



Direktoratet for
e-helse

Kortversjon av veikart for nasjonale e-hesløløsninger 2021 - 2025

Versjon 1.01



IE-1072

Publikasjonens tittel:

Kortversjon av veikart for
nasjonale e-helseløsninger
2021 – 2025

Rapportnummer

IE-1072

Utgitt:

November 2020

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

Innhold

1	Bakgrunn.....	4
2	Veikart for nasjonale e-helseløsninger 2021 – 2025.....	6
2.1	Innbygger skal ha mulighet for å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorger	9
2.2	Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens legemiddelliste	11
2.3	Helsepersonell skal ha tilgang til en oppdatert og autoritativ beskrivelse av kritisk informasjon	13
2.4	Helsepersonell skal ha tilgang til journaldokumenter uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp.....	14
2.5	Helsepersonell skal ha tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt	15
2.6	Helsepersonell skal ha tilgang til dialogmeldinger og forbedrede henvisninger.....	15
2.7	Innbygger skal ha muligheter for digital hjemmeoppfølging	16
3	Avhengigheter til tiltak i helhetlig samhandling.....	17
3.1	Avhengigheter mellom tiltakene i veikartet og modernisering av tillitstjenester og grunndata.....	17
3.2	Avhengigheter mellom tiltakene i veikartet og helhetlig samhandling	18
4	Sammenheng mellom veikartet og Akson journal	18
5	Risiko og forutsetninger	19
5.1	Overordnet risiko i veikartet.....	19
5.2	Forutsetninger for å gjennomføre veikartet.....	21

1 Bakgrunn

Behovet for digitalisering for å støtte opp under tjenesteutviklingen i helse- og omsorgssektoren er omfattende, og det gjenspeiles i aktivitetsnivået. Den nasjonale e-helseporteføljen består i dag av 51 prosjekter og programmer, som samlet er et viktig bidrag for å realisere nasjonal e-helsestrategi. Koronapandemien har styrket behovet, mulighetene og motivasjonen for digitalisering, og det forventes at erfaringene fra 2020 vil prege både prioriteringer og investeringsvilje i årene som kommer. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 Meld. St. 7 (2019-2020) bekrefter det politiske målet om å etablere en sterkere nasjonal samordning av digitaliseringsarbeidet i helse- og omsorgssektoren, for å legge til rette for gode og likeverdige helsetjenester på tvers av virksomhetene og omsorgsnivåene.

Strukturene og styringen av helse- og omsorgssektoren gjør det utfordrende å få på plass god samhandling, men gjennom nasjonale e-helseløsninger kan sektoren vise til en rekke gode resultater de siste årene som kommer innbyggere, pasienter, pårørende, helsepersonell og samfunnet for øvrig til gode:

- Befolkningen har fått Helsenorge med tilgang til kvalitetssikret informasjon, de kan i økende grad se sin egen journal og ha digital dialog med helsepersonell og andre nasjonale helse- og omsorgstjenester.
- Helsepersonell har fått kjernejournal med tilgang til sentrale helseopplysninger som for eksempel hvilke resepter en pasient har, hvorvidt pasienten har sykdommer eller lidelser som vil kunne ha avgjørende betydning for valg av helsehjelp, og helt nylig tilgang til covid-19-relaterte prøvesvar.
- Gjennom e-resept forskrives nesten 90 % av alle resepter digitalt.
- Meldingsutveksling, og etter hvert også dokument- og datadeling, bidrar til kontinuerlig styrkning av samhandlingsevnen blant aktørene.
- Felles løsninger for grunndata og kodeverk sikrer flyt av oppdatert og enhetlig informasjonsgrunnlag i helsesektoren.
- HelseID bidrar til at informasjon som deles mellom helsepersonell og virksomheter ivaretar personvern og informasjonssikkerhet.

I tillegg har det foregått en rekke tiltak ute blant virksomheten som har bidratt til økt samhandling digitalisering innen helse- og omsorgstjenesten. Fastleger og avtalespesialister kan også tilby digitale innbyggertjenester for dialog og administrasjon via andre løsninger enn Helsenorge. Enkelte kommuner prøver også ut, eller tilbyr deltjenester som for eksempel bestilling av timer eller symptomregistreringsskjemaer uavhengig av Helsenorge.

I Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal er det satt ambisiøse mål for digitaliseringen innen helse- og omsorgstjenesten. Målet er å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Pasientene skal oppleve sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommune, og digitale løsninger skal gjøre arbeidshverdagen til helsepersonell enklere og pasientopplevelsen tryggere. Verdien av digitalisering ligger i hva den kan bety for tilbudet til pasientene og arbeidshverdagen til helsepersonell.

Innbyggerundersøkelse fra 2019 viser at mange er fornøyde med de digitale tjenestene som er tilgjengelige, og at tilfredsheten øker i takt med hvor ofte man har benyttet dem. Målet er at pasienten blir en aktiv deltaker i egen helse og behandling, og digitale innbyggertjenester er en forutsetning for å nå dette målet.

Selv om at vi har fått utrettet mye de siste årene, er det fortsatt mye som gjenstår før vi har realisert målene i Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal. Utviklingen mot målene i Én innbygger – én journal skjer gjennom fem store tiltak:

1. Helseplattformen skal innføre ny, felles pasientjournal ved sykehus og kommuner i hele Midt-Norge.
2. Kommunene utenfor Midt-Norge går sammen om å etablere en ny, felles pasientjournal som understøtter alle deres helse- og omsorgstjenester.
3. De tre øvrige regionale helseforetakene (Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF) sørger for en felles plan og koordinert utvikling for modernisering av deres journalsystemer.
4. Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett etablerer en felles helseanalyseplattform som skal sikre at helsedata er enkelt, sikkert og effektivt tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.
5. Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett videreutvikler de nasjonale e-helseløsningene og felles grunnmurskomponenter for å nå målene om helhetlig samhandling. Dette vil skje trinnvis der steg 1 omfatter modernisering av tillits- og grunndatatjenester, å gi helsepersonell tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt, samt forprosjekt for steg 2.

Flertallet av tjenestene i de nasjonale e-helseløsningene er etablert for å forbedre samhandling. For å få samfunnsøkonomiske gevinster av prosjektene som videreutvikler nasjonale e-helseløsninger og felles grunnmur er det en forutsetning at et tilstrekkelig antall aktører tilgjengeliggjør tjenesten. Dersom kun et utvalg av aktørene velger å ta tjenesten i bruk, vil investeringen ikke gi ønsket samfunnsøkonomisk lønnsomhet og i ytterste konsekvens ikke gi nytte for innbyggere eller helsepersonell.

I dag kan hver enkelt helsevirksomhet selvstendig beslutte i hvilken grad nasjonale e-helseløsninger skal tas i bruk. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor pekt på behovet for et veikart som viser sammenheng og avhengigheter mellom de ulike tiltakene i sektoren og hvordan de bidrar til at nasjonale e-helseløsninger blir tatt i bruk. Veikartet skal vise avhengigheter og sammenheng mellom de ulike e-helsetiltakene i sektoren og på den måten sikre prioritering og gjennomføring slik at man oppnår forventet samfunnsøkonomisk lønnsomhet.

Direktoratet for e-helse har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet et veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger i helse- og omsorgssektoren i perioden 2021-2025. Løsningene som er kartlagt er kjernejournal, Helsenorge, e-resept, meldingsutveksling og felles grunnmur, og det er sett i sammenheng med Akson felles kommunal journal og helhetlig samhandling steg 1. De anbefalte investeringene i helhetlig samhandling steg 1 er nødvendig for å sikre at nye samhandlingsformer (for eksempel innsyn i journaldokumenter og deling av data i digital hjemmeoppfølging) kan gjøres på en sikker måte. Akson journal vil gi helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste muligheter for å dele helseopplysninger utover det som løses gjennom tiltakene i veikartet. Akson journal vil også redusere kompleksiteten med at mange ulike selvstendige virksomheter må koble seg til de samme nasjonale e-helseløsningene. I tillegg vil Akson journal legge til rette for målene i Primærhelsemeldingen Meld. St. 26 (2014-2015), som å jobbe forebyggende, samordne tilbud og vurdere riktig bruk av ressursene.

2 Veikart for nasjonale e-helseløsninger 2021 – 2025

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

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



Figur 1. Verdikjede for tilrettelegging og tilgjengeliggjøring av nasjonale e-helseløsninger

Veikartet gir en oversikt over hvor i endringsprosessen de ulike tjenestene er på nåværende tidspunkt. Dette inkluderer beskrivelser av hvilke aktørgrupper som har gjort nødvendige tilrettelegginger og gjennomført endring i virksomhetene.

I de to første fasene, *konsept* og *nasjonal tilrettelegging*, gjennomføres som regel tiltakene i nasjonal regi med tett involvering av interessentene i sektoren. I *konseptfasen* avklares hvorvidt det identifiserte behovet støtter opp under målene i nasjonal e-helsestrategi, og at en nasjonal tjenestene vil være den beste måten å oppnå ønsket endring.

Dersom konseptutredningen viser at behovet best løses nasjonalt, kan prosessen gå videre til fasen *nasjonal tilrettelegging*. I denne fasen utvikles tjenesten, nødvendige standarder etableres, helsefaglige veiledere blir utarbeidet, forskrifter endret og lignende. Som en del av denne fasen skal tjenesten utprøves med et mindre antall aktører for å verifisere at gjennomføringsstrategi, innføringsstrategi og samfunnsøkonomisk nytte står seg med de antakelser som er lagt til grunn i konseptfasen. Fordi utvikling av nasjonale e-helseløsninger står sentralt i denne fasen, omtales den i veikartet ofte bare som *utvikling*.

I de etterfølgende fasene er det de ulike virksomhetene i sektoren som har fremdriftsansvaret. I veikartsammenheng ser man hvor langt majoriteten av aktørene har

kommet når det bestemmes hvilken fase man er i. Hver enkelt virksomhet har ansvar for å legge til rette i lokal infrastruktur og gjennomføre nødvendige endringer i prosesser og organisasjon for å tilgjengeliggjøre tjenesten til brukerne sine. Aktivitetene i disse fasene omtales gjerne samlet som *innføring*.

Verdikjeden er en forenkling av den faktiske gjennomføringen, og i praksis vil en endringsprosess gjennomføre aktiviteter som tilhører flere faser samtidig. Det vil for eksempel også kunne gjøres endringer i nasjonale e-helseløsninger i fasen *tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten* fordi man lærer underveis og videreutvikling er en del av forvaltning.

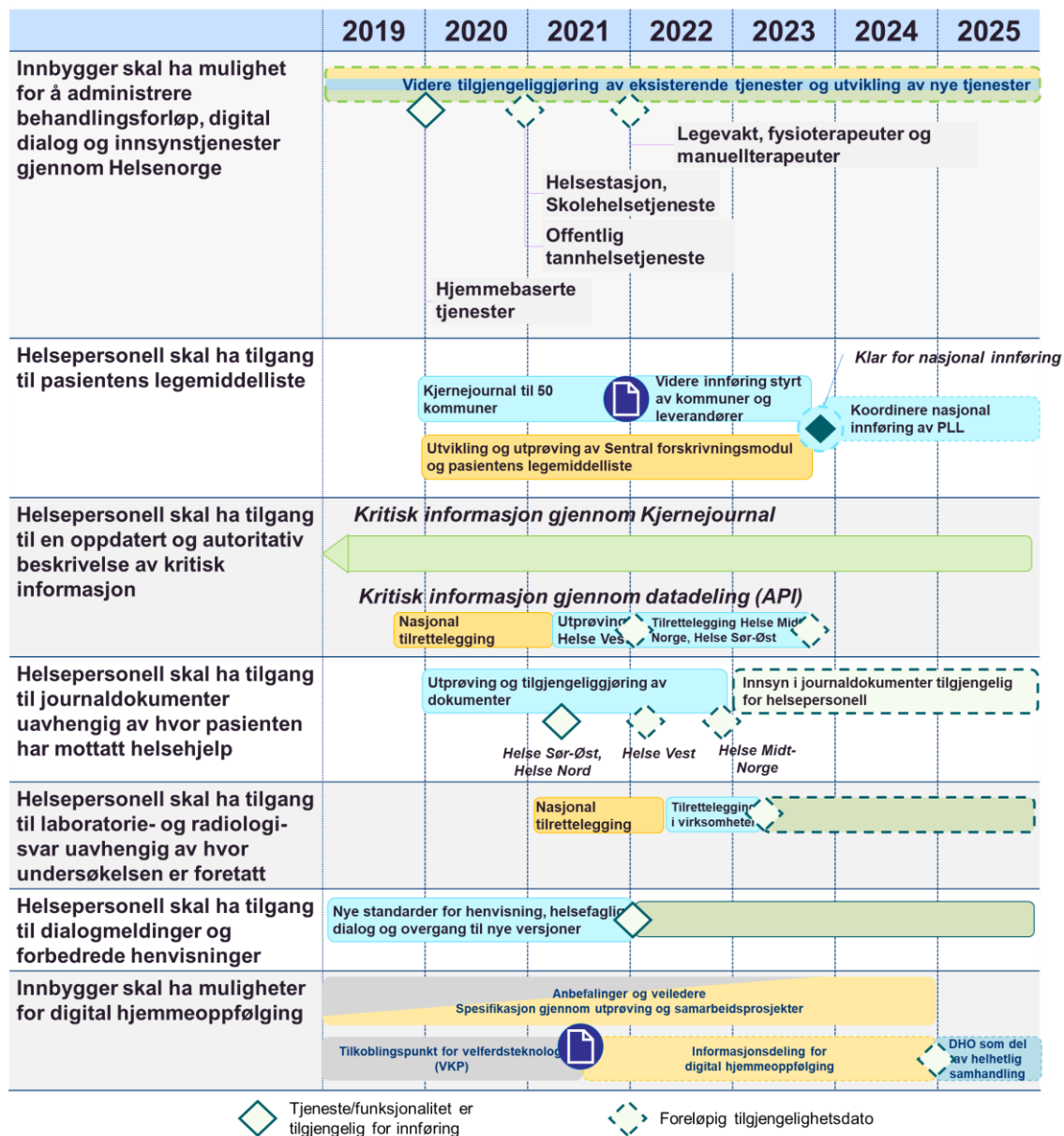
Veikartet er oppdelt etter hvilke endringer man ønsker å oppnå for helsepersonell og innbyggere. I tillegg er digital hjemmeoppfølging og innføring av elektronisk meldingsutveksling inkludert, da dette var spesifisert i oppdraget. Veikartet dekker tiltak som bidrar til følgende endringer:

- Innbygger skal ha mulighet for å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge.
- Innbygger skal ha muligheter for digital hjemmeoppfølging
- Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens legemiddelliste.
- Helsepersonell skal ha tilgang til en oppdatert og autoritativ beskrivelse av kritisk informasjon.
- Helsepersonell skal ha tilgang til journalldokumenter uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp.
- Helsepersonell skal ha tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt.
- Helsepersonell skal ha tilgang til dialogmeldinger og forbedrede henvisninger

Det pågår flere tiltak som berører de nasjonale e-helseløsningene utover de som er beskrevet i listen over. Disse tiltakene er vurdert til å være i konseptfase, det vil si at det foreløpig ikke er avklart innretning for den nasjonale tilretteleggingen. Eksempel på tiltak i denne kategorien er mulighet for både innbygger og helsepersonell til å opprette og dele digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner, få innsyn i dokumenter fra avtalespesialister og fastleger og for innbygger til å ha dialog med fysioterapeuter, manuellterapeuter og avtalespesialister.

Veikartet skal gi en oversikt over veien videre for de delene av nasjonale e-helseløsninger som er under utvikling og innføring. Denne versjonen av veikartet omhandler de tjenestene på nasjonale e-helseløsninger som er i fasene *nasjonal tilrettelegging*, *tilrettelegging i helse- og omsorgstjenester* eller *endring i virksomhetene*. Tjenester som ligger i konseptfasen har ikke tilstrekkelige planer til å skissere et veikart.

Figur 2 gir en oversikt over pågående utvikling og innføring av de nasjonale e-helseløsningene.



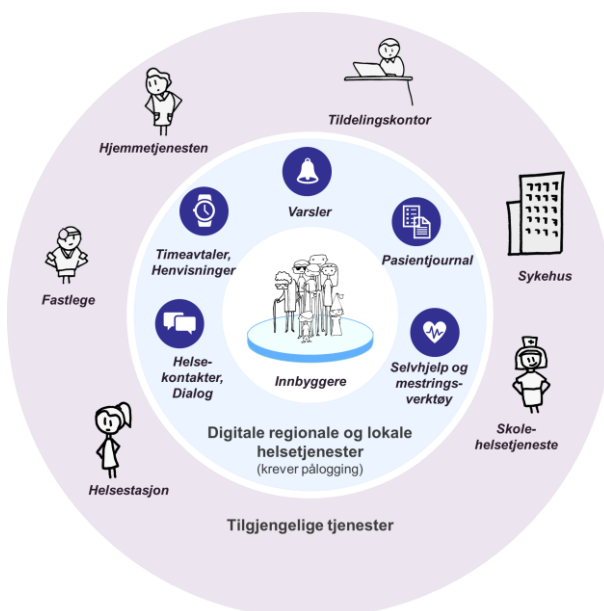
Figur 2. Oversikt over veikart for pågående utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger. (Siden variasjonen i status og planer er stor for ulike aktører på Helsenorge, er også de ulike tjenestene illustrert med flere av fargene).

Milepæler i veikartet:

- Flere og flere aktører i sektoren vil tilby administrasjon av behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester til innbyggere gjennom Helsenorge mellom 2021 - 2025.
- I perioden frem til 2023/2024 gjennomføres utvikling og utprøving av sentral forskrivningsmodul og pasientens legemiddelliste. Nasjonal innføring av pasientens legemiddelliste kan starte når det er etablert skalerbare tillitstjenester.
- Helse Vest, Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge vil prøve ut å oppdatere kritisk informasjon i kjernejournal automatisk fra egne kilder. Helse Midt-Norge vil koble seg til kjernejournal gjennom Helseplattformen.
- Innsyn i journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten kommer gradvis frem mot 2022/2023. Nasjonal skalering av innsyn er avhengig av moderniserte tillitstjenester og grunndata som realiseres gjennom Program helhetlig samhandling.

- Tjenestebasert adressering er planlagt innført medio 2021, nye standarder for henvisning og overgang til siste versjon av epikrise og PLO-meldinger er planlagt innført medio 2022, mens helsefaglig dialog og overgang til siste versjon av rekvisisjon og svar er planlagt innført ultimo 2022.
- Planen for digital hjemmeoppfølging er å utvide utprøvingen med velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) som gjøres sammen med kommunene, og etter hvert spesialisthelsetjenesten/helsefelleskap. Hensikten er å bruke prosjektene til gradvis spesifisering og realisering av felles rammeverk for informasjonsdeling relatert til digital hjemmeoppfølging. Arbeidet vil bidra til, og etter hvert blir en del av, utviklingen av helhetlig samhandling.

2.1 Innbygger skal ha mulighet for å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsnstjenester gjennom Helsenorge



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

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

Gjennom Helsenorge har befolkningen tilgang til to kategorier digitale tjenester. En kategori er de rene informasjonstjenester som formidler helserelatert informasjon til innbyggerne. Disse tjenestene krever ikke innlogging, og omfatter generelle råd om helse og livsstil samt kvalitetssikret informasjon om ulike sykdommer, helsehjelp og rettigheter. Den andre kategorien er digitale tjenester som innbyggere kan benytte for å følge opp egen helse og behandling. Disse tjenestene krever innlogging, og omfatter innsyn i egne helseopplysninger og kommunikasjon med den offentlige helse- og omsorgstjenesten og helseforvaltningen.

Stadig flere innbyggere har det siste året fått tilgang til nye tjenester via Helsenorge. En stor andel av tjenestene blir levert av nasjonale aktører, inkludert helseforvaltningen. Eksempel på denne type tjenester er muligheten til å opprette donorkort, bytte av fastlege, oversikt over vaksiner og legemidler på resept.

Gjennom de siste årene har innbyggere også fått tilgang til tjenester levert av spesialisthelsetjenesten gjennom prosjektet Digitale innbyggertjenester i Spesialisthelsetjenesten (DIS) og fastlegetjenesten gjennom prosjektet Digital dialog fastlege (DDFL). Dette er dialogtjenester som tilrettelegger for digital dialog mellom helse- og omsorgstjenesten og innbygger, administrative tjenester som hjelper innbygger å forstå og følge eget behandlingsforløp, innsyn i egne helseopplysninger hos den enkelte aktør og verktøy som skal bidra til selvhjelp og mestring. Disse tjenestene er avhengig av at aktører som yter helse- og omsorgshjelp tilgjengeliggjør tjenester via Helsenorge, det vil si kobler seg mot innbyggertjenesten på Helsenorge.

Gjennomgang av status viser at det per november 2020 fortsatt er variasjon i hvilke tjenester som er tilgjengelig avhengig av hvor man bor og hvilke helseaktører man har kontakt med. I andre halvår 2020 vil det etableres en ny strategi for Helsenorge for perioden 2021-2023.

Gjennom prosjektet DigiHelse er det tilrettelagt for at en kommune kan innføre digitale innbyggertjenester ved å ta kontakt med sin journalleverandør. Det nasjonale prosjektet for innføring av DigiHelse ledes av KS og er finansiert av kommunene.

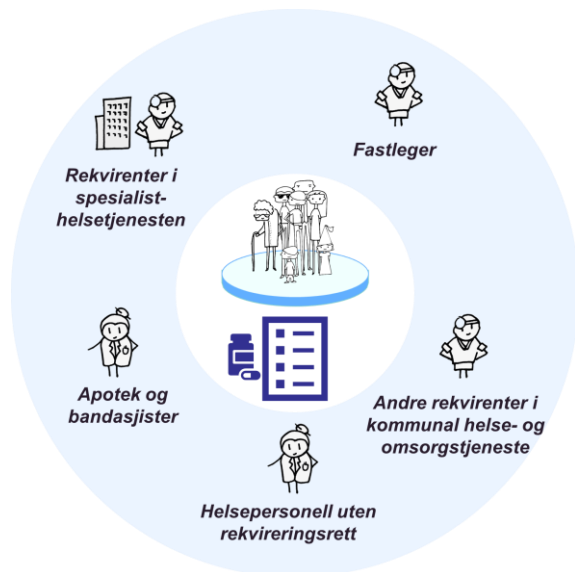
Det pågår også arbeid med å utvikle tjenester på Helsenorge for helsestasjoner og skolehelsetjenesten i regi av DigiHelsestasjon. Dette gir mulighet for tekstbasert e-konsultasjon med behandler, e-kontakt med legekantoret og timebestilling og-administrasjon. Oslo, Bergen, Stavanger og Haugesund har etablert et samarbeid som Oslo kommune leder. Det pågår utprøving høsten 2020 som vil fortsette utover i 2021. Når disse tjenestene er innført, vil de være tilgjengelig for i overkant 20 % av befolkningen.

Det pågår flere aktiviteter i DIS (Digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten) for utvikling av nasjonale tjenester, deriblant innsyn i prøvesvar og videokonsultasjon via Helsenorge. Tjenestene som utvikles i DIS skjer i samarbeid med de regionale helseforetakene.

Strategi for 2021 er ikke besluttet, men aktuelle tema er dialog med behandler, time 2.0 (legge til forberedelser, oppgaver og relevant informasjon i en timeavtale) og digital hjemmeoppfølging (inkludert dialog og egenrapportering av data). Disse tjenestene planlegges for utprøving i Helse Vest i 2021.

Det er foreløpig ingen planer om å tilgjengeliggjøre digitale innbyggertjenester hos avtalespesialistene.

2.2 Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens legemiddelliste



Tall fra 2019 viser at 93 prosent av alle utleveringer av reseptpliktige legemidler i apotek var basert på en elektronisk resept, og over 28 millioner resepter ble sendt til Reseptformidleren. Legekontor, legevakter, apotek og de fleste bandasjister benytter e-resept, i tillegg til alle de regionale helseforetakene. Det er også lagt til rette for at andre rekvirenter som tannleger, jordmødre og helsesykepleiere kan benytte seg av e-resept i henhold til deres forskrivningsrettigheter. Likevel er det kun et fåtall av tannlegene som har tilgang til e-resept i dag. Jordmødre og helsesykepleiere på helsestasjon mangler tilgang, da e-resept ikke støttes i deres elektroniske pasientjournal. Noen jordmødre på sykehus

har tilgang til e-resept.

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

I sykehjem og andre institusjoner i kommunal helse- og omsorgstjeneste som for eksempel ØHD/KAD er det tilnærmet ingen som har tilgang til e-resept, noe som betyr at de ikke har tilgang til sentral reseptinformasjon for pasientene de behandler. Det er kun Larvik kommune som har tatt i bruk e-resept for rekvirenter i sykehjem.

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

Elektronisk multidose omfatter tjenester for å håndtere informasjon som er nødvendig for å sikre en sikker forskriving og utlevering av multidoser. En multidose er en forseglet pose med legemidler som skal tas samtidig på et bestemt tidspunkt. Det er tilrettelagt for tjenesten i nasjonale komponenter (Reseptformidleren, FEST og utleverer-systemene), men tjenesten er i liten grad innført.

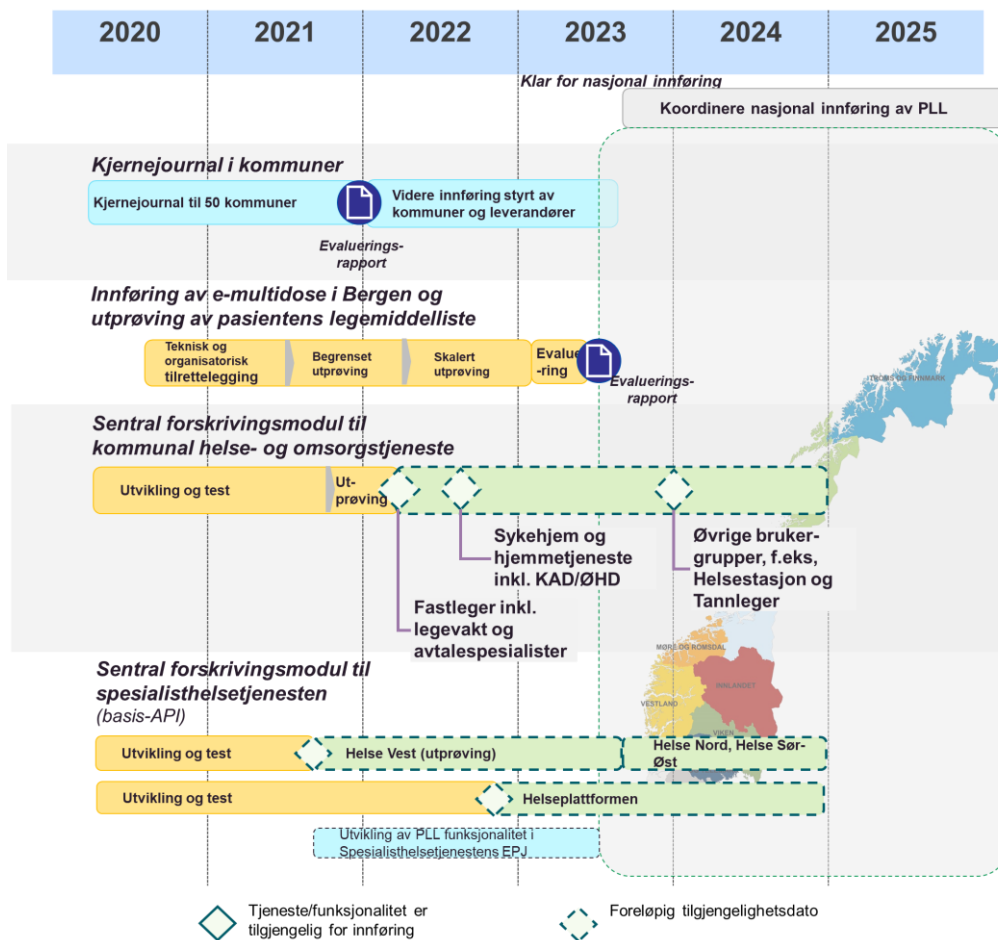
Pasientens legemiddelliste er en elektronisk oversikt over legemidlene som hver enkelt pasient skal bruke. Denne gir informasjon om legemiddelbehandling forskrevet fra alle deler av helsetjenesten, som for eksempel fra fastlege, sykehuslege eller sykehjemslege. Pasientens legemiddelliste skal gi enklere og tryggere håndtering av legemidler og sikre at helsepersonell i en behandlingssituasjon har tilgang på pasientens legemiddelhistorikk. Pasientens legemiddelliste vil bidra til bedre kontroll ved overføring av pasienter mellom

omsorgsnivå, økt pasientsikkerhet og redusert pasientskade. Helsepersonell vil redusere tiden de bruker på å bekrefte legemiddelopplysninger eller svare på henvendelser fra samarbeidsaktører. Dette kan gjelde både ved overføring av pasienter mellom virksomheter eller omsorgsnivå, eller ved utlevering av legemidler i apotek.

Det er i dag to måter en virksomhet kan koble seg til e-reseptkjeden. Enten ved at deres journalleverandør har en egen legemiddelmodul som møter de funksjonelle kravene og kobler seg til direkte mot reseptformidleren (RF), eller ved at journalleverandøren benytter den sentralt utviklede *Forskrivningsmodulen* (FM) som gir forskrivningsfunksjonalitet og integrasjon mot RF.

Innføringen av pasientens legemiddelliste vil øke de funksjonelle kravene til legemiddelfunksjonalitet i journalløsningene og øke kompleksiteten i tilkoblingen til reseptformidleren. For å sikre en effektiv innføring av pasientens legemiddelliste er det besluttet å utvikle *Sentral forskrivningsmodul* (SFM). SFM skal være en løsning som vil gi fremtidige brukere en integrert og brukervennlig legemiddelmodul som forvaltes og driftes sentralt av Norsk Helsenett. Journalleverandører som ønsker å tilby e-resept gjennom sitt EPJ kan bruke SFM eller utvikle tilsvarende funksjonalitet selv. De leverandørene som bruker SFM, må inngå en avtale som dekker valgt integrasjon.

Figur 3 gir en oversikt over foreløpige planer for nasjonal tilrettelegging og innføring av pasientens legemiddelliste og elektronisk multidose i helse- og omsorgstjenesten.

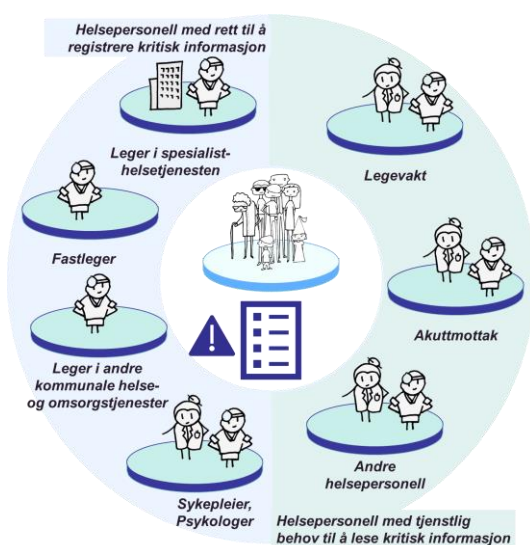


Figur 3. Foreløpig veikart for realisering av pasientens legemiddelliste og innføring av e-resept i flere enheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste med sentral forskrivningsmodul

Sentral forskrivningsmodul vil utvikles og innføres stegvis. For helseforetakene i spesialisthelsetjenesten vil det utvikles et API som gjør det mulig å koble den legemiddelmodulen de bruker for å koble seg på reseptformidleren. Fastleger, legevakt og avtalespesialister vil være først ut med Sentral forskrivningsmodul med fullstendig funksjonalitet for forskrivning og håndtering av pasientens legemiddelliste, fulgt av sykehjem, hjemmebaserte tjenester og KAD/ØHD.

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

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



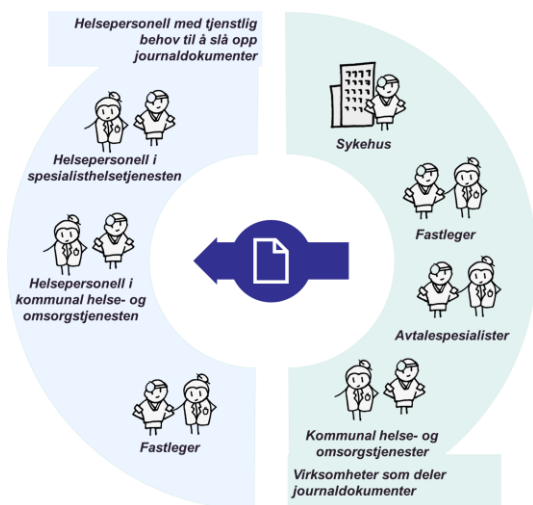
I Plan for e-helse (2019 – 2022) er det et mål at helsepersonell raskt, enkelt og sikkert kan gjøre nødvendige oppslag i pasientopplysninger fra andre behandlingssteder. Dette for å unngå feil, kunne gjenbruke prøvesvar og sikre raskere helsefaglige beslutninger. Kritisk informasjon er spesielt viktig i en øyeblikkelig hjelp situasjon eller når en pasient kommer i kontakt med et nytt ledd i behandlingen, eller starter ny behandling på nytt sted. Det å få kritisk informasjon lett tilgjengelig i journalløsningen vil bidra til at helsepersonell kan ta bedre behandlingsvalg.

I dag må leger registrere kritisk informasjon gjennom helsepersonellportalen i kjernejournal, i

t tillegg til at det registreres i pasientens journal på behandlingsstedet. Denne dobbeltføringen har ført til at informasjonen ofte ikke er tilgjengelig i kjernejournalen for innbyggere som burde hatt en slik registrering.

Det arbeides med å etablere et åpent API hvor virksomhetene kan koble journalløsningen direkte til kjernejournal for å slå opp og endre kritisk informasjon. Helsepersonell vil da ha tilgang til informasjonen i kjernejournal direkte i løsningen de bruker. Informasjonen i kjernejournal kan da benyttes direkte til beslutningsstøtte i journalløsningen, og kjernejournal vil kunne oppdateres direkte med opplysningene som registreres i fagsystemet. Tjenesten vil prøves ut av Helse Vest og endelig resultat vil foreligge ultimo 2021. Videre nasjonal tilgjengeliggjøring vil besluttes basert på funnene fra denne utprøvingen.

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



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

Innbyggere vil oppleve at helsepersonell de møter har nødvendige og relevante journalldokumenter tilgjengelig fra tidligere

kontakter med helse- og omsorgstjenesten, uavhengig av hvor innbyggeren har mottatt hjelp. Dette betyr at helsepersonell i virksomheter der henvisninger, epikriser eller andre oppsummerende dokumenter ikke er mottatt, eller ikke inneholder tilstrekkelig informasjon, kan slå opp hos andre aktører.

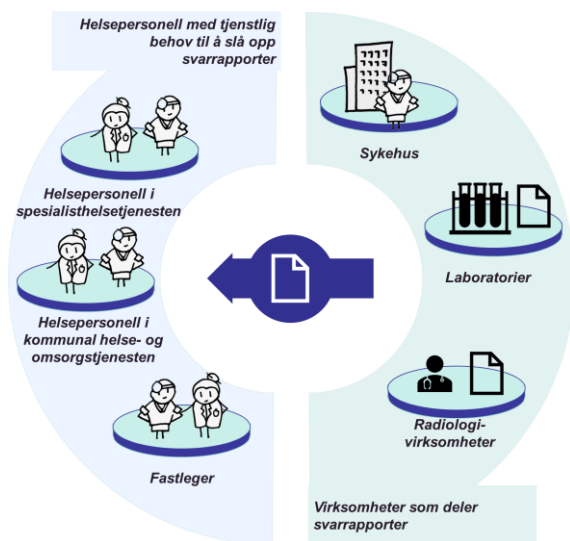
Foreløpig foreligger det kun planer for tilgjengeliggjøring fra de regionale helseforetakene. Det er planlagt å gjennomføre utprøving for både Helse Sør-Øst og Helse Nord i siste kvartal 2020. Utprøvingen i Helse Sør-Øst vil omfatte Oslo universitetssykehus (OUS) og Oslo kommune ved Storbylegevakt og Kommunal akutt døgnetenhet (KAD/ØHD). Helse Nord planlegger å gjennomføre utprøving av dokumentdeling gjennom kjernejournal sammen med Bodø kommune.

I Helse Vest er det satt i gang et arbeid med å etablere komponenter for identitets- og tilgangsstyring, som er nødvendige for at dokumenter skal kunne deles med helsepersonell utenfor helseforetakene i Helse Vest. Planen er at utprøving av dokumentdeling skal gjennomføres i løpet av 2021, og bygge på erfaringene som gjøres gjennom utprøvingen i Helse Sør-Øst.

Helse Midt-Norge/Helseplattformen jobber med å avklare hvordan de kan tilgjengeliggjøre dokumenter. Alternativene som vurderes er enten å bruke dagens journalløsning i Helse Midt-Norge (DocuLive) eller å avvente Helseplattformen.

Det er foreløpig ingen planer for deling av dokumenter fra fastleger, avtalespesialister og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

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



Hensikten med tjenesten er å gjøre laboratorie- og radiologisvar lettere tilgjengelig for helsepersonell i forbindelse med ytelse av helsehjelp, og prøvesvarene skal også gjøres lettere tilgjengelig for innbyggere. I Plan for e-helse (2019 – 2022) er det et mål at helsepersonell raskt, enkelt og sikkert kan gjøre nødvendige oppslag i pasientopplysninger fra andre behandlingssteder. Dette for å unngå feil, kunne gjenbruke prøvesvar og sikre raskere helsefaglige beslutninger. Det å gi helsepersonell tilgang til svarrapporter fra laboratorie- og radiologivirksomheter vil gi raskere tilgang på informasjon i stedet for ny rekvirering eller henvisning, og vil redusere

tidsbruk for både helsepersonell og innbygger. Innbyggere vil oppleve redusert belastning og slipper usikkerhet ettersom ventetiden blir kortere. I tillegg til gode effekter for innbyggere og helsepersonell, vil tjenesten bidra til reduserte kostnader knyttet til unngått prøvetaking.

Kjernejournal er tilrettelagt for å vise prøvesvar fra de ulike laboratoriene som rapporterer videre til Folkehelseinstituttets meldingsystem for smittsomme sykdommer (MSIS). Med covid-19-relaterte prøvesvar i kjernejournal vil alt helsepersonell som skal behandle eller utrede pasienter med symptomer raskt finne svar på prøver som er tatt. En videre utbredelse av laboratorie- og radiologisvar vil bli håndtert gjennom prosjektet "Nasjonal informasjons-tjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar (NILAR)". Dette er en del av foreslåtte steg 1 i utviklingsretningen av helhetlig samhandling.

2.6 Helsepersonell skal ha tilgang til dialogmeldinger og forbedrede henvisninger

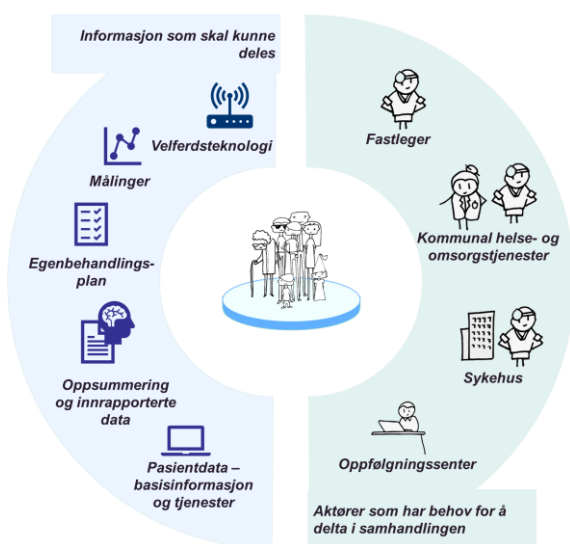
Meldingsutveksling er i dag den viktigste formen for elektronisk informasjonsutveksling mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Selv om dokument- og datadeling er på vei som den nye samhandlingsformen, vil meldingsutveksling være sentralt i mange år fremover. Dette er også reflektert i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 Meld. St. 7 (2019-2020) som trekker frem innføring av nye standarder for henvisning og helsefaglig dialog som et av de viktigste digitaliseringstiltakene. Plan for e-helse (2019 – 2022) har som mål at henvisning, saksbehandling og henvisningssvar skjer i én sammenhengende digital arbeidsprosess. Dette vil gi bedre grunnlag for helhetlig administrativ oppfølging av helsehjelp, slik at pasienten får rett behandling til rett tid.

For perioden 2020-2022 skal følgende e-helsestandarder for meldingsutveksling innføres:

- Tjenestebasert adressering
- Nye standarder for henvisning

- Helsefaglig dialog
- Overgang til siste versjon av obligatoriske standarder for epikrise, pleie- og omsorgsmeldinger, rekvisisjon og svarrapporter

2.7 Innbygger skal ha muligheter for digital hjemmeoppfølging



Digital hjemmeoppfølging er et begrep som omfatter de deler av helse- og omsorgstjenesten som kan flyttes hjem til pasienten ved hjelp av teknologi. Innbyggerne er aktive deltakere og bidragsyttere i helsehjelpen de mottar og kan følges opp i hjemmet gjennom egenmålinger og egenrapporteringer som sendes digitalt til helse- og omsorgstjenesten. Dette kan i visse tilfeller erstatte opphold på sykehus eller andre helseinstitusjoner. Begrepet digital hjemmeoppfølging kan også omfatte nettbasert behandling (for eksempel eMeistring), hjemmesykehus, videokonsultasjon og velferdsteknologi.

Direktoratet for e-helse leverte i oktober 2020 en plan til Helse- og omsorgsdepartementet for å kunne dele informasjon mellom innbygger, utstyr som plasseres i hjemmet og virksomhetene som tilbyr digital hjemmeoppfølging. Planen er å videreføre utprøvingen som er gjennomført sammen med kommunene innen velferdsteknologi, og innebærer å gradvis videreutvikle behovsstyrte spesifikasjoner og samhandlingskomponenter i tett samarbeid med tjenesten og leverandørmarkedet. Leveransene vil skje fortløpende, styrt av prioriterte behov i helse- og omsorgstjenesten. Velferdsteknologisk knutepunkt er planlagt videreutviklet i nåværende form, basert på behov både fra kommuner og spesialisthelsetjenesten, og slankes etter hvert som behovene dekkes av de nasjonale e-helseløsningene som skal understøtte helhetlig samhandling.

Gjennomføring av planen er avhengig av en forutsigbar sentral finansiering helt frem til modellene for brukerbetaling er på plass for helhetlig samhandling. Når dette vil skje er avhengig av planene til helhetlig samhandling.

Det vil også være behov for nasjonal tilrettelegging som ikke kan løses med informasjonsdeling gjennom velferdsteknologisk knutepunkt. Dette kan for eksempel være behovet for å dele og endre behandlingsplan/egenbehandlingsplan og tilrettelegge for videokonsultasjon. Disse behovene vil fortløpende bli lagt frem som krav inn til andre prosjekter eller produktområder i Direktoratet for e-helse og Norsk Helsennett, og utvikling av disse vil fremkomme av deres planer.

3 Avhengigheter til tiltak i helhetlig samhandling

De viktigste avhengighetene for å realisere veikartet er knyttet til modernisering av tillits- og grunddatatjenester og etableringen av en helhetlig samhandlingsplattform.

3.1 Avhengigheter mellom tiltakene i veikartet og modernisering av tillitstjenester og grunndata

Hovedtiltaket i helhetlig samhandling steg 1 er knyttet til modernisering av tillitstjenester og grunndata. Dette tiltaket er en absolutt forutsetning for flere av endringene i veikartet for de nasjonale e-helseløsningene.

HelseID er en komponent i felles grunnmur som ivaretar en felles pålogging for helse- og omsorgssektoren, og tilgangsstyringen mellom virksomheter og brukere som skal bruke de nasjonale e-helseløsningene og felles samhandlingsløsninger til å slå opp helseopplysninger i andre virksomheter.

For å kunne benytte HelseID må hver enkelt virksomhet registrere virksomheten og den eller de journalløsninger/fagsystemer som skal bruke HelseID. Det er derfor behov for et verktøy som understøtter arbeidsflyten. I 2020 etableres den første versjonen av denne selvbetjeningsløsningen. Tiltaket dekker behovet til legemiddelprogrammet, dvs. å kunne håndtere registrering av utprøvningskommunene som skal innføre kjernejournal.

Selvbetjeningsløsningen til HelseID må videreutvikles for å kunne håndtere en effektivere registrering av kommuner som brukere av kjernejournal, utover de femti som i dag har meldt interesse. Foreløpige planer viser at en dette vil være tilgjengelig innen utgangen av 2021, hvilket samsvarer med planene om å videre innføring av kjernejournal til alle kommuner som velger å tilgjengeliggjøre kjernejournal.

Innføring av Pasientens legemiddelliste, kjernejournal og Sentral forskrivningsmodul til kommunal pleie- og omsorg har avhengigheter til HelseID, grunndata og lokal sikkerhetsinfrastruktur som e-ID. Gitt at avhengighetene er de samme for Sentral forskrivningsmodul og kjernejournal i kommunene vil innføring av kjernejournal i kommuner kunne bane vei for SFM hva gjelder teknisk tilrettelegging i kommunene.

Innføringen av dokument- og datadeling mellom virksomheter som yter helse- og omsorgshjelp forutsetter at identitets- og tilgangsstyringen moderniseres, basert på kravene til personvern og informasjonssikkerhet som aktørene i sektor må bli enige om gjennom en tillitsmodell. Moderniseringen og videreutviklingen av grunndata er en forutsetning for at tilgangsstyringen skal kunne basere seg på autoritative kilder om personell og virksomhet, og for å kunne utøve den nødvendige tilgangsstyringen. Foreløpige planer viser at tilgangsstyring basert på en ny tillitsmodell vil være tilgjengelig innen medio 2023. Dette betyr at tilgangsstyring i perioden primo 2022 – medio 2023 må håndteres basert på dagens tillitsmodell.

3.2 Avhengigheter mellom tiltakene i veikartet og helhetlig samhandling

Digital hjemmeoppfølging har en sterk avhengighet til tiltak knyttet til å etablere helhetlig samhandling. I sentralt styringsdokument fra forprosjektet Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning, er det anbefalt å gjennomføre en forprosjektering av hvordan helhetlig samhandling skal realiseres (forprosjekt steg 2). Forprosjektet ligger som et investeringsforslag i steg 1 i utviklingen av helhetlig samhandling.

I veikartet for nasjonale e-helseløsninger frem mot 2025 vil utviklingen av nye samhandlingsformer skje stegvis og i separate tiltak. Innsyn i journaldokumenter gjennom kjernejournal vil basere seg på felleskomponenter for dokumentdeling, og helsepersonellportalen i kjernejournal vil brukes som arbeidsflate for helsepersonell. Utprøvingen av digital hjemmeoppfølging vil bygge videre på etablert infrastruktur for velferdsteknologi. Denne er etablert for å støtte kommunenes utprøving og bruk. Dagens digitale infrastruktur for datadeling skal gjøre det mulig å slå opp data i de nasjonale e-helseløsningene, og er ikke laget for å understøtte ambisjonsnivået for datadeling som ligger i målbildet for helhetlig samhandling.

Målbildet for helhetlig samhandling slik det er beskrevet i konseptvalgutredningen og videre bearbeidet i forprosjektet Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning er ambisiøst, og favner mange samhandlingsbehov (informasjonsbehov). Veikartet vil i hovedsak bidra på informasjonstjenestene legemidler og vaksiner, kritisk informasjon, journaldokumenter, tekstlig dialog og anmodning om tjeneste. Ingen av disse informasjonstjenestene vil imidlertid bli fullstendig dekket. I tillegg gjenstår vesentlige behov på de øvrige 21 informasjonstjenestene (inkludert personvern), som utgjør størstedelen av målbildet. Veikartet har heller ingen vesentlige tiltak for å sikre samhandling mellom helsetjenesten og andre statlige og kommunale tjenester.

Forprosjektet for steg 2 skal legge planer ut fra ambisjonsnivået for helhetlig samhandling. Forprosjektet skal ta stilling til hvordan den videre utviklingen mot en helhetlig samhandlingsplattform skal foregå.

De pågående tiltakene rundt dokument- og datadeling gir nødvendig og nyttig læring om mulighetene for å etablere de nye samhandlingsformene. Uavhengig av om forprosjektet konkluderer med å bygge videre på dagens nasjonale e-helseløsninger eller anbefaler å anskaffe en ny samhandlingsplattform, vil arbeidet med standardisering, etablering av veiledere og implementering av nye arbeidsrutiner i stor grad kunne gjenbrukes i den videre utviklingen.

4 Sammenheng mellom veikartet og Akson journal

Akson journal har som formål at helsepersonell i en kommune (inkludert fastleger, fysioterapeuter og tannleger) skal kunne dele dokumenter og andre helseopplysninger om pasienter og brukere som mottar helse- og omsorgstjenester, samt å kunne opprette og følge felles planer som er sentrert rundt innbyggeren.

Det vil ta tid før Akson journal er anskaffet og det vil ta ytterligere noen år før alle kommuner har tatt Akson journal i bruk. I mellomtiden er det viktig at kommunene klarer å etablere god

samhandling gjennom de løsningene som allerede er etablert, og gjennom bruk av disse gradvis omstille arbeidsprosessene sine slik at innbyggerne og helsepersonell vil oppleve mer sammenhengende tjenester. I årene frem til Akson journal blir anskaffet og i perioden hvor noen kommuner har Akson journal og andre ikke har det, vil samhandling gjennom kjernejournal, e-resept og Helsenorge være avgjørende for samhandlingsevnen i sektoren, mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten.

Ved innføring av kjernejournal vil virksomheten få tilgang til all informasjon og funksjonalitet som er tilgjengelig i kjernejournal. Helsepersonell får også muligheten til å registrere en pasients kritiske informasjon slik at dette blir tilgjengelig for andre virksomheter som for eksempel en kommune som har innført Akson journal. I kjernejournal vil helsepersonell ha tilgang til opplysningene som ligger der uavhengig av om de jobber som fastlege, på sykehjem eller legevakt. Kjernejournal er nødvendig for at helsepersonell som har behov for å se pasientens legemiddelliste (eventuelt reseptoversikten), men som ikke har rekvireringsrett, får denne tilgangen.

Gjennom kjernejournal vil helsepersonell få tilgang til et begrenset omfang av helseopplysninger sammenlignet med det som vil være mulig gjennom Akson journal. For eksempel vil ikke journaldokumenter og andre oppsummeringer fra fastleger være tilgjengelig for helsepersonell på legevakt, hjemmebaserte tjenester eller sykehjem. Når kommunene tar i bruk Akson felles kommunal journal vil de i tillegg få funksjonalitet for legemiddelhåndtering, for eksempel forskrivning, håndtering av pasientens legemiddelliste, å administrere en legemiddelplan og annen tradisjonell kurvefunksjonalitet.

Kommuner som tar i bruk felles kommunal journal, vil på sikt få tilgang til opplysningene i kjernejournal sammen med annen informasjon i felles kommunal journal. Dette forutsetter at helseopplysningene i kjernejournal er tilgjengelige gjennom åpne API, samt at den journalplattformen som anskaffes har mulighet for å integrere disse helseopplysningene. Hvordan helsepersonell som benytter Akson journal skal få tilgang til opplysningene i kjernejournal må bestemmes av virksomheten, som skal anskaffe felles kommunal journal.

Innføring av kjernejournal på sykehjem og i hjemmetjenesten vil forberede helsepersonell og virksomhetene på å bruke ny samhandlingsfunksjonalitet og tilrettelegge for at helseopplysninger deles i større utstrekning enn i dag.

5 Risiko og forutsetninger

5.1 Overordnet risiko i veikartet

For å vurdere status og utfordringer er det gjort en vurdering av finansiering, tilslutning og tilrettelegging hos aktører i helse- og omsorgstjenesten.

Risiko knyttet til finansiering

Tiltakene som er vurdert som en del av veikartet er omfattende og vil strekke seg over flere år. Tiltakene har forskjellige finansieringsmodeller, og for flere av tiltakene er finansieringen uavklart fremover. Dette gjelder spesielt pasientens legemiddelliste, oppgradering av forvaltning av kritisk informasjon gjennom API og tilrettelegging av nasjonale felleskomponenter for digital hjemmeoppfølging.

Flere av tiltakene på at de nasjonale fellesløsningene avhenger av samfinansieres av Direktoratet for e-helse, Norsk Helsenett og aktørene i tjenesten. Helsenorge er også

samfinansiert, og planer besluttes av sektoren gjennom produktstyret for Helsenorge. Utbredelse av nye meldinger og endring av eksisterende meldinger blir håndtert gjennom en forvaltningsmodell som aktørene er med på å samfinansiere.

Et av de store risikopunktene er hvordan finansiere det arbeidet som må gjøres av hver virksomhet for å innføre tjenesten. I dag ligger dette ansvaret hos den enkelte virksomhet. Spesielt er dette utfordrende når innføringen innebærer endringer i eller nyutvikling hos journalleverandørene som den enkelt virksomhet benytter. En annen utfordring er knyttet til aktørenes investeringer i lokal infrastruktur, for eksempel kommunenes anskaffelse av elektronisk ID på sikkerhetsnivå høyt.

Risiko knyttet til tilslutning

For å få samfunnsøkonomiske gevinster av prosjektene som videreutvikler nasjonale e-helseløsninger og felles grunnmur er det en forutsetning at et tilstrekkelig antall aktører tilgjengeliggjør tjenesten.

Et av formålene med veikartet er å gi den enkelte aktør forutsigbarhet med hensyn til når de skal innføre nye tjenester. Denne forutsigbarheten kan kun gis hvis det er tydelige planer om når nasjonale løsningen er tilrettelagt for innføring i den enkelte virksomhet, og når andre virksomheter de samhandler med vil koble seg på den nasjonale løsningen. For de store tiltakene, for eksempel pasientens legemiddelliste og innsyn i journaldokumenter, er det en risiko at det ikke er etablert en mer formell tilslutning til de ulike tiltakene før det foretas store investeringer.

For flere av tiltakene er det identifisert foregangsaktører som deltar i den nasjonale tilretteleggingen, og tilrettelegger i egen virksomhet. Det er fortsatt en risiko for at nye aktører ikke vil gjøre nødvendig tilrettelegging på sin side når det er klart for innføring i sektoren.

Risiko knyttet til tilrettelegging hos aktører i helse- og omsorgstjenesten

De største risikopunktene er knyttet til tilrettelegging av pasientens legemiddelliste, forvaltning og tilgang til kritisk informasjon gjennom API, og videre utbredelse av digital hjemmeoppfølging.

Realisering av pasientens legemiddelliste krever både tekniske og organisatoriske tilpasninger hos aktørene. Teknisk er det først og fremst tilpasninger i lokale journalsystemer for å understøtte pasientens legemiddelliste med tilhørende rekvirentkrav. For de fleste journalsystemer hos fastlege og kommuner innebærer dette en integrasjon med Sentral forskrivingsmodul, med dertil innføring. For spesialisthelsetjenesten innebærer det utvikling av pasientens legemiddelliste-funksjonalitet i egen journalløsning, og integrasjon med Sentral forskrivingsmodul gjennom basis API.

Organisatorisk må det legges til rette for klar ansvarsfordeling for å sikre at pasientens legemiddelliste oppdateres fortløpende hver gang pasienten har hatt kontakt med en aktør i helsetjenesten. Her er det en fordel å gjøre tiltak som reduserer forekomst av doble og uaktuelle resepter, og understøtter effektiv legemiddelsamstemming. Videre må det på plass et lokalt forankret innføringsapparat som skal bidra til at PLL kan innføres koordinert og med tilstrekkelig samtidighet i geografiske områder.

Helse Vest er hovedsamarbeidspart for utprøving av Kritisk info API. Helse Sør-Øst har planlagt for oppstart av konseptutredning for kritisk info i 2021, og Helse Midt-Norge ser også på muligheten for å ta dette i bruk. Utprøvingen av bruk av datadeling (API) for å lese og/eller oppdatere kritisk informasjon skal vise hvilke forutsetninger som skal være på plass hos

aktørene for å bruke tjenesten. Det foreligger derfor ennå ingen analyse for hva som vil trenes for at fastleger, legevakt og de andre regionale helseforetakene skal bruke tjenesten. Det er en risiko for at løsningen blir krevende for mindre journalleverandører å bruke, som kan medføre at målet om en oppdatert og autoritativ beskrivelse av kritisk informasjon ikke fullt ut realiseres.

Digital hjemmeoppfølging er et relativt nytt område. Tjenestemodeller er under utprøving og gevinstanalyser er ikke klare. Det er derfor for tidlig å si hvilken tilrettelegging den enkelte aktør må gjennomføre utover de beskrivelser som foreligger gjennom Velferdsteknologiprogrammet.

Risiko knyttet til avhengigheter til andre tiltak

De viktigste avhengighetene for å realisere veikartet er som tidligere nevnt knyttet til modernisering av tillits- og grunnatatjenester inkludert felles tillitsmodell og etableringen av en helhetlig samhandlingsplattform.

I steg 1 i utviklingen av helhetlig samhandling ligger det et investeringsforslag for å modernisere tillits- og grunnatatjenester, som er nødvendig for å understøtte innføringen av Pasientens legemiddelliste, innsyn i journaldokumenter og innføringen av kjernejournal i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Digital hjemmeoppfølging har en sterk avhengighet til tiltak knyttet til å etablere helhetlig samhandling. I sentralt styringsdokument fra forprosjektet Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning, er det anbefalt å gjennomføre en forprosjektering av hvordan helhetlig samhandling skal realiseres (forprosjekt steg 2). Forprosjektet ligger som et investeringsforslag i steg 1 i utviklingen av Helhetlig samhandling.

Risikoen er primært knyttet til gjennomføring av de nevnte prosjektene i steg 1. En forsinket leveranse fra disse prosjektene vil også påvirke innføringen og utbredelsen av pasientens legemiddelliste, innsyn i journaldokumenter og innføringen av kjernejournal i kommunal helse- og omsorgstjeneste

5.2 Forutsetninger for å gjennomføre veikartet

Det er flere forutsetninger for at målene i veikartet skal bli nådd. Forutsetningene vil også ha konsekvenser for de valg aktørene gjør i perioden frem mot 2025. Forutsetningene er knyttet til prosessen for nasjonal samordning av digitalisering i tillegg til noen tekniske forutsetninger for samhandling.



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

Full tilgjengeliggjøring av pasientens legemiddelliste og innsyn i journaldokumenter, samt full utbredelse av kritisk informasjon i perioden 2021 - 2025 vil kreve teknisk tilrettelegging og organisatoriske endringer hos majoriteten av aktørene som yter helse- og omsorgshjelp. Det vil stilles høye krav til at nye arbeidsrutiner utvikles og innføres. For pasientens legemiddelliste må disse endringene helst skje samtidig innenfor et geografisk område. Samlet sett vil dette innebære en stor endringsbelastning, spesielt for de mange mindre kommunene.

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



Det bør vurderes om det skal stilles krav til at tjenestene på de nasjonale e-helseløsningene skal tas i bruk

Arbeidet med veikartet viser at en rekke funksjonalitet i nasjonale e-helseløsninger er tilrettelagt nasjonalt, men ikke innført og tatt i bruk i sektoren. Dette gjelder primært funksjonalitet til innbyggere gjennom Helsenorge og funksjonalitet til helsepersonell gjennom kjernejournal. Unntaket er e-resept som er tilgjengeliggjort og aktivt i bruk hos majoriteten av rekvirenter og de som utleverer resepter, med unntak av helsestasjoner, skolehelsetjeneste og sykehjem.

I Meld. St. 6 (2020-2021) trakk regjeringen forslaget til lov om e-helse (Prop. 65L (2019-2020)). Forslaget til lov inneholdt hjemmel for å gi forskrift vedrørende plikt for tilgjengeliggjøring av nasjonale e-helseløsninger i virksomhetene og plikt til å betale forvaltnings- og driftskostnader for dem. Direktoratet for e-helse er av den oppfatning at innføring av en slik forskriftsfestet plikt ville vært et godt virkemiddel for å oppnå ønsket utbredelse og nytte av løsningene. Pliktene kunne blitt iverksatt til ulikt tidspunkt for ulike virksomheter og for de forskjellige løsningene. Uten en forskriftsfestet plikt kan konsekvensen bli at det vil ta lenger tid før vi oppnår ønsket samhandling, gevinstene vil trolig realiseres på et senere tidspunkt og innbyggere og helsepersonell må fortsette å leve med tjenester som kun inneholder deler av den informasjonen de søker. Eksempel på områder der en slik forskriftsfestet plikt til tilgjengeliggjøring vil redusere risiko og gi tidligere gevinster er pasientens legemiddelliste og plikt til å holde virksomhetsinformasjon i grunddataplattformen oppdatert.



Det er behov for en nasjonal pådriverkraft for innføring

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

En gjennomgang av pågående nasjonal tilrettelegging og tilgjengeliggjøring i virksomhetene av tiltak i veikartet viser at det i varierende grad er etablert helhetlige planer for hvordan nye løsninger og ny funksjonalitet skal tilgjengeliggjøres i den enkelte virksomhet. De fleste tiltakene er godt planlagt frem til løsningene er etablert og utprøvd med et fåtall aktører. Samtidig ser vi fra tidligere erfaringer at det er behov for en nasjonal pådriverrolle etter den første utprøvingen, for å sørge for at videre innføring skjer.

En nasjonal pådriverkraft vil bidra til å informere aktørene i sektoren om at en ny tjeneste er klar for innføring, og kan gi et godt grunnlag for aktørene slik at det blir enklere å forstå hvilken nytte denne nye tjenesten vil gi og hva som kreves av dem for å ta denne i bruk. Det er etablert nasjonale innføringsprosjekter på enkelte områder, som for eksempel innføring av kjernejournal, men det gjennomføres ulikt i forskjellige endringsprosesser og det gjør det krevende for virksomhetene å få oversikt over hva som forventes av dem.

I dag strekker innføringen seg over lang tid og konsekvensene er forhøyede forvaltningskostnader og lavere gevinstrealisering.



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

Norge har vært tidlig ute med å utvikle og innføre nasjonale standarder for samhandling. De siste 20 årene har meldingsstandarder sikret standardisert utveksling av informasjon mellom virksomheter i helse- og omsorgssektoren. Fremtidens samhandling har behov som krever nye samhandlingsformer som datadeling og dokumentdeling for å sikre trygg og effektiv informasjonsdeling.

Bruk av internasjonale standarder med nødvendige tilpasninger til norske forhold er et strategisk tiltak for fortsatt god effekt av standardisering i Norge. Dette innebærer at arbeidet knyttet til standardisering og utarbeidelse av veiledere styrkes langs to akser:

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

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no