, Meld. St. 27 (2015–2016).* Oslo : Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016.
20. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Én innbygger - én journal, Meld. St. 9 (2012-2013).* Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.
21. —. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt ovenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, I-3/2013. *Regjeringen.no.* [Internett] 01 07 2013. [Sisert: 24 11 2021.] [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hoeringer\\_kta/dokumenter/rundskriv\\_i-3\\_2013.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hoeringer_kta/dokumenter/rundskriv_i-3_2013.pdf).
22. **Direktoratet for e-helse.** *Konseptvalgutredning, Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste, IE-1029.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2018.
23. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Oppdragsdokument 2021, Helse Midt-Norge RHF.* s.l. : Regjeringen.no, 2021.



 Direktoratet for e-helse

**Besøksadresse**

Verkstedveien 1  
0277 Oslo

**Kontakt**

[postmottak@ehelse.no](mailto:postmottak@ehelse.no)