



Direktoratet for  
e-helse

# Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 - 2025

Versjon 1.01



IE-1071

**Publikasjonens tittel:**

Veikart for utvikling og innføring av  
nasjonale e-helseløsninger  
2021 - 2025

**Rapportnummer**

IE-1071

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

## Sammendrag

For å legge til rette for pasients helsetjeneste og gi innbyggerne gode og sammenhengende helsetjenester, er det en målsetting å etablere en sterkere nasjonal samordning av digitaliseringsarbeidet i helse- og omsorgssektoren (1). Koronapandemien har styrket både behovet, mulighetene og motivasjonen for dette, og det er forventet at viktig læring fra 2020 vil prege både prioriteringer og investeringsvilje i årene som kommer.

### **Nasjonale e-helseløsninger er bærebjelken i dagens samhandlingsstruktur**

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

### **I denne veikartsperioden frem til 2025 vil nasjonale e-helseløsninger utvikles for å gi innbyggere bedre digitale helsetjenester og tjenester innen digital hjemmeoppfølging. Helsepersonell vil få muligheter til å dele journaldokumenter og samhandle rundt pasientens legemiddelliste**

- 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 forskrivingsmodul og pasientens legemiddelliste. E-resept innføres i sykehjem og hjemmetjeneste.
- Helsepersonell får tilgang på dialogmeldinger og forbedrede henvisninger.
- Helse Vest, Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge planlegger å prøve ut muligheten for å ha en kilde for oppdatert og autoritativ kritisk informasjon.
- Innsyn i journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten kommer gradvis frem mot 2022/2023.
- Innenfor digital hjemmeoppfølging er planen å fortsette den pågående utprøvingen, og bruke de eksisterende prosjektene til å realisere et felles rammeverk for informasjonsdeling.
- Å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger i kommunene før kommunene har innført en felles kommunal journalløsning, vil være en fordel for tidlig å oppnå god samhandling.

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

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

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

Tiltakene i veikartet har forskjellige finansieringsmodeller, og for flere av tiltakene er finansieringen uavklart for fasene frem til tjenesten er tatt i bruk. Dette gjelder spesielt tiltakene som avhenger av samfinansiering med sektoren.

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

De viktigste avhengighetene for å overholde planene er knyttet til modernisering av tillits- og grunndatatjenester og etableringen av en helhetlig samhandlingsplattform. Disse tiltakene er nødvendige for innføringen av pasientens legemiddelliste, innsyn i journaldokumenter og innføringen av kjernejournal i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Hvis modernisering av tillits- og grunndatatjenester og etableringen av en helhetlig samhandlingsplattform ikke gjennomføres som planlagt vil det få konsekvenser for de andre planene som ligger i dette veikartet.

## **Forutsetninger for gjennomføring av veikartet**

Det er flere forutsetninger for at målene i veikartet skal bli nådd i perioden frem mot 2025.

- Det bør vurderes å gjøre en prioritering av hvilke tjenester man arbeider med for å få fullt innført, slik at investeringene kan gi tidligere gevinster, samfunnsøkonomisk lønnsomhet og forutsigbarhet for både aktørene i sektoren og innbyggere.
- Det bør vurderes om det skal stilles krav til at nasjonale e-helseløsninger med tilhørende tjenester skal tas i bruk.
- Det er behov for en nasjonal pådriverkraft for innføring.
- Ulike standarder må etableres som del av den nasjonale tilretteleggingen, og det bør utvikles felles helsefaglige veiledere på utvalgte områder.

## **Veikartet - et virkemiddel for prioritering**

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

# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>7</b>
1.1	Organisering av veikartsarbeidet	8
1.2	Fra tiltak til nytte for innbygger og helsepersonell	13
1.3	Metodikk for utarbeidelse av veikartet	13
1.4	Veikartet dekkes gjennom fire dokumenter	18
<b>2</b>	<b>Status på de nasjonale e-helseløsningene</b>	<b>20</b>
2.1	Helsenorge	20
2.2	Kjernejournal	30
2.3	E-resept	35
2.4	Digital hjemmeoppfølging	41
<b>3</b>	<b>Veikart for nasjonale e-helseløsninger</b>	<b>45</b>
3.1	Innbygger skal ha mulighet for å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge	47
3.2	Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens legemiddelliste (PLL)	51
3.3	Helsepersonell skal ha tilgang til en oppdatert og autoritativ beskrivelse av kritisk informasjon	56
3.4	Helsepersonell skal ha tilgang til journaldokumenter uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp	59
3.5	Helsepersonell skal ha tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt	64
3.6	Helsepersonell skal ha tilgang på dialogmeldinger og forbedrede henvisninger	66
3.7	Innbygger skal ha muligheter for digital hjemmeoppfølging	69
<b>4</b>	<b>Akson journal og helhetlig samhandling steg 1</b>	<b>74</b>
<b>5</b>	<b>Avhengigheter mellom nasjonale e-helseløsninger, pågående tiltak i nasjonal e-helseportefølje og Akson</b>	<b>76</b>
5.1	Avhengigheter mellom tiltakene i veikartet og modernisering av tillitstjenester og grunddata	76
5.2	Avhengigheter mellom innsyn i journaldokumenter gjennom kjernejournal, digital hjemmeoppfølging, digital infrastruktur for datadeling og forprosjekt steg 2	80
5.3	Avhengigheter mellom nasjonale e-helseløsninger, Helseplattformen og journal- og kurveløsningene i Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF	81
5.4	Avhengigheter mellom innføringen av kjernejournal på sykehjem og i hjemmetjenesten og Akson journal	85
5.5	Avhengigheter mellom veikartet og målbildet for helhetlig samhandling	86
<b>6</b>	<b>Risiko og forutsetninger</b>	<b>91</b>
6.1	Overordnet risiko i veikartet	91
6.2	Forutsetninger for å gjennomføre veikartet	93

<b>7</b>	<b>Anbefalinger for veien videre .....</b>	<b>97</b>
<b>8</b>	<b>Veikartet realiserer verdi for innbyggere og helsepersonell .....</b>	<b>99</b>
<b>9</b>	<b>Referanser.....</b>	<b>102</b>

# 1 Innledning

Behovet for digitalisering for å støtte opp under tjenesteutviklingen i helse- og omsorgssektoren er omfattende, og det gjenspeiles i aktivitetsnivået. Den nasjonale e-helseporteføljen består 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 og 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.

Helse- og omsorgssektoren har i fellesskap utarbeidet en nasjonal e-helsestrategi som skal gi retning for dette arbeidet. Strategien støtter opp om de overordnede målene gitt i ulike stortingsmeldinger, inkludert Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, Meld. St. 7 (2019-2020). Det er nå behov for et veikart som tydeliggjør hvordan sektoren sammen kan realisere denne strategien.

Det er allerede betydelig aktivitet i helsesektoren for å nå disse målene. I arbeidet med veikartet har det derfor vært behov for å avgrense hva den første versjonen av veikartet skulle omfatte. I denne runden tar veikartet for seg de nasjonale e-helseløsningene, og hvordan de bidrar til å nå strategiske mål.

Løsningene som er kartlagt er kjernejournal, Helsenorger, e-resept, meldingsutveksling og felles grunnmur, sett i sammenheng med Akson journal og helhetlig samhandling steg 1.

Denne avgrensningen er i tråd med oppdraget:

"Departementet [...] ber Direktoratet for e-helse om å utarbeide et strategisk veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger i helse- og omsorgssektoren. [...]"

Departementet ber direktoratet utarbeide et veikart som inneholder:

- en samlet oversikt over planer for aktørenes innføring og bruk av nasjonale e-helseløsninger, herunder pasientens legemiddelliste, elektronisk meldingsutveksling, dokumentdeling via kjernejournal og deling av kritisk informasjon i kjernejournal
- analyse og konkretisering av sentrale avhengigheter mellom tiltakene, forutsetninger og konsekvenser for aktørene knyttet til innføring og bruk av de nasjonale e-helseløsningene
- beskrivelse av sammenhengen mellom eksisterende e-helseløsninger, pågående tiltak i nasjonal e-helseportefølje og Akson
- beskrivelse av avhengigheter til aktørenes planer for modernisering av journalsystemene, herunder Helseplattformen i Helse Midt-Norge, journal- og kurveløsninger i de øvrige tre regionale helseforetakene, og ev. andre pågående prosjekter som kan ha nasjonal betydning

Veikartet bør i tillegg synliggjøre planer for arbeidet med velferdsteknologisk knutepunkt som er under utredning gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram og planer for digital hjemmeoppfølging, jf. mål i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, Meld. St 7 (2019-2020)."

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

Analysen av de nasjonale e-helseløsningene viser pågående utvikling og innføring, og fokuserer på følgende områder:

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

I underlaget til veikartet (dokument 4) finnes informasjon om nye tjenester på de nasjonale e-helseløsningene, men dette arbeidet er i en konseptfase og det foreligger ikke tilstrekkelige planer til at det er mulig å inkludere dette i et veikart nå. I samme dokument finnes også mer utfyllende informasjon om tjenestene som er tatt i bruk.

I tillegg inkluderer veikartet planer for digital hjemmeoppfølging og utbredelse av eksisterende og nye meldingsstandarder, da dette ble spesifisert i oppdraget fra departementet. Disse planene har følgende målsetting:

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

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

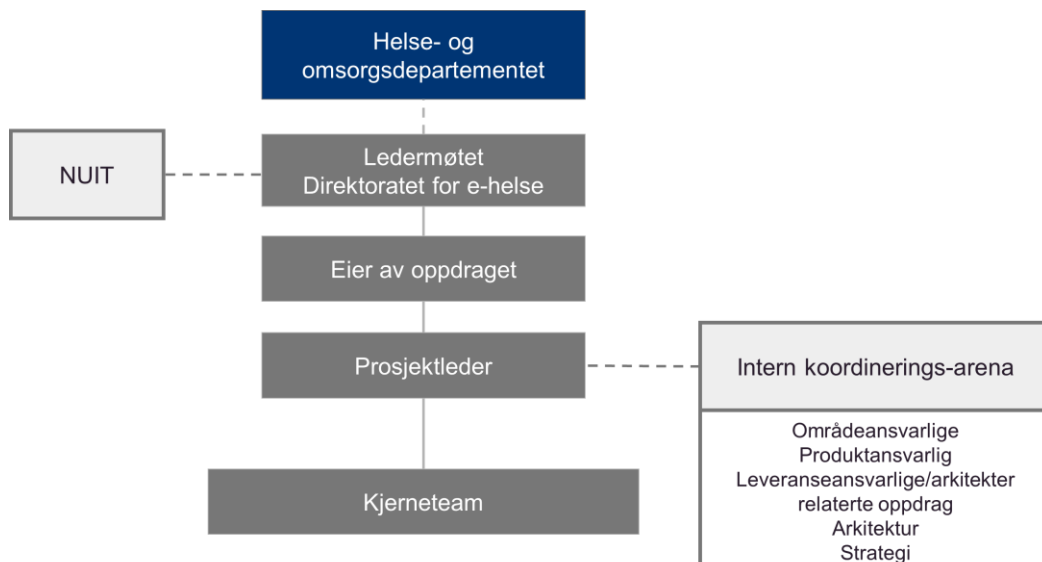
## 1.1 Organisering av veikartsarbeidet

For å utarbeide veikartet ble det opprettet et kjerneteam i Direktoratet for e-helse og en intern koordineringsarena. NUIT, Prioriteringsutvalget, ble valgt som referansegruppe for sektoren.

Den interne koordineringsarenaen ble etablert for å koordinere veikartsarbeidet med andre relaterte oppdrag i Direktoratet for e-helse og produktmiljøene i Norsk Helsenett. Norsk Helsenett hadde også en fast representant i kjerneteamet.

Norsk Helsenett har i tillegg bidratt i utarbeidelse og kvalitetssikring av beskrivelsene for de nasjonale løsningene. I tillegg til et tverrfaglig team bestående av 14 ansatte i Direktoratet for e-helse, har tre konsulenter bidratt i utarbeidelsen av veikartet.





Figur 1. Organisering av veikartsarbeidet

### 1.1.1 Samarbeid med sektoren i utarbeidelsen av veikart

Veikartet har vært behandlet i NUFA, NUIT og nasjonalt e-helsestyre i tillegg til områdeutvalget for samhandling, produktstyret for Helsenorge og Nasjonal arena for fag- og interesseorganisasjoner.

Tabellen nedenfor viser oversikt over hvilke møter og presentasjoner som har vært gjennomført.

Dato	Arena	Tema for møtet
29. mai	KS kjerneteam	Orientering om veikartsarbeidet
3. juni	NHN ledergruppe for nasjonale e-helseløsninger	Orientering om veikartsarbeidet
12. juni	NUFA	Orientering om omfang av veikartet, samarbeid med sektoren og gjennomføringsplan
17. juni	NUIT	Orientering om omfang av veikartet, samarbeid med sektoren og gjennomføringsplan
24. juni	KS kjerneteam	Veikart i kontekst av Akson
26. august	NUFA	Status på veikartet og videre prosess
27. august	Helse Midt-Norge	Orientering om veikartsarbeidet, drøfting av tilnærmingen og Helse Midt-Norges planer. Tilbakemeldinger på 0.6-versjonen
28. august	KS kjerneteam	Omfang og tilnærming til veikart. KS' forventninger til veikartet. Tilbakemeldinger på 0.6-versjonen

Dato	Arena	Tema for møtet
<b>31. august</b>	Helsedirektoratet	Orientering om veikartsarbeidet, drøfting av tilnærmingen og utvalgte tema. Tilbakemeldinger på 0.6-versjonen
<b>31. august</b>	Helse Nord	Orientering om veikartsarbeidet, drøfting av tilnærmingen og Helse Nord's planer. Tilbakemeldinger på 0.6-versjonen
<b>8. september</b>	Helse Sør-Øst	Orientering om veikartsarbeidet, drøfting av tilnærmingen og Helse Sør-Østs planer. Tilbakemeldinger på 0.6-versjonen
<b>10. september</b>	NHN	Orientering om veikartsarbeidet, drøfting av tilnærmingen og utfordringen med å innføre nasjonale e-helseløsninger
<b>16. september</b>	Helse Vest	Orientering om veikartsarbeidet, drøfting av tilnærmingen og Helse Vests planer. Tilbakemeldinger på 0.6-versjonen
<b>17. september</b>	Nasjonalt e-helsestyre	Drøfting av tilnærming til veikart, oppfølging av veikart etter leveranse og behov for koordinering av innføring
<b>23. september</b>	Produktstyre Helsenorge	Omfang og tilnærming til veikartet og foreløpige vurderinger for Helsenorge
<b>24. september</b>	Nasjonal arena for fag- og interesseorganisasjoner	Orientering om veikartsarbeidet, omfang og tilnærming
<b>25. september</b>	Representanter fra fagforbund og profesjonsforeninger som har medlemmer i nasjonale utvalg	Orientering om veikartsarbeidet, omfang og tilnærming
<b>25. september</b>	Områdeutvalg for samhandling	Orientering om tilnærming, oppfølging av veikart etter leveransen og drøfting av sentrale utfordringer i veikartet
<b>28. september</b>	KS	Gjennomgang av utkast til veikart
<b>6. oktober (fremvist 16. oktober)</b>	eKommune	Orientering om veikartsarbeidet, omfang og tilnærming
<b>14. oktober</b>	KommIT rådet	Orientering om veikart for nasjonale e-helseløsninger

Dato	Arena	Tema for møtet
<b>14. oktober</b>	Representanter fra pasient- og brukerorganisasjoner som har medlemmer i nasjonale utvalg	Orientering om veikart for nasjonale e-helseløsninger
<b>15. oktober</b>	NUIT	Drøfting av veikart for nasjonale e-helseløsninger
<b>16. oktober</b>	Produktstyret Helsenorge	Drøfte utkast og få innspill på beskrivelser vedrørende Helsenorge
<b>27. oktober</b>	Digitaliseringutvalget (KS)	Orientering om veikart for nasjonale e-helseløsninger

Tabell 1. Oversikt over møter og presentasjoner som har vært gjennomført

### 1.1.2 Kvalitetssikring og innspill

Følgende versjoner av veikartsdokumentene har vært sendt ut for kvalitetssikring og innspill:

- Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger i kommunal helse- og omsorgstjeneste 2021 – 2025 (versjon 0.6)
- Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 - 2025 (versjon 0.8)
- Underlag for "Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 – 2025" (versjon 0.8)

Til *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 – 2025* (versjon 0.8) med tilhørende underlag ble det mottatt rundt 350 innspill. Dette inkluderer muntlige innspill gitt i samarbeidsmøter og NUIT. Oppsummert har innspillene handlet om:

- Strategiske innspill. Flere innspill har tatt opp aktuelle problemstillinger som ulike aktører har ønsket av veikartet skal besvare.
- Påpeking av mangler eller ønsker om utvidet omfang. Flere innspill berører andre digitaliseringstiltak i sektoren, med ønske om at veikartet også hensyntar disse.
- Avklaringer. En stor andel kommentarer handler om avklaringer knyttet til faktagrunnlaget i veikartet, eksempelvis antall aktører som har tatt i bruk ulike tjenester på Helsenorge.
- Betrachninger rundt metodikk. En rekke innspill er knyttet til metodikken og vurderingene som lå til grunn for veikartet.

Innspillene har vært verdikende for arbeidet med veikartet, og mange innspill er hensyntatt. Flere innspill er kommentarer som det er ønskelig å se videre på i kommende versjoner av veikartet eller omhandler strategiske spørsmål som må håndteres i andre prosesser.

Det har vært vurdert om veikartet skulle sendes på høring. Veikart er en oversikt over pågående tiltak og planer fremover, og må ses på som en kontinuerlig prosess. Prosjekter blir forsinket eller pauset, og endringer i omgivelsene endrer på prioriteringene. I nåværende fase av veikartsarbeidet anbefales regelmessig og tett involvering av aktørene i sektoren, samt representanter for innbyggere og helsepersonell, fremfor en høringsprosess.

### 1.1.3 Sentrale begreper

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

#### ***Utvikling***

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

#### ***Innføring***

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

#### ***Tilrettelegging***

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

#### ***Tilgjengelig***

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

#### ***Tjenestemodell***

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

### ***Tjenester i nasjonale e-helseløsninger versus helse- og omsorgstjenester***

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

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

## **1.2 Fra tiltak til nytte for innbygger og helsepersonell**

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

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

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

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

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

## **1.3 Metodikk for utarbeidelse av veikartet**

Utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger gjennomføres ikke som ett enkelt prosjekt, men gjennom flere prosjekter og programmer, i flere virksomheter og ofte i kombinasjon med andre regionale eller kommunale endringer. Den fragmenterte

gjennomføringen gjør det utfordrende å få oversikt over den faktiske fremdriften nasjonalt og å identifisere overordnet status og utfordringer i det videre arbeidet.

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

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

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

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

De nasjonale e-helseløsningene er omfattende løsninger og tilbyr ulike tjenester som aktørene kan ta i bruk. Eksempler på tjenester er kritisk informasjon i kjernejournal og timeavtaler i Helsenorge. De ulike tjenestene er i forskjellige faser i verdikjeden og kan ha egne utfordringer ved gjennomføring av endringsprosessen. For å sikre en god forståelse av situasjonen har vi i veikartet benyttet verdikjeden på hver enkelt tjeneste i de nasjonale e-helseløsningene.

### 1.3.1 Hvor langt har vi kommet?

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

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



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

Verdikjeden er en forenkling av den faktiske gjennomføringen, og i praksis vil en endringsprosess gjennomføre aktiviteter som tilhører flere faser samtidig. Det vil for eksempel gjøres endringer i en nasjonal e-helsetjeneste i fasen *tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten* fordi man lærer underveis og videreutvikling er en del av forvaltning. Det kan også jobbes med å innføre en versjon av en tjeneste, mens en ny versjon er i fasen *nasjonal tilrettelegging*.

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

Et tiltak blir definert til å være i *konseptfasen* når det er identifisert behov for endringer i helse- og omsorgssektoren som støtter opp under målene i nasjonal e-helsestrategi, og det er antatt at en nasjonal e-helsetjeneste vil være den beste måten for å oppnå ønsket endring. Denne fasen skal etablere et konsept for den nasjonale tjenesten og gi god forståelse for arbeidet som kreves i de etterfølgende fasene for at den nye tjenesten skal bli tatt i bruk hos berørte aktører. I sektoren finnes det også løsninger som er tatt i bruk hos enkelte helseforetak eller noen kommuner, men hvor det ikke er tatt en endelig beslutning om å innføre dette nasjonalt. Løsninger av denne typen legger vi også inn i denne fasen.

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

Etter nasjonal tilrettelegging overføres ansvaret til hver enkelt virksomhet og de må legge til rette i lokal infrastruktur, gjennomføre nødvendige endringer i prosesser og organisasjon for å tilgjengeliggjøre tjenesten til brukerne sine. Dette skjer i fasene *tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten* og *endringer i virksomhetene*, og omtales gjerne samlet som *innføring*.

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




### **1.3.2 Hva er status og utfordringene fremover?**

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

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

## Finansiering

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

<b>Finansiering</b>			
	Det foreligger finansieringsplaner som dekker alle faser	Det foreligger finansieringsplaner for nasjonal tilrettelegging	Det foreligger finansieringsplaner kun for deler av den nasjonale tilretteleggingen

## Tilslutning

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

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



## Tilrettelegging hos aktører i helse- og omsorgstjenesten



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

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

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




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

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

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

## Avhengigheter til andre tiltak

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

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

## 1.4 Veikartet dekkes gjennom fire dokumenter

Veikartet har mange ulike interessenter, og omfanget er stort. Veikartet leveres derfor som et sett av fire dokumenter.

1

### Kortversjon av veikart for nasjonale e-helseløsninger

Dette dokumentet inneholder en oppsummering av veikartet. Formålet er å kommunisere status og gi en beskrivelse av når nye tjenester som utvikles på de nasjonale e-helseløsningene kan tilgjengeliggjøres i virksomhetene. Videre vil dokumentet peke på risiko i veikartet og forutsetninger.

2

### Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger (dette dokumentet)

Dette dokumentet er hovedleveransen og vil adressere følgende sentrale spørsmål:

- Hvordan realiserer nasjonale e-helseløsninger helsepolitiske mål, jf. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, Meld. St 7 (2019-2020)?
- Hvilke avhengigheter er det mellom nasjonale, regionale og kommunale e-helsetiltak for å kunne realisere nytten av nasjonale e-helseløsninger?
- Hva er planene for innføring og bruk av nasjonale e-helseløsninger?
- Hvilke forutsetninger må være på plass for at aktørene skal kunne tilgjengeliggjøre og bruke nasjonale e-helseløsninger?

3

### **Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger i kommunal helse- og omsorgstjeneste**

Dette er et overordnet dokument, rettet mot beslutningstakere i kommunal helse- og omsorgstjeneste og beskriver veikartet i kontekst av Akson. Dokumentet presenterer overordnet antatt nytteverdi for kommunale helse- og omsorgstjenester ved innføring av nasjonale e-helseløsninger, og hvilke vurderinger en kommune må ta med hensyn til å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger.

4

### **Underlag til veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger**

Dette dokumentet inneholder en situasjonsanalyse av nasjonale e-helseløsninger og er kunnskapsgrunnlaget for de tre dokumentene over. Dokumentet tar for seg:

- Status for innføring og bruk av de nasjonale e-helseløsningene og deres eksisterende funksjonalitet
- Forutsetninger for å ta i bruk e-helseløsningene
- Planer for ny funksjonalitet og innføring av disse
- Status på pågående prosjekter for utvikling av ny funksjonalitet på e-helseløsningene, herunder status for finansieringsplaner, tilslutning, forutsetninger for tilrettelegging hos leverandører og avhengigheter til andre tiltak i og utenfor felles grunnmur.

## 2 Status på de nasjonale e-helseløsningene

Gjennom de siste ti årene er det etablert flere nasjonale e-helseløsninger<sup>1</sup> for å støtte digital samhandling mellom innbygger og aktørene i helse- og omsorgssektoren. I dette kapitlet beskrives følgende nasjonale e-helseløsninger:

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

### 2.1 Helsenorge

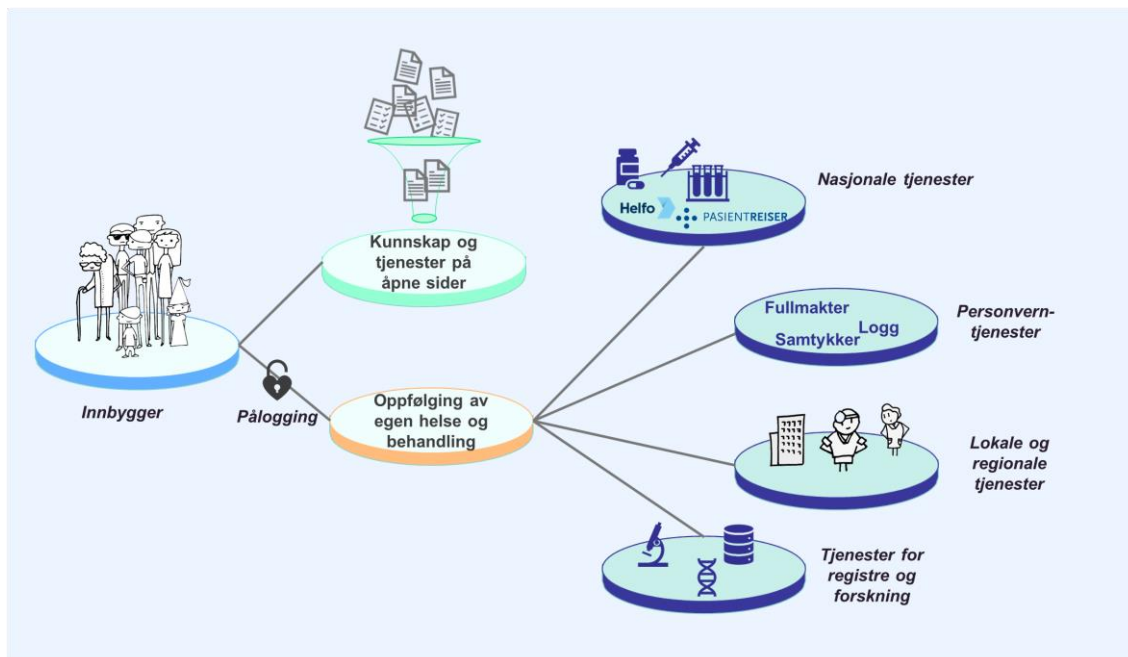
#### 2.1.1 Oversikt over tjenester

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

Formålet med Helsenorge er å gjøre det enkelt og sikkert for innbyggerne å ha kontakt med helse- og omsorgstjenesten digitalt. Figur 2 gir en oversikt over tjenestene som er tilgjengelig for innbygger via Helsenorge.

---

<sup>1</sup> Dagens nasjonale e-helseløsninger er Helsenorge, kjernejournal, e-resept og helsenettet (som inkluderer nasjonal infrastruktur, felles tjenester og felleskomponenter for utveksling av opplysninger med virksomheter i helse- og omsorgstjenesten). Eventuelt fremtidige samhandlingsløsninger kan bli definert til å inngå som en del av de nasjonale e-helseløsningene.



Figur 2. Oversikt over digitale tjenester tilgjengelig for innbygger gjennom Helsenorge

Innholdsmessig kan tjenestene på Helsenorge kategoriseres som følger:

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

- *Tjenester for registre og forskning*

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

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

- *Personverntjenester*

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

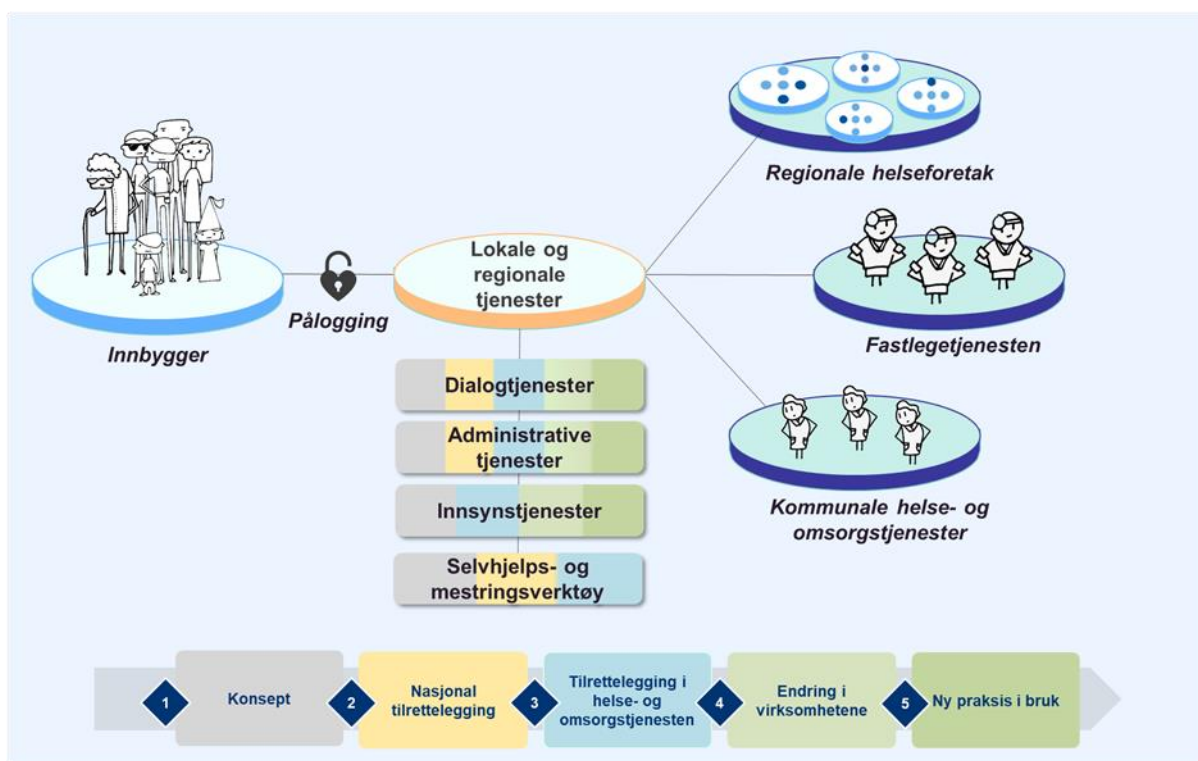
For å ta i bruk de Helsenorge-tjenestene som krever innlogging, må innbygger først gi sitt samtykke til at Helsenorge innhente helseopplysninger, sammenstiller og behandler denne informasjonen, lage lister basert på dem, lagre opplysningene så lenge det er nødvendig og lar eksterne aktører ta kontakt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

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

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

## 2.1.2 Oversikt over lokale og regionale tjenester

Figur 3 gir en oversikt over de lokale og regionale tjenestene, samt hvilke aktørgrupper som har startet med å tilgjengeliggjøre disse til innbyggere. Det varierer hvor langt de forskjellige aktørgruppene har kommet i innføring av tjenestene, og dermed også hvilken fase tjenestene er i. I tillegg er det variasjon mellom de ulike deltjenestene. Tjenestene er derfor illustrert med flere farger.



Figur 3. Oversikt over lokale og regionale tjenester som er tilgjengelig for innbygger gjennom Helsenorge

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

### Dialogtjenester

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



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



Tjenesten *Dialog/oppgaver* omfatter reseptfornyelse, fritekstmeldinger, skjemaoppgaver for utfylling, brev til innbygger

med mer. Innbygger kan initiere dialog med helsekontaktene sine, samt motta og besvare dialog fra ulike helseaktører.



#### Varsler

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



#### Video-konsultasjoner

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

### Administrative tjenester

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



#### Henvisningsstatus

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



#### Timeavtaler

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

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

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



#### Varsler

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



## Innsynstjenester

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



### Pasientjournal

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



### Prøvesvar

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

## Selvhjelps- og mestringsverktøy

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

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



### Verktøykatalog

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



### Formidling

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



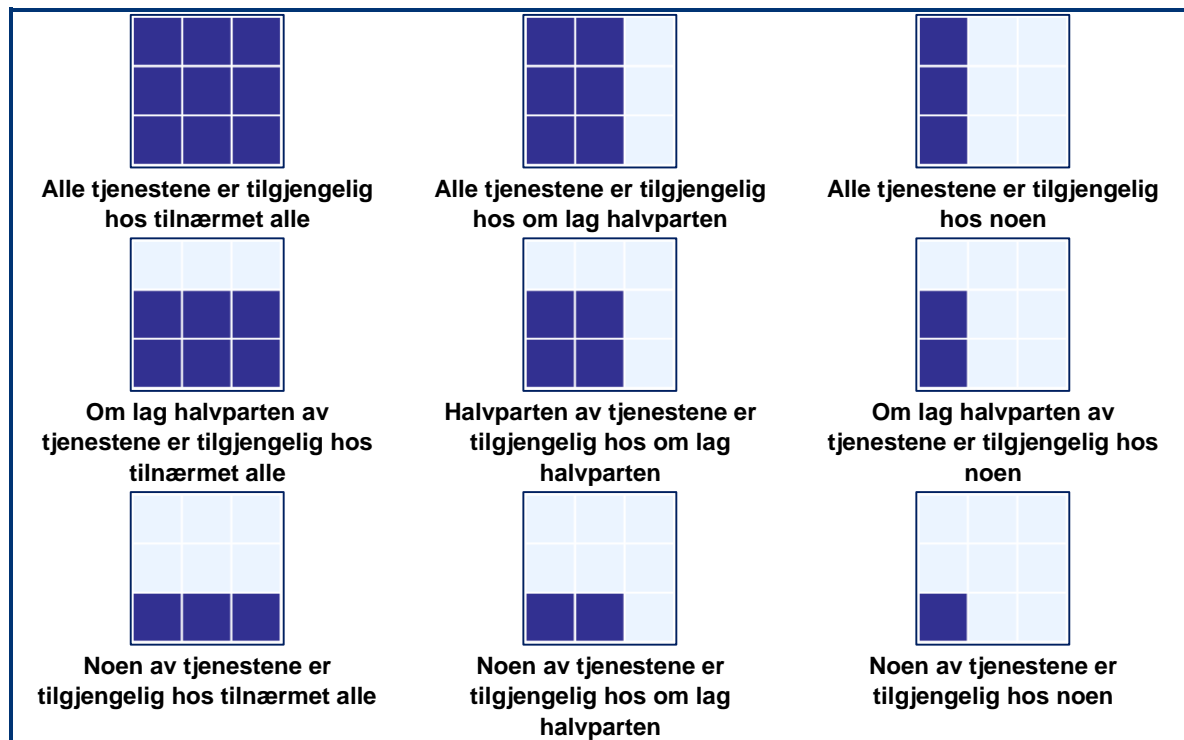
### Samspill med Helsenorge

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

### 2.1.3 Status for innføring av lokale og regionale tjenester

Stadig flere innbyggere har de siste årene fått tilgang til nye tjenester via Helsenorge. Det er per september 2020 store variasjoner i hvilke tjenester som er tilgjengelig avhengig av hvor man bor og hvilke virksomheter man har kontakt med. For å gi en enkel oversikt over status på innføring på Helsenorge har vi etablert en kube:

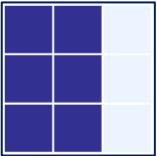
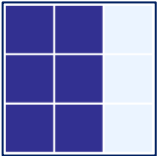
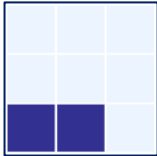
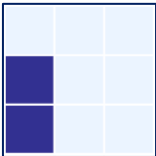
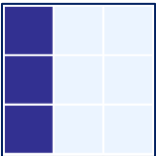
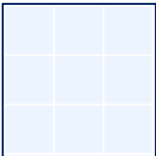
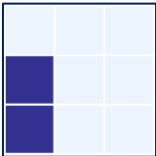

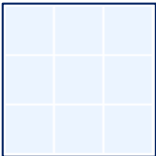
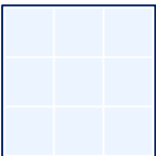
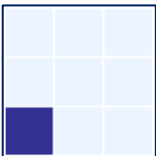
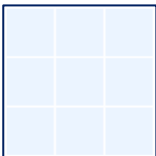
- *Høyden* viser hvor stor del av de ulike tjenestene som er innført
- *Bredden* viser hvor stor andel av aktørene i den angitte aktørgruppen som har innført tjenesten



Tabell 2: Status på innføring av tjenester i virksomhetene under de regionale helseforetakene og i kommunale helse- og omsorgstjenester

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

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

	Dialogtjenester	Administrative tjenester	Innsynstjenester
<b>Fastlege</b>	 <p>Ca. 40% av fastlegene tilbyr dialog med innbyggere på Helsenorge. I tillegg kan fastleger tilby dialogtjenester med andre løsninger (disse er ikke vist)</p>	 <p>Ca. 40% av fastlegene tilbyr timebestilling og timeadministrasjon på Helsenorge. I tillegg kan fastleger tilby administrative tjenester med andre løsninger (disse er ikke vist)</p>	 <p>Det er ikke direkte innsynstjenester i journal for fastleger. Ca. 40% av fastlegene kan sende innbygger kopi av journal via Helsenorge, I tillegg kan fastleger tilby kopi av journal med andre løsninger (disse er ikke vist)</p>
<b>Helsestasjon</b>	 <p>Oslo er i utprøving av helsekontakter og dialog for helsestasjon.</p>	 <p>Oslo er i utprøving av timeløsning for helsestasjoner</p>	 <p>Det er foreløpig ikke innsynstjenester i journal for helsestasjon.</p>
<b>Skolehelsetjeneste</b>	 <p>Oslo er i utprøving av helsekontakter og dialog for skolehelsetjenesten.</p>	 <p>Det er foreløpig ikke digital timebestilling for skolehelsetjenesten.</p>	 <p>Det er foreløpig ikke innsynstjenester for skolehelsetjenesten.</p>
<b>Legevakt<sup>2</sup></b>	 <p>Det er foreløpig ikke digitale dialogtjenester for legevakt</p>	 <p>Noen kommuner har timebestilling for Covid 19-testing.</p>	 <p>Det er foreløpig ikke innsynstjenester for legevakt</p>

<sup>2</sup> For enkelte kommuner inkluderer dette også enkelte tjenester knyttet til smittevern i forbindelse med Covid-19.

<b>Sykehjem/ institusjon</b>			
	Det er foreløpig ikke digitale dialogtjenester for sykehjem/institusjoner	Administrative tjenester som timebestilling og varsler er mindre grad relevant for sykehjem/institusjon	Det er foreløpig ikke innsynstjenester for sykehjem/institusjoner
<b>Hjemmebaserte tjenester og andre kommunale helse- og omsorgstjenester<sup>3</sup></b>			
	Kommuner tilsvarende ca. 40 prosent av befolkningen, tilbyr utvalgte helsekontakter og dialog.	Kommuner tilsvarende ca. 40 prosent av innbyggerne tilbyr oversikt over besøk i hjemmesykepleien med mulighet til å avbestille besøk	Det er foreløpig ikke innsynstjenester for hjemmebaserte tjenester

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

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

*DigiHelse* er et prosjekt som tilbyr digital melding, varsling og kalendertjenester på Helsenorge for brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsepersonell og innbyggere kan kommunisere blant annet om timeavtaler, planlagte og gjennomførte besøk og få varsler om disse. Videre gir DigiHelse pasient og pårørende, med fullmakt, mulighet for digital samhandling med helse- og omsorgstjenesten. Det er derimot variasjon når det gjelder hvor mange av tjenestene og deltjenestene som er tatt i bruk. Det nasjonale prosjektet for innføring av DigiHelse ledes av KS og er finansiert av kommunene.

Prosjektet *DigiHelsestasjon* skal levere digitale tjenester for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, inkludert helsestasjon for ungdom. Tjenestene omfatter e-konsultasjon (tekstbasert) med behandler, e-kontakt, timebestilling og administrasjon. Helsestasjoner i Oslo inkludert skolehelsetjenestene, er i gang med innføring. Det er litt ulikt hvilke tjenester hver helsestasjon har innført, men alle innbyggere i Oslo med barn i aktuell aldersgruppe vil etter hvert få mulighet til å samhandle digitalt med sin helsestasjon og skolehelsetjeneste.

DigiHelsestasjon er tilgjengeliggjort fra Helsenorge sin side, for alle journalleverandører som brukes av helsestasjonene og skolehelsetjenesten. Oslo kommune leder dette arbeidet og helsestasjonene i Bergen, Stavanger og Haugesund har planlagt innføring i 2021. Sammen med Oslo dekker disse kommunene i overkant av 20% av befolkningen.

*Digital dialog fastlege* (DDFL) gir mulighet for tekstbasert e-konsultasjon med fastlege, e-kontakt med legekantoret, reseptfornyelser, timebestilling og administrasjon. Enkle verktøy

<sup>3</sup> Med andre kommunale helse- og omsorgstjenester menes her blant annet. fysioterapeuter, manuellterapeuter og frisklivssentraler.

for kartlegging og veiledning er inkludert. Fastleger kan sende innbygger en digital kopi av pasientjournalen via Helsenorge. Ingen fastleger tilbyr direkte innsyn i journal.

Per oktober 2020 er DDFL tatt i bruk av fastlegekontor som dekker ca. 40% av befolkningen. På legekontor med flere fastleger kan det være variasjon mellom ulike fastleger når det gjelder hvilke deltjenester de tilbyr. Dette innebærer at pasientene som bruker samme legekontor kan ha ulike tilbud.

I tillegg kan fastleger som har avtale med en godkjent videoleverandør aktivere en inngang til videokonsultasjon via Helsenorge, og pasienter kan spesifisere om de ønsker videotimer, telefon eller fysiske timer ved bestilling. Noen fastleger gir pasienter en direkteinngang fra timeavtalen til videoløsningen. I 2020 er det også gjort flere tilpasninger for å møte nye behov i koronasituasjonen. Endringer omfatter informasjon til pasienter om hvordan de skal forholde seg ved mulig smitte og kartleggingsskjema for luftveissymptomer. Mange leger vil nå også kunne legge ut egen timebok for influensavaksinering.

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

Tjenestene som tilbys i spesialisthelsetjenesten via Helsenorge varierer mellom helseregionene.

	Dialogtjenester	Administrative tjenester	Innsynstjenester
<b>Helse Nord</b>	<p>Tre av fire HF tilbyr dialog knyttet til timer og videotimer.</p>	<p>Tilbyr oversikt over henvisningsstatus og timeavtaler (også videotimer) ved alle HF.</p>	<p>Tilbyr innsyn i utvalgte deler av pasientjournal og tilgangslogg ved alle HF for gruppen 0-12 og over 16 år.</p>
<b>Helse Midt-Norge</b>	<p>Tilbyr dialog knyttet til timeavtaler ved alle HF</p>	<p>Tilbyr oversikt over timeavtaler hos alle HF. Tilbyr varsel til innbygger</p>	<p>Tilbyr ikke innsynstjenester</p>
<b>Helse Sør-Øst</b>	<p>Formidler innkallingsbrev via Helsenorge ved fire HF</p>	<p>Tilbyr ikke administrative tjenester</p>	<p>Tilbyr innsyn i utvalgte deler av pasientjournal og tilgangslogg ved alle offentlige HF for pasienter over 16 år</p>

<b>Helse Vest</b>			
	<p>Tilbyr videotimer, helsekontakter, dialog med helsekontakter og dialog knyttet til timeavtale. Formidler innkallingsbrev via Helsenorge for alle HF og private ideelle</p>	<p>Tilbyr oversikt over henvisningsstatus og timeavtaler. Lenke til videotimer via digitale brev. Egenadministrasjon av timer</p>	<p>Tilbyr innsyn i utvalgte deler av pasientjournal og tilgangsløgg for gruppen 0-12 og over 16 år</p>
<b>Avtale- spesialister (alle regioner)</b>			
	<p>Tilbyr ikke dialogtjenester på Helsenorge. Avtalespesialister kan tilby dialogtjenester med andre løsninger (disse er ikke vist)</p>	<p>Tilbyr ikke administrative tjenester på Helsenorge. Avtalespesialister kan tilby tjenester med andre løsninger (disse er ikke vist)</p>	<p>Det er foreløpig ikke innsynstjenester for avtalespesialister på Helsenorge</p>

Tabell 4 viser status for innføring per oktober 2020

Helseregionene har etablert et felles program for digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten (DIS). Løsningene som utvikles i DIS skjer i samarbeid mellom de regionale helseforetakene, og målet er å utvikle nasjonale komponenter som skal kunne tas i bruk av alle de regionale helseforetakene etter at løsningene er pilotert, det vil si tilrettelagt nasjonalt.

Det vil være noe variasjon mellom sykehus og enheter innen et helseforetak. Enkelte tjenester fungerer ulikt for forskjellige aktører eller har tilpasning til regionale forhold. Eksempelvis varierer både mengde og type journaldokumenter som tilbys for innsyn i journal, og det er også variabelt hvilke pasientgrupper som har denne tjenesten tilgjengelig. Det er ikke funnet en løsning for innsyn i journal for innbyggere i alderen 12-16 år.

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

## 2.2 Kjernejournal

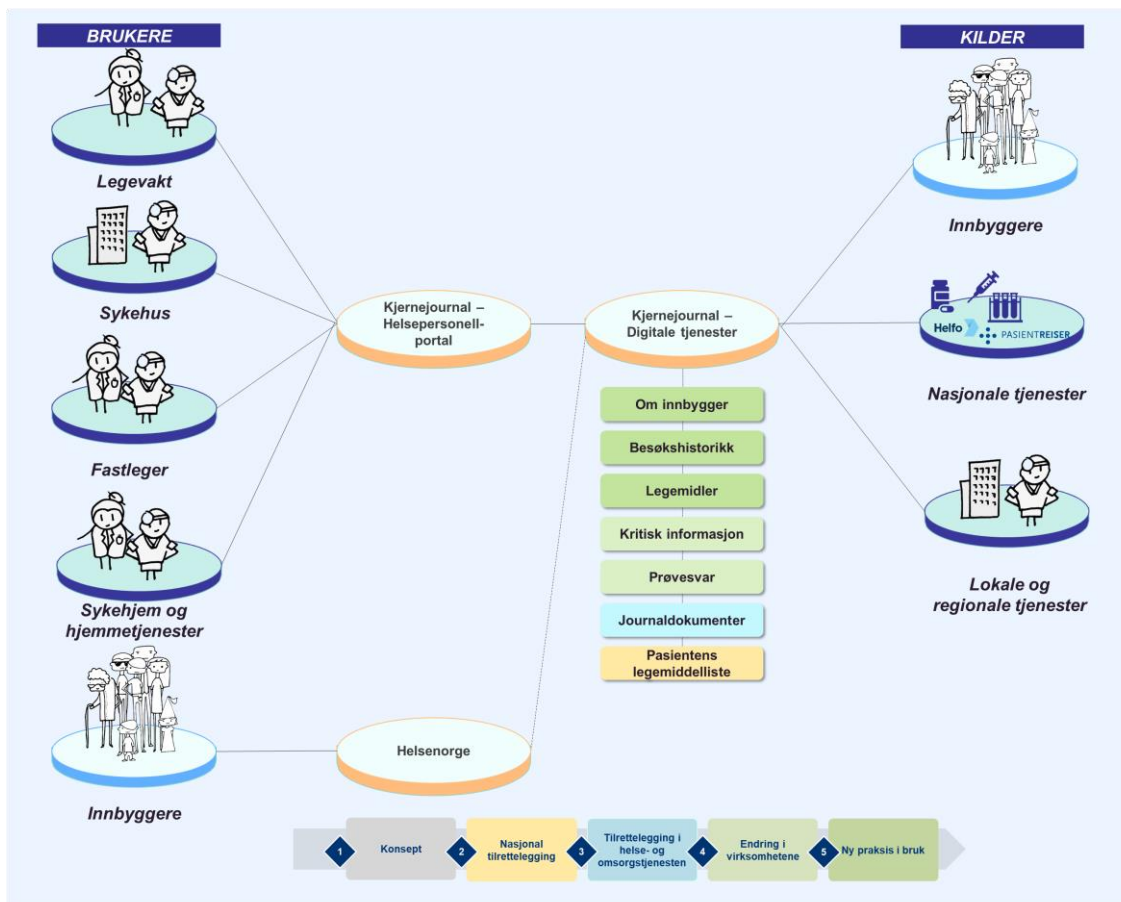
### 2.2.1 Oversikt over tjenester

Kjernejournal er en nasjonal e-helseløsning som samler informasjon fra flere kilder og gjør disse tilgjengelig for innbygger og helsepersonell med tjenstlig behov. I den enkeltes kjernejournal er et utvalg viktige opplysninger gjort tilgjengelige, uavhengig av hvor pasienten tidligere har mottatt helsehjelp. Dette bidrar til økt pasientsikkerhet i de tilfeller der helsepersonellet mangler oppdaterte opplysninger i eget journalsystem, og særlig i situasjoner hvor pasienten møter helsetjenesten akutt.

Første versjon av kjernejournal ble innført i pilotdrift i 30. august 2013. Breddeinnføring av kjernejournal til innbyggere ble påbegynt i 2015, og i 2016 hadde alle innbyggere over 16 år tilgang til kjernejournal på Helsenorge. Kjernejournal er per i dag i bruk på alle sykehus, alle legevakter og hos 91 % av fastlegene. Norsk Helsenett har et pågående innføringsprosjekt,

kjernejournal i sykehjem og hjemmetjenesten. Målsetningen for prosjektet er at per 1.1.2022 skal 50 % av Norges innbyggere bo i en kommune hvor kjernejournal er i bruk. Det er et uttalt behov og ønske om å få tilgang til kjernejournal for helsestasjon, skolehelsetjenesten, tannleger og apotek.

Tjenestene i kjernejournal er tilgjengelig for helsepersonell gjennom Helsepersonellportalen i Kjernejournal (se Figur 4). Innbyggere har tilgang til tilsvarende tjenester gjennom Helsenorge.



Figur 4. Oversikt over tjenester som er tilgjengelige for helsepersonell gjennom Helsepersonellportalen i Kjernejournal

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

- **Innbyggerens registreringer**

Dette er tjenester som baserer seg på innbyggerens registreringer i kjernejournal via Helsenorge.

- **Nasjonale tjenester, inkludert tjenester fra helseforvaltningen**

Dette er tjenester som er basert på nasjonale fellesløsninger. Det meste av informasjonen her hentes automatisk fra offentlige registre. Innholdet inkluderer personalia, familierelasjoner med kontaktinformasjon, informasjon om hvem som er personens fastlege, besøkhistorikk samt prøvesvar fra Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) ved FHI. I tillegg inneholder kjernejournal også informasjon om alle legemidler som er utlevert til pasienten på resept i norske apotek de siste 3 år. Denne informasjonen hentes fra reseptformidleren, som er en del av e-resept.

- **Tjenester som henter informasjon fra lokale og regionale tjenester**

Dette er tjenester som er avhengig av at hver aktør som yter helse- og omsorgshjelp tilgjengeliggjør informasjon gjennom kjernejournal, dvs. at de kobler seg mot enten kjernejournalportalen eller tilgjengeliggjør informasjon gjennom felleskomponentene for dokument- og datadeling. Dette omfatter i dag Kritisk informasjon, og det arbeides blant annet med å tilgjengeliggjøre journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten.

### Innbyggerens registreringer



#### Om innbygger

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



#### Innstillinger

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

### Nasjonale helsetjenester, inkludert tjenester fra helseforvaltningen



#### Om innbygger

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



#### Legemidler

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



#### Besøkshistorikk

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



#### Prøvesvar

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



## Tjenester som henter informasjon fra lokale og regionale helsetjenester



### Kritisk informasjon

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



### Journaldokumenter

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

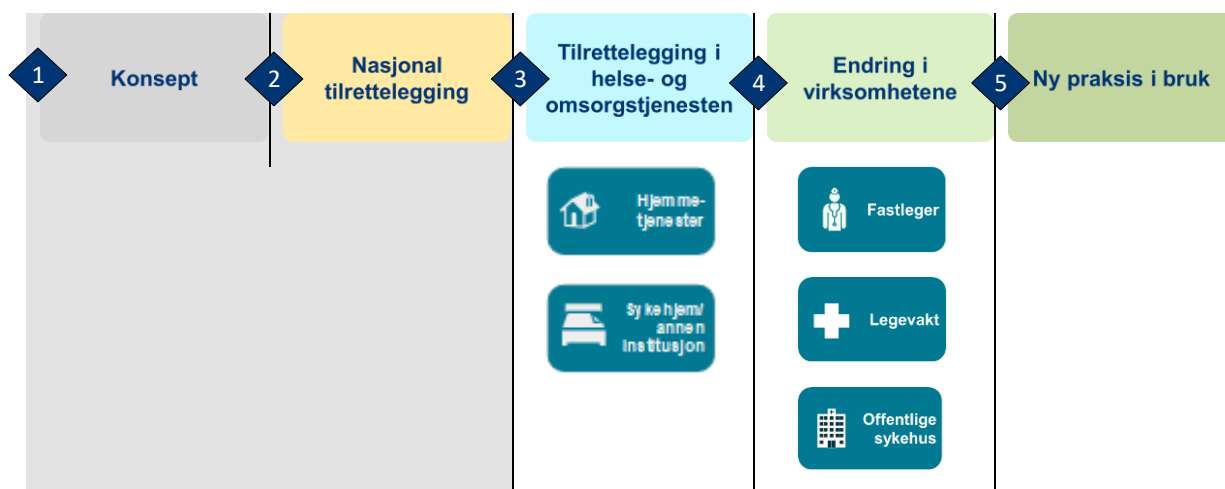
I det videre vil det fokuseres på tjenestene som henter informasjon fra lokale og regionale helsetjenester, det vil si kritisk informasjon og journaldokumenter. For detaljert informasjon om de øvrige tjeneste henvises til dokument 4, "Underlag for veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger".

## 2.2.2 Status for tilgjengeliggjøring av kritisk informasjon og innsyn i journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten

### Kritisk informasjon

Kritisk informasjon gir nytte for helsepersonell både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Informasjon om allergier og andre medisinske tilstander som er viktige i forbindelse med legemiddelbruk er også relevante å kjenne til for helsepersonell i apotek for eksempel ved med utlevering av legemidler, og leveranse av farmasøytiske tjenester som for eksempel vaksinasjon i apotek. Tilgang på kritisk informasjon i kjernejournal kan ha avgjørende betydning for å unngå pasientskade. Behandlende lege registrerer kritisk informasjon i samråd med pasienten både i eget journalsystem og i kjernejournal. Før kjernejournal ble innført var det ingen mulighet for elektronisk deling av slik info på tvers av tjenestesteder annet enn ved en-til-en-meldinger og varselkort som pasienten bar på seg.

Figur 5 gir en oversikt over status for innføring av muligheten til å lese og oppdatere kritisk informasjon gjennom Helsepersonellportalen i kjernejournal:



Figur 5. Oversikt over status for innføring av muligheten til å lese og oppdatere kritisk informasjon gjennom Helsepersonellportalen i kjernejournal

Verdien av kritisk informasjon vil øke i takt med at flest mulig av innbyggerne har en oppdatert og autoritativ registrering av kjernejournal. Dette forutsetter at helsepersonell som har mulighet for å endre og registrere kritisk informasjon tar i bruk kritisk informasjon i kjernejournal.

Tjenesten for å registrere og oppdatere kritisk informasjon har vært tilgjengelig i Helsepersonellportalen i kjernejournal siden 2015. Kjernejournal er per i dag i bruk på alle sykehus, alle legevakter og hos 91 % av fastlegene. Fastleger, leger i spesialisthelsetjenesten og sykepleiere (på enkelte områder) har registrert kritisk informasjon på ca. 66.000 pasienter så langt. Kjernejournalmiljøet anslår at dette dekker 25 % av behovet, hvilket tilsier at ny praksis ikke er tatt fullt i bruk enda.

## Journalldokumenter

Figur 6 viser en oversikt over status for tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten for å tilgjengeliggjøre journalldokumenter



Figur 6. Oversikt over status for tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten for å tilgjengeliggjøre journalldokumenter

Deling av journalldokumenter mellom aktører gjør det mulig for helsepersonell å få tilgang til journalopplysninger på tvers av virksomheter og omsorgsnivåer. Dette gjør det mulig å raskt innhente eventuelle journalopplysninger som ikke er mottatt eller innhentet allerede.

Journalinnsyn med dokumentdeling vil i mange behandlingssituasjoner kunne gi bedre grunnlag for beslutninger om diagnostikk og behandling, noe som kan gi bedre kvalitet i tjenestene, bidra til styrket pasientsikkerhet og redusere uønskede hendelser. Dette er avhengig av at det er forutsigbart hva slags dokumenter som er tilgjengelige, og hvor langt tilbake i tid de er tilgjengeliggjort. Nyttien øker jo flere virksomheter som tilgjengeliggjør dokumentene sine. Det er derfor viktig at virksomhetene tilgjengeliggjør journaldokumentene i kjernejournal slik at helsepersonellet har tillit til tilgjengelig informasjon og kan foreta behandlingsvalg på best mulig kunnskapsgrunnlag.

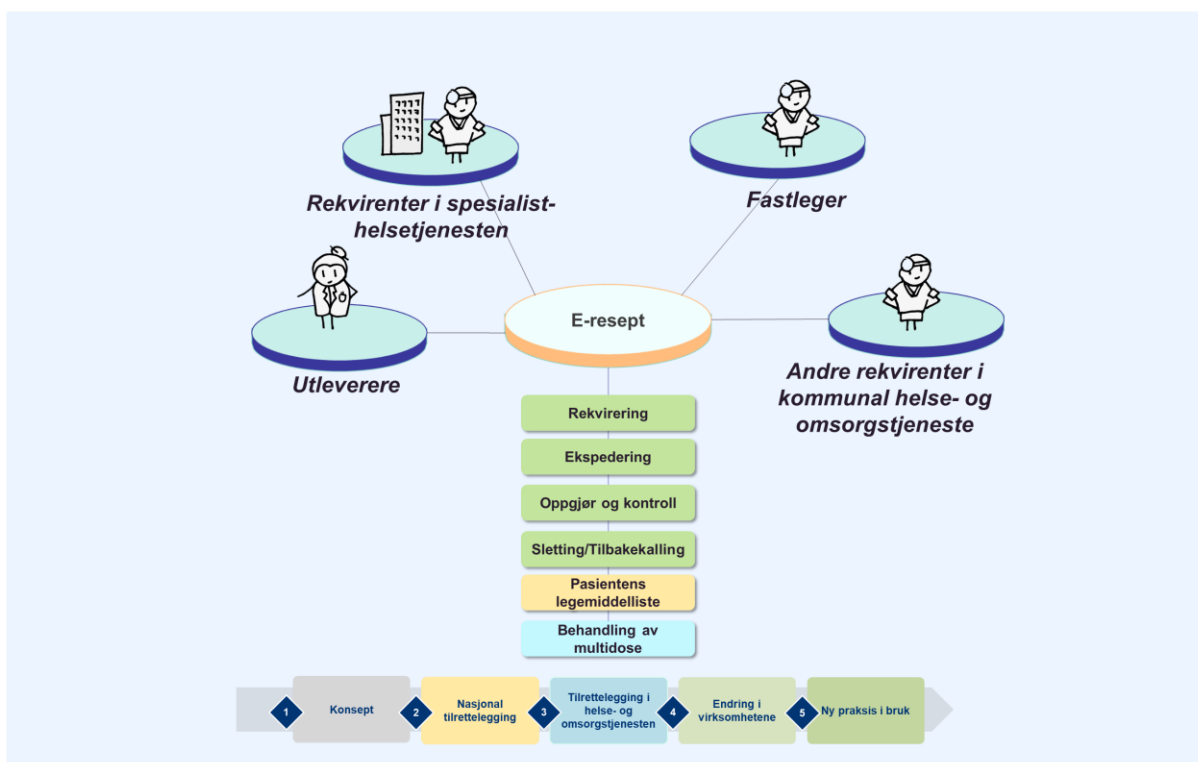
Det planlegges to utprøvinger av dokumentdeling, en i region Sør-Øst og en i region Nord. I denne utprøvsperioden vil et begrenset antall helsepersonell kunne lese journaldokumenter i kjernejournal. Utprøvingen foregår ved utvalgte behandlingssteder som samarbeider med Oslo universitetssykehus: Oslo kommunale legevakt, lokalsykehus i Oslo, Akershus universitetssykehus og noen fastleger i Oslo-området. Når helsepersonellet ved disse virksomhetene behandler en pasient vil de kunne lese pasientens journaldokumenter som er tilgjengeliggjort fra Oslo universitetssykehus. Helse Nord planlegger å gjennomføre utprøving av dokumentdeling gjennom kjernejournal sammen med Bodø kommune med planlagt oppstart i desember 2020. Dokumenter fra Helse Nord sine helseforetak blir gjort tilgjengelige for utvalgt helsepersonell i Bodø kommune i følgende virksomheter: Bodø Legevakt, Kommunalt akutt døgnetthet/korttidsavdeling og fastleger som inngår i legevaktsordningen i Bodø kommune.

## 2.3 E-resept

### 2.3.1 Oversikt over tjenester

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

Figur 7 gir en oversikt over tjenestene som er tilgjengelig for innbygger gjennom e-resept.



Figur 7. Oversikt over e-resept

## Tjenestene i e-resept



### E-Resepter

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

Tjenesten er tilgjengelig og tatt i bruk av de aller fleste rekvirenter og i alle landets apotek. 93 prosent av alle utleveringer av reseptpliktige legemidler i apotek var i 2019 basert på en elektronisk resept. Rekvirenter i sykehjem (inkludert KAD/ØHD), på helsestasjoner og tannleger mangler fortsatt tilgang til tjenesten. Videre utbredelse av tjenesten til disse rekvirentgruppene er i stor grad avhengig av utvikling av Sentral forskrivningsmodul (SFM) (se kapittel 2.3.2.1)



### Elektronisk multidose

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

Det er tilrettelagt for tjenesten i nasjonale komponenter (Reseptformidleren, FEST og utleverer-systemene), men tjenesten er i liten grad innført. Enkelte EPJ-leverandører har integrert støtte

for elektronisk multidose, og er i utprøving av denne. Ett multidoseapotek er godkjent for bruk av elektronisk multidose, og ett til er godkjent for utprøving. Tjenesten vil være en integrert del av SFM og flere leverandører avventer integrasjon før innføring av løsningen. Det forventes derfor at tjenesten først vil breddes nasjonalt med SFM.

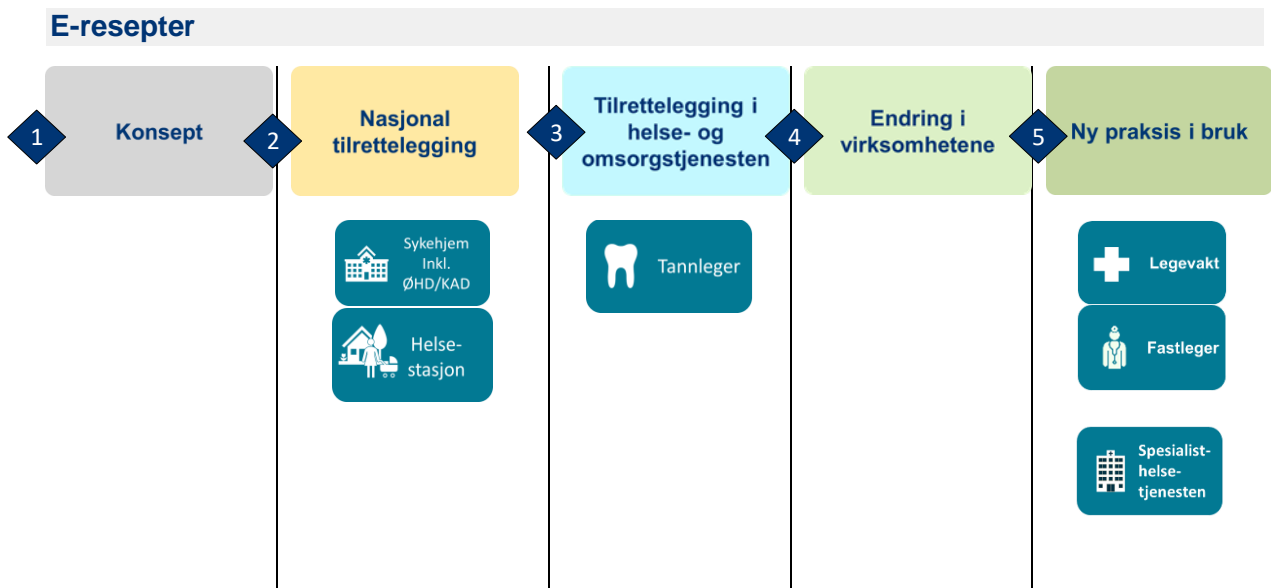


### **Pasientens legemiddelliste**

Dette er tjenester for å hente informasjon om pasientens legemiddelliste (PLL), samstemme legemiddelopplysninger, seponere legemiddelbehandling, opprette ny legemiddelbehandling, endre legemiddelbehandling, registrere og endre kritisk legemiddelreaksjon (CAVE) samt sende pasientens legemiddelliste (PLL).

Det er tilrettelagt for PLL i de nasjonale systemene (kjernejournal, Helsenorge, Forskrivingsmodulen (se kapittel 2.3.2.1)) og gjennom juridiske tilpasninger. For nasjonal innføring er det avhengighet til utvikling og utprøving av SFM med PLL-funksjonalitet fordi de fleste EPJ-leverandører avventer integrasjon med denne løsningen for å understøtte PLL teknisk. Arbeidsprosesser og effektmål skal verifiseres i utprøvningsprosjekt i Helse Vest og Bergen kommune med hovedvekt på bruk av eksisterende teknologi (Forskrivingsmodul).

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



Figur 8. Oversikt over status for utvikling og innføring av e-resept til rekvirenter:

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

Tall fra 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, og jordmødre og helsesykepleiere på helsestasjon mangler tilgang, da e-resept ikke støttes i deres elektroniske pasientjournal. Noen jordmødre på sykehus har tilgang til e-resept gjennom Forskrivningsmodulen (FM).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

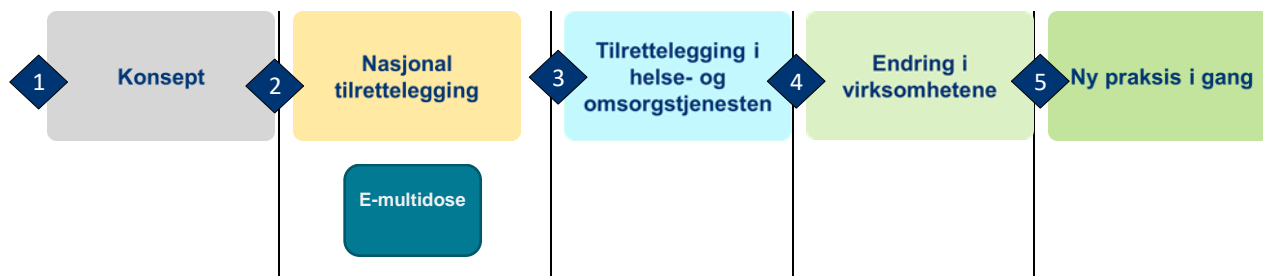
- **Alternativ 1:** Som en integrert del av løsningen, der SFMs brukergrensesnitt integreres i brukerens EPJ
- **Alternativ 2:** EPJ ivaretar egen forskrivningsfunksjonalitet og benytter SFM Basis API for å kommunisere med sentrale registre som reseptformidleren og kjernejournal. API-et vil bidra til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

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

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

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

### Elektronisk multidose

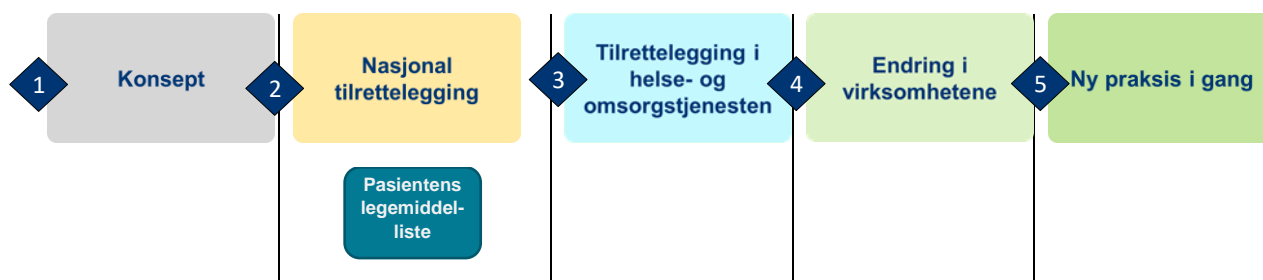


Figur 9. Oversikt over status for utvikling og innføring av elektronisk multidose

Uprøving på elektronisk multidose i e-resept har pågått siden 2014. Status per august 2020 er at sentrale komponenter (FM, reseptformidleren, FEST og utleverer-systemene) er tilrettelagt med funksjonalitet for elektronisk multidose, men tjenesten er i liten grad innført. Infodoc Plenario er tilrettelagt og innført på flere kontor. Pasientsky har også godkjent egenutviklet løsning for elektronisk multidose i e-resept og er i utprøving. Én multidosseapotekkjede; Nagara – Apotek1 er fullt ut godkjent for elektronisk multidose i e-resept (godkjent i 2014). Pharmados – Norsk Medisinaldepot og Boots Apotek er per august 2020 godkjent for begrenset utprøving.

Nye EPJ-leverandører som utvikler egen støtte for e-resept må også levere støtte for elektronisk multidose for å bli godkjent for e-resept. Selv om det lenge har vært nasjonalt tilrettelagt for elektronisk multidose, og status således kunne vært satt til *tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten*, er det i dag flere EPJ-leverandører som avventer ferdigstilling av SFM med støtte for elektronisk multidose før innføring av løsningene. Derfor er overordnet status her satt til *nasjonal tilrettelegging*.

### Pasientens legemiddelliste



Figur 10. Oversikt over status for utvikling og innføring av pasientens legemiddelliste

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

Konseptet er basert på at alle leger, enten det er på sykehus, sykehjem, fastleger eller andre med full rekvisiteringsrett, skal ha støtte i sin arbeidsflate til å kunne innhente og samstemme



pasientens legemiddelliste. Rekvirenter med begrenset rekvireringsrett vil ha tilgang til å lese listen, men ikke gjøre endringer. Selve legemiddellisten lagres i reseptformidleren. Denne støtten kan løses ved at journalløsningene, eller fagsystemene som rekvirentene bruker, har innebygget funksjonalitet for legemiddelhandstering, eller ved at rekvirentene tar i bruk sentral forskrivningsmodul. Sentral forskrivningsmodul er en komponent i e-reseptkjeden som utvikles av Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett. Journalleverandører som ikke ønsker å utvikle forskrivningsfunksjonalitet selv, kan ta i bruk hele eller deler av denne komponenten. I tillegg til å støtte pasientens legemiddelliste og elektronisk multidose, vil sentral forskrivningsmodul bidra til økt kvalitet i e-reseptkjeden.

Helsepersonell som ikke har rekvireringsrett, men som har tjenstlig behov til å lese pasientens legemiddelliste, vil få tilgang til denne gjennom kjernejournal. I tillegg vil de også ha tilgang til listen over pasientens resepter. Kjernejournal er i dag tilgjengelig for helsepersonell i helseforetakene, på legevakter i noen utvalgte kommuner og hos fastleger. For å få best mulig nytte av pasientens legemiddelliste, vil det være nødvendig å innføre kjernejournal i sykehjem og hjemmebaserte tjenester i kommunene i tillegg.

Det er på nåværende tidspunkt ikke avklart hva apotekets rolle i forhold til PLL skal være, men det er lagt til grunn en forventning om at apotekansatte skal ha tilgang til PLL, og at PLL skal brukes som kilde når det anses nødvendig. Dette er det åpnet for gjennom forskriftsendringene som er gjort. Der fremgår det av Reseptformidlerforskriften §3-1, femte ledd, at "Pasientens legemiddelliste kan gjøres tilgjengelig for autorisert og autentisert helsepersonell i apotek". Gitt at apotekenes rolle ikke er avklart gjenstår det å inkludere PLL i apotekkapitlene i funksjonell dokumentasjon for e-resept for at PLL-spesifikasjonene skal være komplette. Prosessen med å avklare PLL i apotek og godkjente spesifikasjoner for dette, må være på plass før PLL kan planlegges inn i apotekenes fagsystemer.

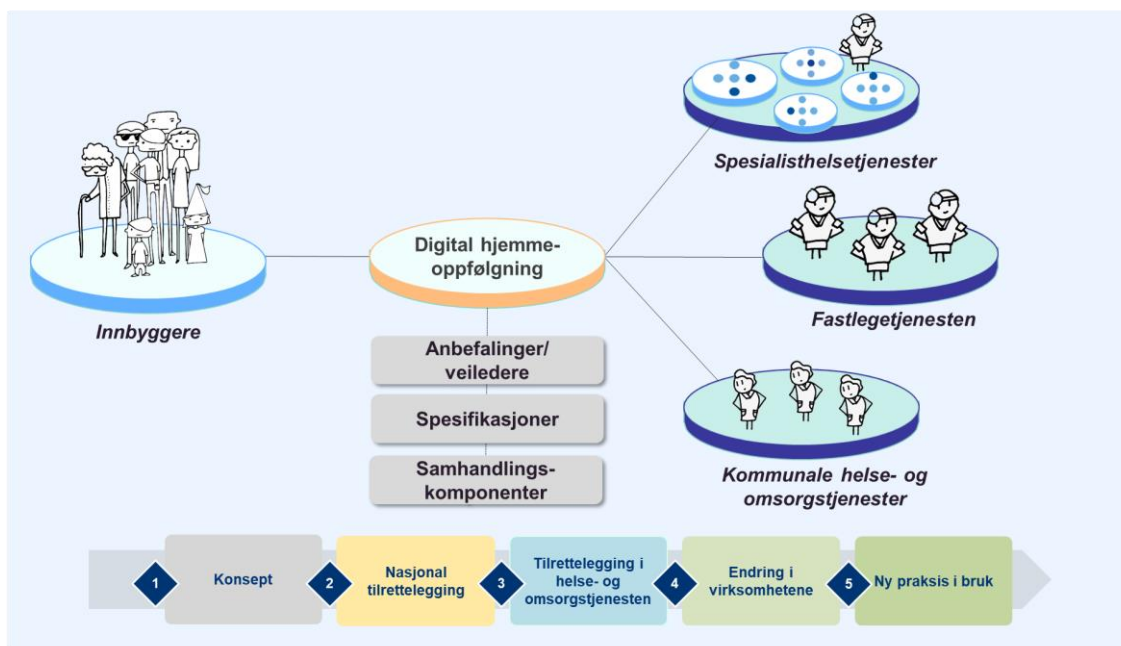
## 2.4 Digital hjemmeoppfølging

### 2.4.1 Oversikt over tjenester

Digital hjemmeoppfølging er et begrep som omfatter at deler av helse- og omsorgstjenesten kan flyttes hjem til pasienten ved hjelp av teknologi. Begrepet digital hjemmeoppfølging kan også omfatte nettbasert behandling (for eksempel e-Meistring (2)), hjemmesykehus, videokonsultasjon og velferdsteknologi.

Som for andre områder i helse- og omsorgstjenesten er det nødvendig å kunne dele informasjon effektivt mellom ulike systemer for å forenkle innføring og sikre rask realisering av gevinster. Uavhengig av om informasjon skal deles mellom systemer lokalt, regionalt eller nasjonalt så bør dette gjøres innenfor samme nasjonale regelverk, på samme måte som man i trafikken har etablert nasjonale trafikkregler. Et slikt nasjonalt regelverk kan etableres både i form av anbefalinger, spesifikasjoner og samhandlingskomponenter. Dette omfatter blant annet veiledning for personvern og informasjonssikkerhet, spesifikasjoner av grensesnitt for informasjonsdeling, og samhandlingskomponenter. Eksempler på samhandlingskomponenter er velferdsteknologisk knutepunkt, knutepunkter for data- og dokumentdeling, Helsenorge og kjernejournal. Regelverket for informasjonsdeling relatert til digital hjemmeoppfølging vil utgjøre en delmengde av helhetlig samhandling, og videre arbeid med dette vil gjennomføres i tett samarbeid med tiltak knyttet til helhetlig samhandling.

Figur 11 gir en oversikt over hvilke komponenter som inngår i Digital hjemmeoppfølging.



Figur 11. Oversikt over Digital hjemmeoppfølging

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



### Anbefalinger/ veiledere

Eksempler på områder som omtales i anbefalinger og veiledere:

- Personvern og informasjonssikkerhet
- Tjenesteinnovasjon/tjenestemodeller
- Videokonsultasjon
- Bruk av privat utstyr/helseapper
- Gevinstrealisering
- Innspill til anskaffelser



### Spesifikasjoner

Eksempler på spesifikasjoner:

- Grensesnitt for samhandling (blant annet FHIR-profiler)
- Andre tekniske krav og sikkerhetskrav for bruk av nasjonal helhetlig samhandling
- Kommersielle krav for bruk av nasjonal helhetlig samhandling



### Samhandlings- komponenter

Eksempler på samhandlingskomponenter:

- Velferdsteknologisk knutepunkt
- Felleskomponenter for data- og dokumentdeling
- Helsenorge og kjernejournal
- Videobro for sammenkobling av ulike videoløsninger

## 2.4.2 Status for tilgjengeliggjøring av digital hjemmeoppfølging

Arbeid med arkitektur og infrastruktur relatert til digital hjemmeoppfølging/velferdsteknologi har pågått i flere år i regi av Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Det har inntil nylig blitt prioritert å tilrettelegge for informasjonsdeling relatert til velferdsteknologi i kommunene. Høsten 2019 og i 2020 har det i tillegg blitt arbeidet med å kartlegge behov for tilrettelegging relatert til digital hjemmeoppfølging utover velferdsteknologi i kommunene.

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

Arbeidet har også resultert i utvikling og utprøving av velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) som benyttes til å realisere denne informasjonsdelingen. Per oktober 2020 er det åtte kommuner som benytter velferdsteknologisk knutepunkt til informasjonsdeling mellom fem ulike velferdsteknologiløsninger og tre ulike journalsystem.

Flere kommuner og leverandører er i prosess for å benytte velferdsteknologisk knutepunkt (se Tabell 5). Gjennom denne måten å arbeide på utvikles nasjonale spesifikasjoner og samhandlingskomponenter gradvis i tett samarbeid med helsetjenesten og leverandørmarkedet. Det som fungerer bra et sted kan tilgjengeliggjøres for andre.

	Meldt interesse		Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Endring i virksomhetene	Ny praksis i bruk
<b>Kommuner</b>	Randaberg Lillesand Time Hjelmeland Rana Eigersund Birkenes Tynset Tolga Stavanger Folldal Rendalen Alvdal Flekkefjord Farsund	Vågan Flakstad Værøy Moskenes Øygarden Utsira Bokn Etne Karmøy Tysvær Suldal Sveio Vindafjord Giske	Bærum Nordre Follo Elverum	Oslo Ringerike Arendal Grimstad Kristiansand Trondheim Bodø Bamble	
<b>EPJ-leverandører</b>			Helseplattformen	Gerica Visma CosDoc	
<b>Andre leverandører</b>	Oneco Jodacare		Locus Sensio Hepro	Tellu Roommate Evondos Dignio NetNordic	

Tabell 5. Oversikt over kommuner og leverandører som i dag bruker eller er i prosess for bruk av velferdsteknologisk knutepunkt (status per oktober 2020)

Erfaringer så langt kan oppsummeres slik:

- Ulikt omfang av VKP-etablering i kommunene. En kommune forberedte og gjennomførte VKP-løsningen i løpet av en uke, mens en annen kommune startet i 2018, men kom ikke i drift før i 2020 (kommunens EPJ var ikke klar for integrasjon før i 2020).
- Kommuner og leverandører forhandler ulike, og til dels høye priser for tilrettelegging av EPJ- og velferdsteknologiløsninger. Flere kommuner vurderer derfor at de har ikke økonomi til å ta i bruk VKP-løsningen.
- Kommuneledelsen har varierende eller lite kjennskap til myndighetens planer for å tilrettelegge. Dette gir utfordringer med å forankre behovet internt og planlegge gjennomføring.
- Kommunene uttrykker usikkerhet om eierskap til data, personvern og forpliktelser til å dele data.
- Kommunene og leverandørene uttrykker usikkerhet om VKP blir et varig tilbud, eller om de må tilpasse seg noe annet, på en annen måte, senere.

Velferdsteknologisk knutepunkt er ennå ikke besluttet som en nasjonal e-helseløsning. Den benyttes nå for å hjelpe kommunene til raskt å kunne etablere informasjonsdeling i påvente av at helhetlig samhandling vil løse disse behovene. Velferdsteknologisk knutepunkt kan inngå som en nasjonal samhandlingskomponent i helhetlig samhandling, men det er ikke besluttet. Det som derimot er en intensjon, er at løsninger som er tilpasset for å knytte seg til velferdsteknologisk knutepunkt ikke skal behøve å gjennomføre nye større endringer for å tilpasse seg fremtidig helhetlige samhandling.

## 3 Veikart for nasjonale e-helseløsninger

Veikartet skal gi en oversikt over veien videre for de delene av nasjonale e-helseløsninger som er under utvikling og innføring. 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 at det er mulig å skissere et veikart. Tilsvarende er heller ikke tjenester som er tatt i bruk inkludert i veikartet. Unntaket er digital hjemmeoppfølging og innføring av elektronisk meldingsutveksling da dette var spesifisert i oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Veikartet er oppdelt etter hvilke endringer man ønsker å oppnå for helsepersonell og innbyggere gjennom pågående utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger.

I veikartet ligger tiltakene for å oppnå følgende endringer:

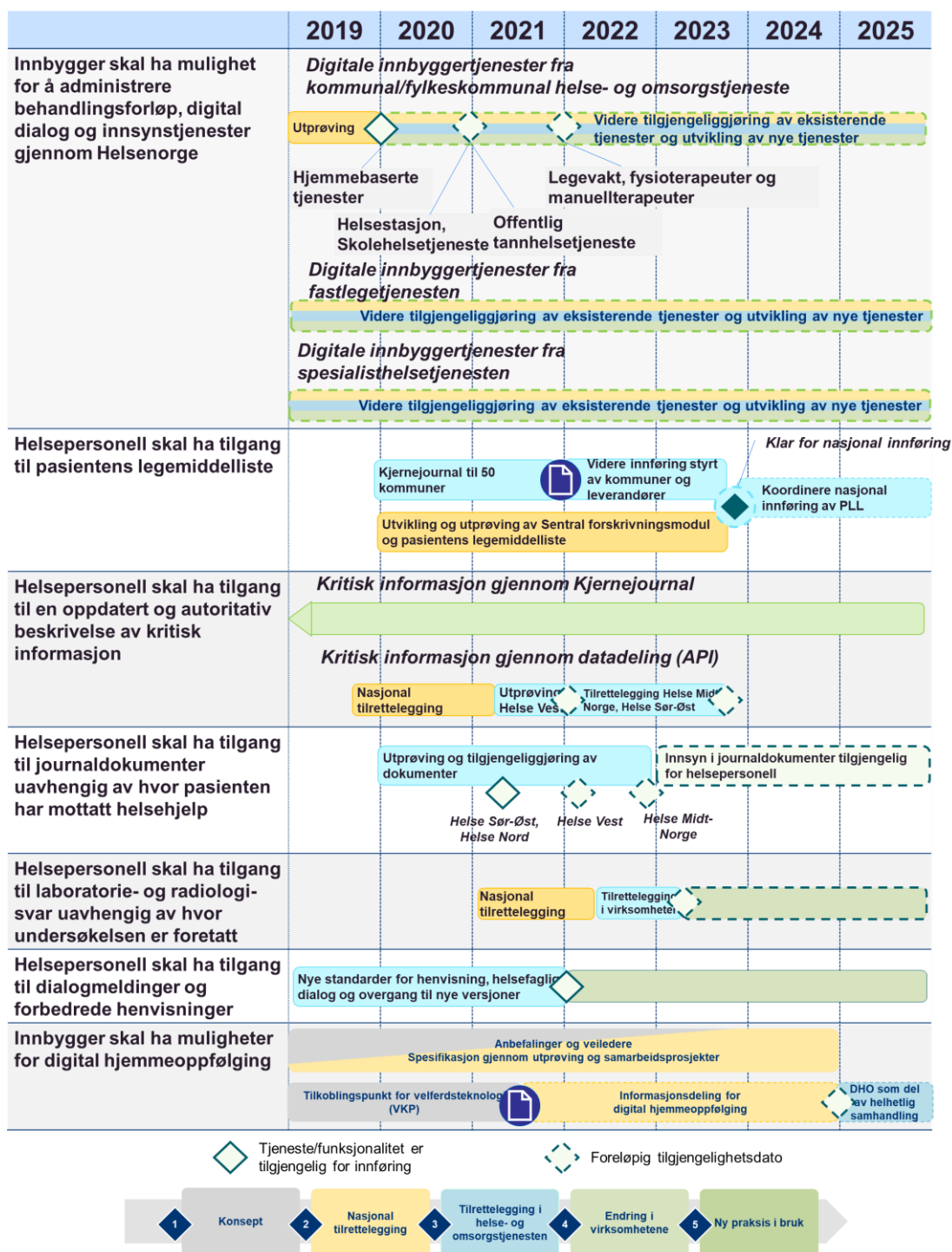
- Innbygger skal ha mulighet for å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge
- Innbygger skal ha muligheter for digital hjemmeoppfølging
- Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens legemiddelliste
- Helsepersonell skal ha tilgang til en oppdatert og autoritativ beskrivelse av kritisk informasjon
- Helsepersonell skal ha tilgang til journaldokumenter uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp
- Helsepersonell skal ha tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt
- Helsepersonell skal ha tilgang 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 det er ikke ennå avklart innretningen for den nasjonale tilretteleggingen. Eksempel på tiltak i denne kategorien er:

- Mulighet for innbyggere og helsepersonell til å opprette og dele digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner
- Mulighet for innbyggere og helsepersonell til å få innsyn i dokumenter fra avtalespesialister og fastleger.
- Mulighet for innbygger til å sende og motta meldinger til/fra behandlende enhet i spesialisthelsetjenesten
- Mulighet for innbygger til å gjennomføre dialog med fysioterapeuter, manuellterapeuter og avtalespesialister
- Mulighet for innbygger til å se rettigheter knyttet til henvisning i spesialisthelsetjenesten
- Mulighet for innbygger til å se, avlyse og bestille timeavtaler hos fysioterapeuter, manuellterapeuter og avtalespesialister

Disse og andre tiltak som foreløpig er i konseptfasen.

Figur 12 gir en oversikt over pågående utvikling og innføring av de nasjonale e-helseløsningene.



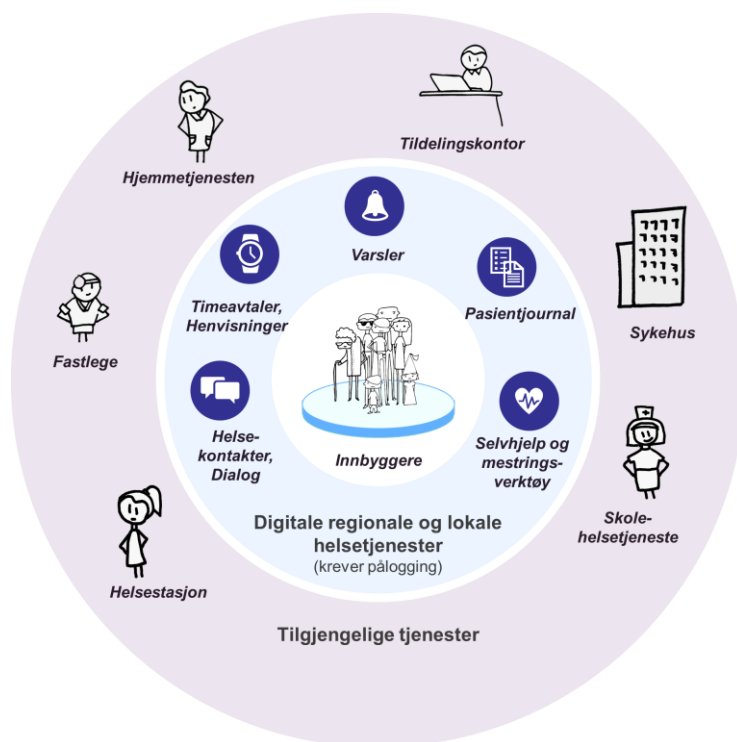
Figur 12. Oversikt over veikart for tiltakene som er i fase nasjonal tilrettelegging, tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten eller endring i virksomhetene. Siden variasjonen i status og planer er stor for ulike aktører på Helsenorge, er også de ulike tjenestene illustrert med flere av fase-fargene.

Oppsummert viser veikartet følgende for de pågående endringene:

- Flere og flere aktører i sektoren vil tilby administrasjon av behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester til innbyggere gjennom Helsenorge mellom 2021-2025.

- I perioden frem til 2023/2024 gjennomføres utvikling og utprøving av sentral forskrivingsmodul og pasientens legemiddelliste. E-resept innføres i sykehjem og hjemmetjeneste.
- Helse Vest, Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge vil prøve ut å oppdatere kritisk informasjon i kjernejournal automatisk fra egne kilder. Helse Midt-Norge vil koble seg til kjernejournal gjennom Helseplattformen
- Innsyn i journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten kommer gradvis frem mot 2022/2023.
- Helsepersonell får tilgang på dialogmeldinger og forbedrede henvisninger
- Planen for digital hjemmeoppfølging er å fortsette den pågående utprøvingen, og bruke de eksisterende prosjektene til å realisere et felles rammeverk for informasjonsdeling.
- Planen for Digital hjemmeoppfølging anbefaler å fortsette og utvide utprøvingen med velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) som gjøres sammen med kommunene, og etter hvert inkludere spesialisthelsetjenesten og helsefelleskap. Hensikten er å bruke de pågående prosjektene til gradvis spesifisering og realisering av felles rammeverk for informasjonsdeling relatert til digital hjemmeoppfølging. Arbeidet vil bidra til, og etter hvert bli en del av, utviklingen av helhetlig samhandling.

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



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

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

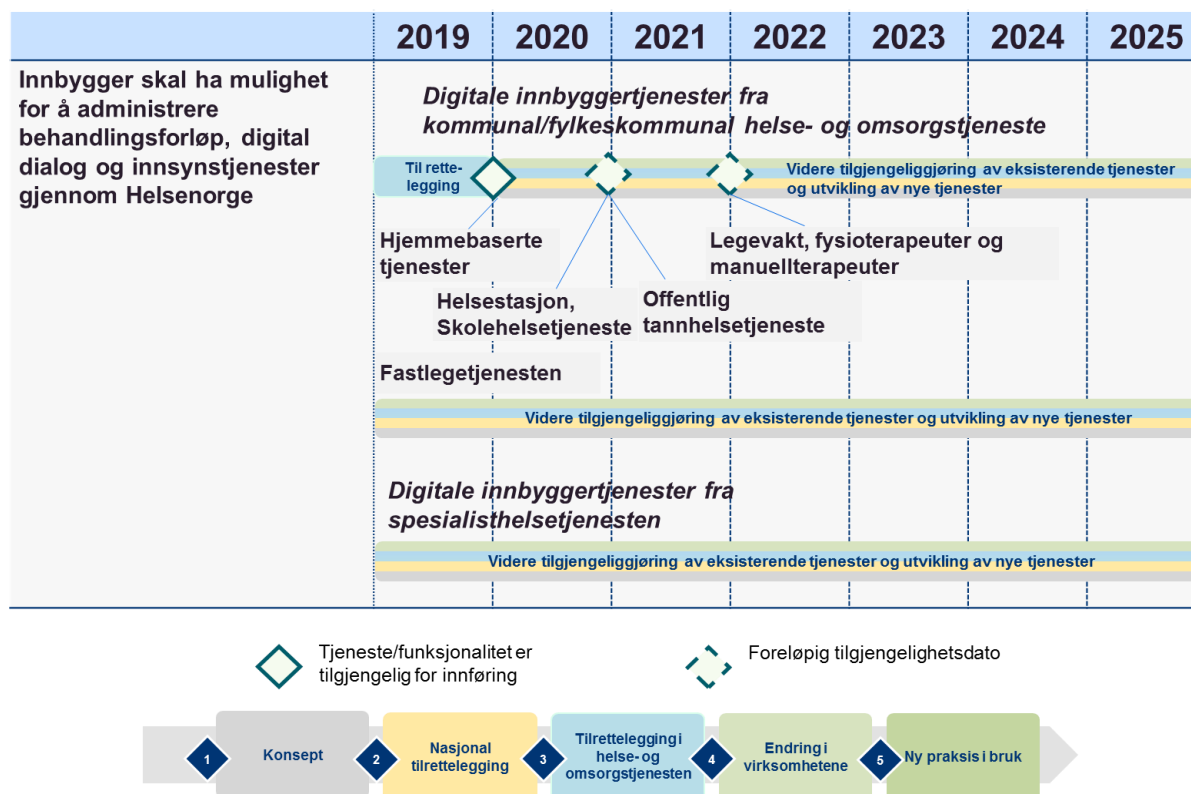
Samtidig vil pårørende med fullmakt i større grad kunne bidra og oppleve større trygghet og forutsigbarhet.

Stadig flere innbyggere har det siste året fått tilgang til nye tjenester via Helsenorge. Det er likevel per oktober 2020 fortsatt variasjon i hvilke tjenester som er tilgjengelig avhengig av hvor man bor og hvilke helseaktører man har kontakt med.

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

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

Figur 13 viser foreløpig veikart for videre utvikling av Helsenorge når det gjelder de lokale og regionale tjenestene. I årene som kommer vil det både arbeides for videre innføring av eksisterende tjenester og samtidig utvikles nye tjenester.



Figur 13. Foreløpig veikart for tilgjengeliggjøringen av lokale og regionale tjenester via Helsenorge. Siden variasjonen i status og planer er stor for ulike aktører på Helsenorge, er også de ulike tjenestene illustrert med flere av fargene på fasene (produktstrategi for Helsenorge under arbeid, ferdigstilles første kvartal 2021)

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



Helsenorge har etablert en produktstrategi (2017-2020) som er besluttet i produktstyret for Helsenorge. Det pågår arbeid med revisjon av produktstrategien for neste strategiperiode. Revidert produktstrategi for Helsenorge ferdigstilles første kvartal 2021.

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

### **Digitale innbyggertjenester fra kommunal helse- og omsorgstjeneste**

Gjennom prosjektet DigiHelse (Digitale innbyggertjenester i hjemmetjenesten) er det tilrettelagt for at en kommune kan innføre digitale innbyggertjenester ved å ta kontakt med sin journalleverandør. DigiHelse har finansiering gjennom Digifin for å koordinere og støtte videre utbredelse. Videre arbeid inkluderer teknisk tilrettelegging fra journalleverandører i nye kommuner og innføring av tjenester i nye deler av kommunen som for eksempel hjemmebaserte tjenester, praktisk bistand, ergoterapi og fysioterapi. I digitale hjemmebaserte tjenester planlegges det for en kombinasjon av dialog, egenmålinger og relevant informasjon.

DigiHelsestasjon er under utprøving slik det er beskrevet i 2.1.3. Videre utbredelse i DigiHelsestasjon vil avklares basert på erfaringer fra utprøvingen samt erfaringer fra DigiHelse med hensyn til styring, organisering og finansiering.

### **Digitale innbyggertjenester fra fastleger**

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

### **Digitale innbyggertjenester fra spesialisthelsetjenesten**

Det pågår flere aktiviteter i DIS (Digitale innbyggertjenester - Spesialisthelsetjenesten) for utvikling av innbyggertjenester. Det pågår aktiviteter for å tilgjengeliggjøre videokonsultasjon, tilrettelegging for verktøy fra tredjeparter og generisk løsning for innsyn i tekstorienterte prøvesvar via Helsenorge.

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

Helseregion Midt-Norge planlegger å tilby tjenester for innsyn, administrasjon og dialog i Helseplattformens pasientportal. Det arbeides for integrasjon mellom innbygger-tjenestene på Helseplattformen og Helsenorge, og målbildet for dette planlegges ferdigstilt i midten av 2021.

Målet er at alle regionale helseforetak innen 2023 har innført digitale innbyggertjenester for dialog, administrasjon og innsyn tilgjengelig på Helsenorge. Det foreligger foreløpig ikke planer for tilgjengeliggjøring av digitale innbyggertjenester hos avtalespesialistene.

### 3.1.1 Vurdering av status og utfordringer fremover

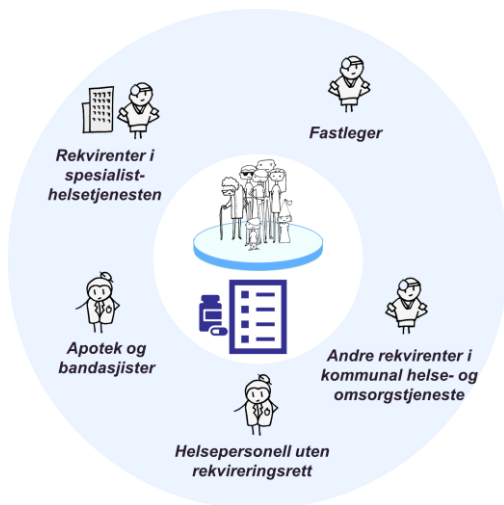
Dimensjon	Status	Beskrivelse
<b>Finansiering</b>		<p>Planer for Helsenorge er besluttet av sektoren gjennom Produktstyret for Helsenorge, med representanter fra sektoraktørene. Det pågår en rekke sektorfinansierte prosjekter som bidrar til realisering av målbildet.</p> <p>Det er liten grad langsiktig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

Tabell 6. Vurdering av status og utfordringene fremover i gjennomføringen for utbredelse av tjenester som gir innbygger muligheten til å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge

## Risikovurdering

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

## 3.2 Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens legemiddelliste (PLL)



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

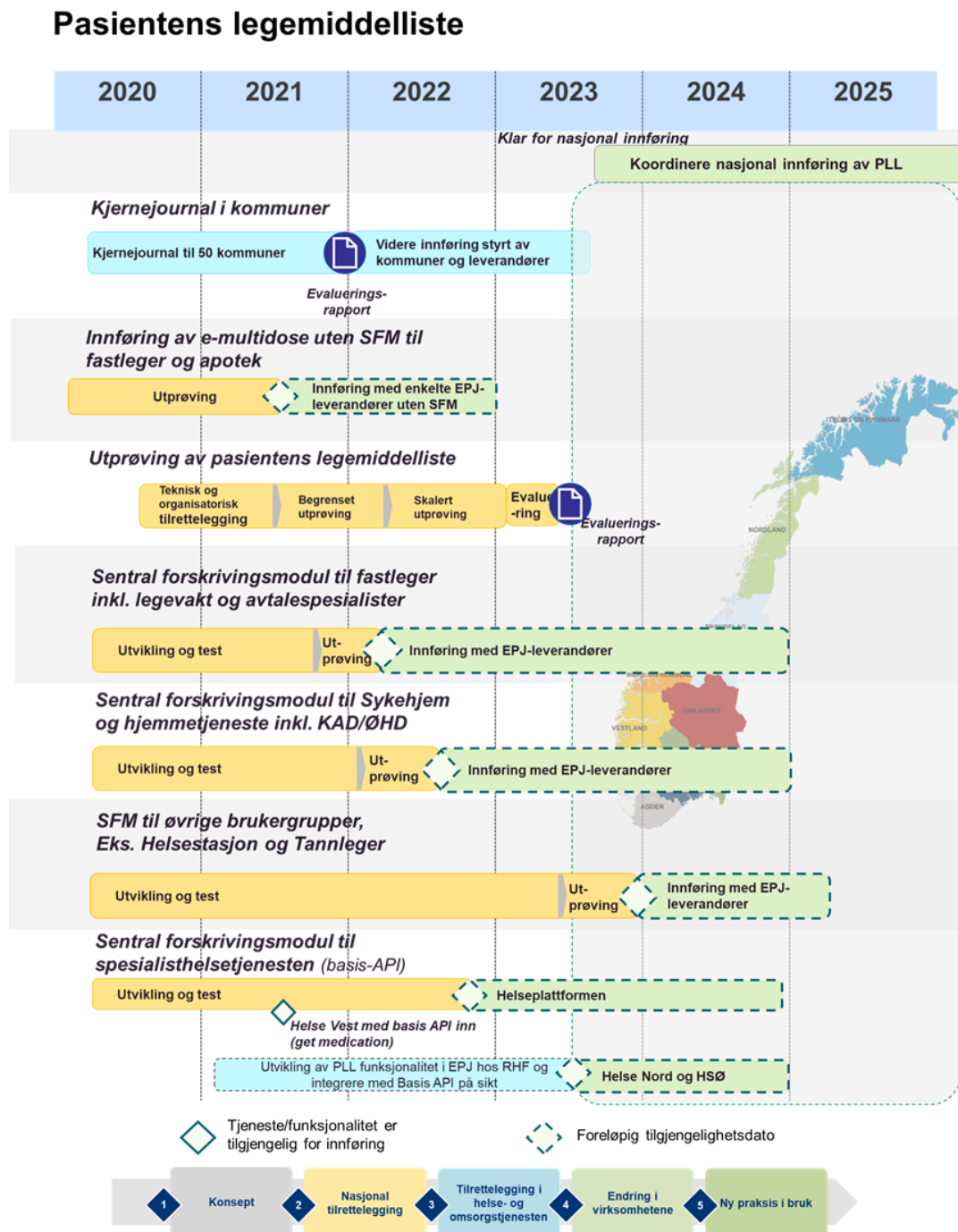
Pasientens legemiddelliste er en elektronisk oversikt over legemidlene som hver enkelt pasient skal bruke. Denne oversikten gir informasjon om legemiddelbehandling forskrevet fra alle deler av helsetjenesten, som for eksempel fra fastlege, sykehuslege eller sykehjemslege. Leger må se og forholde seg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

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

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

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

Figur 14 gir en oversikt over foreløpige planer for nasjonal tilrettelegging og innføring av pasientens legemiddelliste og elektronisk multidose i helse- og omsorgstjenesten.



Figur 14. Foreløpig veikart for realisering av pasientens legemiddelliste

### 3.2.1 Pasientens legemiddelliste og avhengighet til strukturert legemiddelinformasjon


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



Selv om FEST er utviklet for å understøtte e-resept, benyttes det også som grunnlagsdata i kliniske systemer på sykehus. Sykehusene har behov for innhold og detaljer i informasjonsgrunnlaget som går utover det dagens FEST tilbyr. Sykehus har derfor per i dag ikke tilgang til én komplett og oppdatert nasjonal kilde for legemiddelgrunndata som fullt ut dekker behovene i forbindelse med ordinerer, administrasjon, kontroll og lagerstyring av legemidler. Formålet med SAFEST gjennomføringsprosjektet er å etablere og tilgjengeliggjøre en ny kilde til strukturert legemiddelinformasjon for de regionale helseforetakene som er bedre enn dagens FEST-løsning, innenfor de fire kravområdene datakvalitet, virkestoffordinerer, produktkoder, og ernæring. Prosjektet går ut 2020. Utover det som dekkes av SAFEST gjennomføringsprosjektet, er det identifisert ytterligere 18 kravområder.


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

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

### 3.2.2 Vurdering av status og utfordringene fremover i gjennomføringen

Dimensjon	Status	Beskrivelse
<b>Finansiering</b>		<p>Pasientens legemiddelliste er samfinansiert av de regionale helseforetakene og Direktoratet for e-helse i 2020. Direktoratet har sammen med Norsk Helsenett gjennom våren 2020 økt rammen til legemiddelprogrammet, og det er i løpet av våren sikret finansiering for utprøving av pasientens legemiddelliste gjennom medfinansieringsordningen i regi av Digitaliseringsdirektoratet.</p> <p>For å lykkes med PLL vil det være avgjørende å sikre en forutsigbar finansiering for det videre arbeidet. En tydelig finansieringsmodell for utvikling, vedlikehold og drift er derfor en prioritert oppgave i legemiddelprogrammet høsten 2020. Dette skal skje i dialog med aktører i sektoren og departementet.</p> <p>Nødvendige utviklings- og innføringsaktiviteter knyttet til pasientens legemiddelliste vil innebære betydelige investeringer både sentralt og lokalt. Programmet vil i løpet av høsten 2020 oppdatere disse beregningene, og beskrive tydelige krav til finansiering.</p>

Dimensjon	Status	Beskrivelse
<b>Tilslutning</b>		<p>Pasientens legemiddelliste har høy prioritet i sektor og blant aktørene. Foreløpig foreligger det kun forpliktende realiseringsplaner for utprøvningsprosjektet i Helse Vest og Bergen kommune. Legemiddelprogrammet vil jobbe sammen med aktørene i sektor for å få på plass forpliktende realiseringsplaner for nasjonal innføring.</p> <p>Tilslutning til SFM som verktøy og virkemiddel for PLL er stor blant EPJ-leverandørene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle tre EPJ-leverandører til kommunal pleie- og omsorg ønsker å ta i bruk SFM med brukergrensesnitt</li> <li>• EPJ-leverandører som dekker ca. 70% av markedet til fastlegene ønsker å ta i bruk SFM med brukergrensesnitt</li> </ul> <p>I spesialisthelsetjenesten er det to regioner som har besluttet integrasjon med SFM basis API for teknisk tilrettelegging av PLL. Dette er Helse Vest og Helseplattformen. Øvrige to regionale helseforetak har signalisert at de er positive til bruk av SFM basis API.</p> <p>Også blant kommunene er det flere som ønsker å komme i gang med e-resept og PLL så snart SFM er klar for innføring i kommunene. Forpliktelse fra kommunene blir en sentral del av planene for nasjonal innføring.</p>
<b>Tilrettelegging hos aktørene i helse- og omsorgstjenesten</b>		<p>Realisering av PLL krever både tekniske og organisatoriske tilpasninger hos aktørene. Teknisk er det først og fremst tilpasninger i lokale EPJ-systemer for å understøtte PLL med tilhørende rekvisitkrav. For de fleste EPJ-systemer til fastlege og kommuner innebærer dette en integrasjon med SFM, med dertil innføring. For spesialisthelsetjenesten innebærer det utvikling av PLL-funksjonalitet i egen EPJ, og eventuell integrasjon med SFM gjennom basis API.</p> <p>Organisatorisk må det legges til rette for opprydding i eksisterende legemidler (doble/uaktuelle resepter), samt innføring av rutiner som reduserer nye feil før innføring. 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.</p>

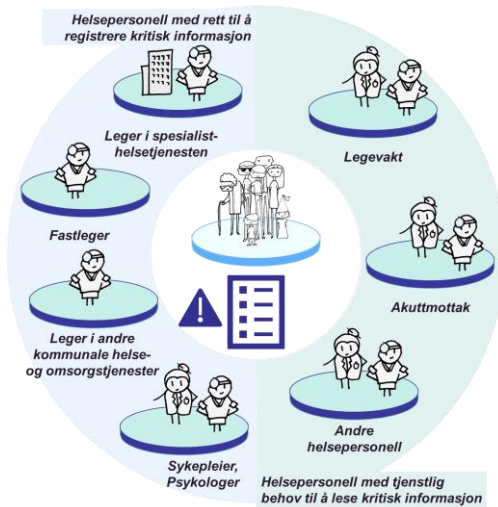
Dimensjon	Status	Beskrivelse
<b>Avhengighet til andre tiltak</b>		<p>Innføring av pasientens legemiddelliste, med innføring av både kjernejournal og SMF til kommunal pleie- og omsorg har som tidligere beskrevet avhengigheter til HelseID, grunndata og lokal sikkerhetsinfrastruktur som e-ID. Gitt at avhengighetene er de samme for SFM og kjernejournal i kommunene vil innføring av kjernejournal i kommuner kunne bane vei for SFM hva gjelder teknisk tilrettelegging i kommunene.</p> <p>Fordi e-resept og PLL bygger på FEST vil det med innføring av SAFEST i sykehusene være en risiko for at kvaliteten på legemiddelinformasjonen forringes ved ansvarsovergangene. Dette kan medføre at nytteverdiene av Pasientens legemiddelliste ikke kan tas fullt ut. Således vil PLL kunne ha en avhengighet til en forbedret informasjonsflyt av legemiddelinformasjon mellom nasjonale løsninger og fagsystemer, og fagsystemene seg imellom.</p> <p>I utgangspunktet har PLL ingen avhengighet til Akson journal. Likevel er det vesentlig å påpeke at dersom innføringstidspunkt for Akson journal og PLL kommer for tett innenfor et gitt tidsintervall, er det en risiko for at enkelte kommuner ønsker å avvente en PLL-innføring med Akson journal.</p> <p>Apotekene utvikler et nytt, felles bransjesystem (Eik) som vil bli en del av økosystemet fra rekvirent til pasient for apotekene. Da det foreløpig ikke avklart hvilken rolle apotekene skal ha med tanke på PLL, gjenstår det å utvikle spesifikasjoner som kan innarbeides i Eik.</p>

Tabell 7. Vurdering av status og utfordringene fremover i gjennomføringen for pasientens legemiddelliste

### Risikovurdering

Veikartet for pasientens legemiddelliste har en høy risiko. Sentrale forutsetninger for veikartet er at nødvendig finansiering for hele gjennomføringsløpet i perioden 2021 – 2024 må avklares. Videre er det nødvendig å sikre at aktørene i helse- og omsorgstjenesten legger forpliktende planer for tilrettelegging og innføring av nødvendige tekniske og organisatoriske endringer. Tilslutning til og forankring av realiseringsplaner vil være et prioritert pågående arbeid i legemiddelprogrammet.

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



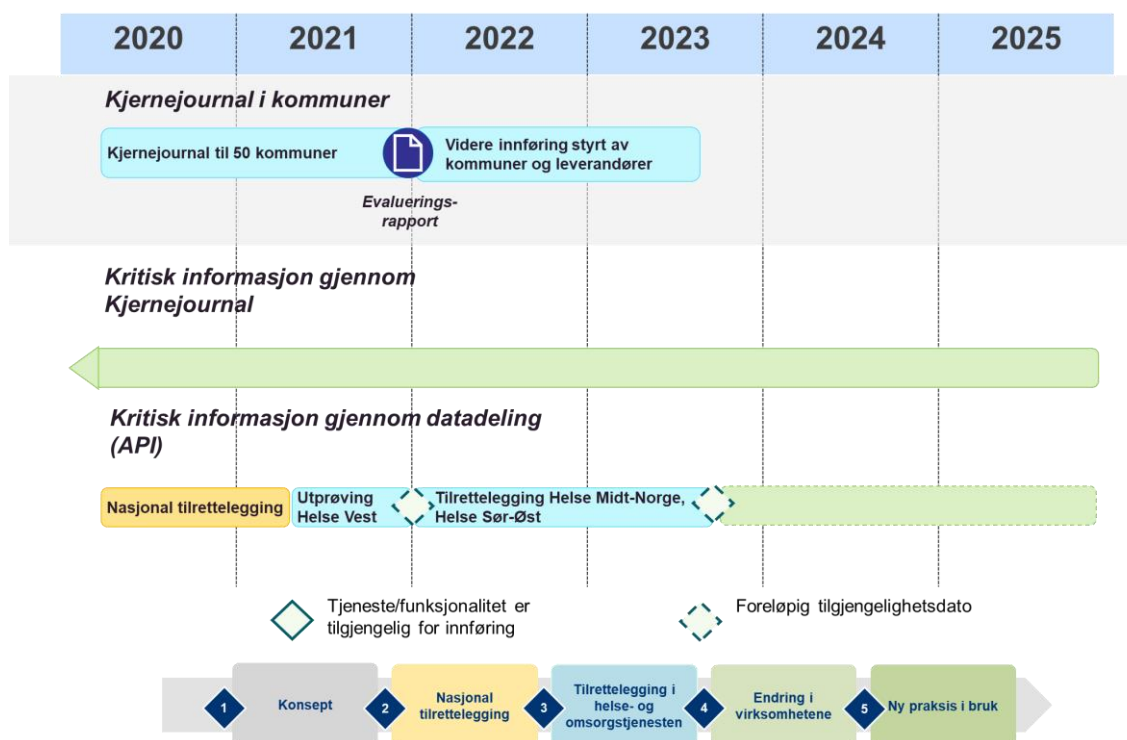
I Plan for e-helse (2019 – 2022) er det et mål at helsepersonell raskt, enkelt og sikkert kan gjøre nødvendige oppslag i pasientopplysninger fra andre behandlingssteder. Dette for å unngå feil, kunne gjenbruke prøvesvar og sikre raskere helsefaglige beslutninger. Det å gi helsepersonell tilgang til kritisk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

I dag må leger og sykepleier (på utvalgte områder) registrere kritisk informasjon gjennom helsepersonellportalen i kjernejournal, i 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 (se kapittel 2.2.1).

Tiltaket innebærer at det er registrert kritisk informasjon i kjernejournal for innbyggere der det kan være kritisk med hensyn til valg av behandling, og at informasjonen er tilgjengelig for helsepersonell som skal gjøre disse vurderingene. Det etableres tekniske løsninger og organisatorisk praksis som sikrer at kritisk informasjon er registrert på samme måte for alle innbyggere der dette er relevant, samt at informasjonen gjøres tilgjengelig for alt helsepersonell med tjenstlig behov.

Figur 15 viser en oversikt over foreløpig veikart for registrering og lesing av kritisk informasjon.






Figur 15. Foreløpig veikart for registrering og lesing av kritisk informasjon




Funksjonaliteten kritisk informasjon i kjernejournal deles inn i to deler. (1) Kritisk informasjon tilgjengelig i kjernejournalportal og (2) kritisk informasjon gjennom API som integreres direkte inn i journalløsningene.

Tjenesten for å registrere og oppdatere kritisk informasjon har vært tilgjengelig i Helsepersonellportalen i kjernejournal siden 2013. Som beskrevet i kapittel 2.2.2 har praksisen med å gjøre dette ikke blitt fullt ut tatt i bruk.

Det arbeides per 15 september 2020 med å etablere et åpent API hvor virksomhetene kan koble journalløsningen direkte til kjernejournal for å slå opp og endre kritisk informasjon. Helsepersonell vi da ha tilgang til informasjonen i kjernejournal direkte i journalløsningen som de bruker i sitt daglig i arbeid. Fordelen med dette er at informasjonen i kjernejournal da kan benyttes direkte til beslutningsstøtte i journalløsningen, og kjernejournal på sin side vil bli oppdatert direkte med opplysningene som registreres i journalløsningen.

### 3.3.1 Vurdering av status og utfordringene fremover

Dimensjon	Status	Beskrivelse
Finansiering		Den nasjonale tilretteleggingen for å kunne innføre muligheten for helsepersonell til å lese og oppdatere kritisk informasjon i egen journalløsning er utviklet. Det foregår nå et samarbeid om løsningen med Helse Vest RHF. Det foreligger ikke planer for hvordan denne løsningen skal tilgjengeliggjøres blant de andre aktørene som skal sørge for at kritisk informasjon er oppdatert.

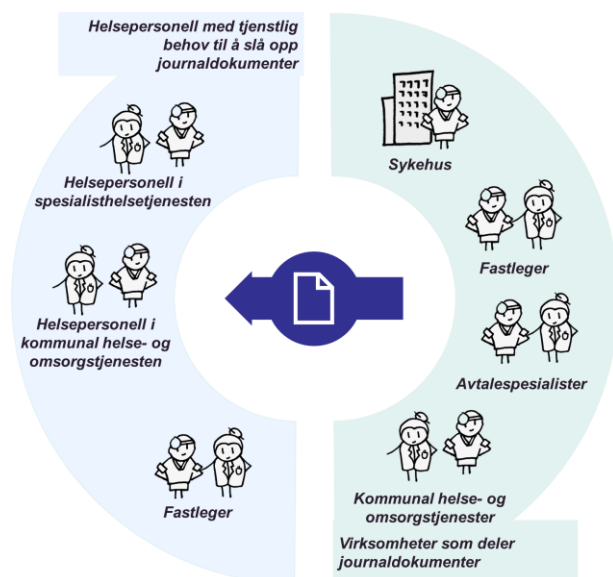
Dimensjon	Status	Beskrivelse
<b>Tilslutning</b>		Helse Vest er hovedsamarbeidspart for utprøving av Kritisk info API. Helse Sør-Øst har planlagt for oppstart av konseptutredning for kritisk info i 2021, og Helse Midt-Norge ser også på muligheten for å ta dette i bruk. Enkelte helseforetak er forespurt metoder for «vask» av eksisterende kritisk info og CAVE i eksisterende system. Metoden for «vask» av eksisterende Kritisk info-oppføringer i ulike systemer er under evaluering.
<b>Tilrettelegging hos aktørene i helse- og omsorgstjenesten</b>		<p>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.</p> <p>Det foreligger derfor ennå ingen analyse for hva som vil trenes for at fastleger, legevakt og de andre regionale helseforetakene skal bruke tjenesten.</p>
<b>Avhengighet til andre tiltak</b>		Kjernejournal API-tjeneste er ikke avhengig av nasjonalt API management. Man benytter et Oracle-produkt for API Gateway. Det er ønskelig å benytte en nasjonal fellesløsning, men det er ikke en hard avhengighet.

Tabell 8. Vurdering av status og utfordringene fremover i gjennomføringen for kritisk informasjon gjennom datadeling (API)

### Risikovurdering

Veikartet for tilgjengeliggjøring av kritisk informasjon gjennom datadeling (API) er vurdert til middels til høy risiko. Det gjenstår fortsatt å gjennomføre utprøvingen slik at selve løsningskonseptet verifiseres. Det foreligger derfor ingen klar beskrivelse av hvilke forutsetninger som skal være på plass hos de aktørene som skal bruke tjenesten for å sikre at kritisk informasjon er komplett og oppdatert. Det foreligger heller ikke gjennomførings- og finansieringsplaner for fasene etter utprøvingen.

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



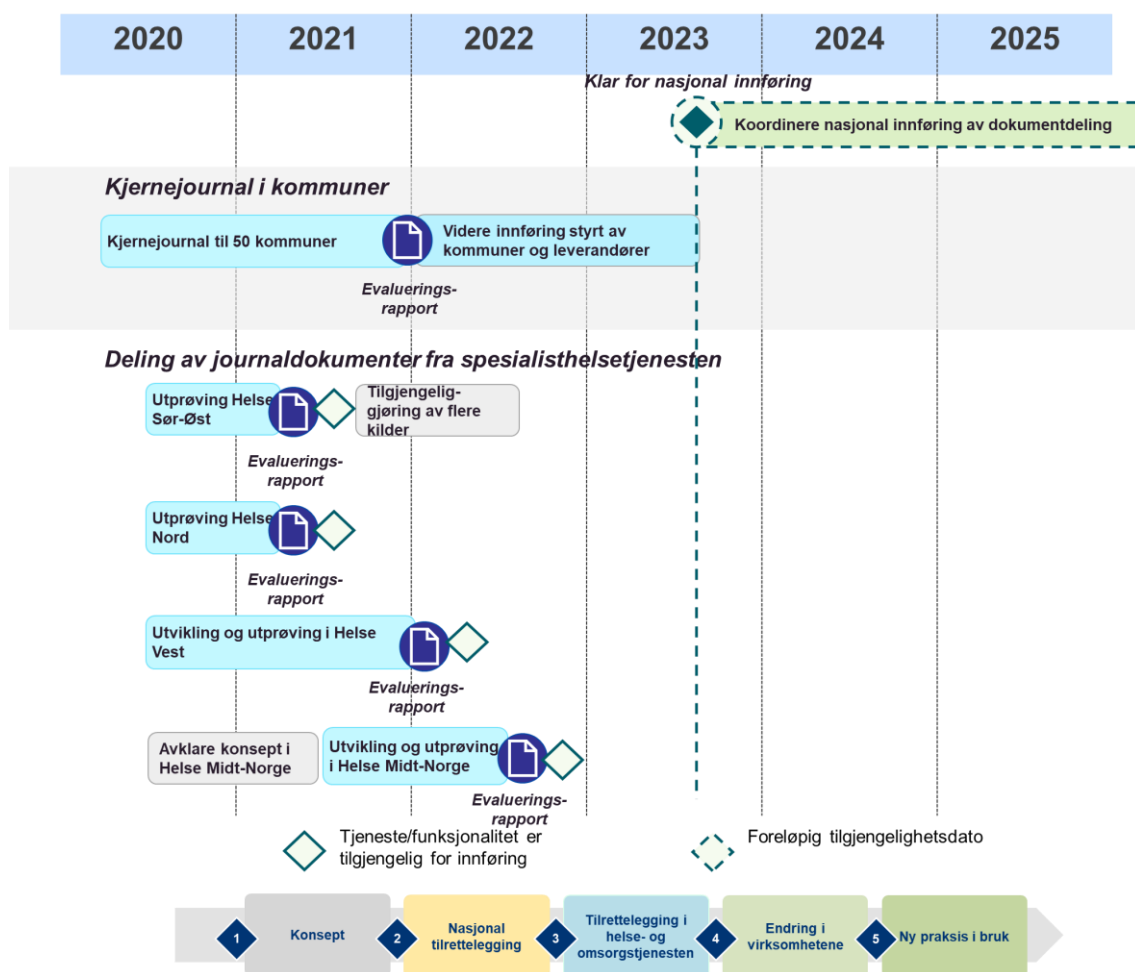
Helsepersonells tilgang til journalldokumenter uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp er et av de viktige digitaliseringstiltakene som trekkes frem i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, Meld. St 7 (2019-2020). Gjennom kjernejournal vil helsepersonell med tjenstlig behov få tilgang til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

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

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

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

Figur 16 gir oversikt over foreløpige planer for tilgjengeliggjøring av dokumenter fra spesialisthelsetjenesten gjennom kjernejournal.



Figur 16. Foreløpig veikart for tilgjengeliggjøring av dokumenter fra spesialisthelsetjenesten

Helsepersonell med tjenstlig behov vil ha mulighet til å slå opp og lese dokumenter gjennom kjernejournal (se kapittel 2.2).

### 3.4.1 Aktørenes planer for tilgjengeliggjøring av dokumenter

Foreløpig foreligger det kun planer for tilgjengeliggjøring fra de regionale helseforetakene. Det er foreløpig ingen planer for deling av dokumenter fra fastleger, avtalespesialister og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

#### Status Helse Nord

Dokumentdeling gjennom kjernejournal i Helse Nord krever tilrettelegging hos virksomhetene som skal delta i utprøvingen. Utprøvingen i Helse Nord er planlagt å starte i desember 2020 og varer mellom en og to måneder. Produksjonssatte løsninger med reelle pasientdata vil bli benyttet, men tilgangen gjennom kjernejournal er begrenset til utvalgt helsepersonell.

Utprøvingen av dokumentdeling i Helse Nord omfatter primært Nordlandssykehuset og Bodø kommune, men dokumenter fra alle sykehusene i Helse Nord vil være tilgjengelig for brukerne i utprøvingen, da Helse Nord har en konsolidert database for journaldokumenter.

Etter utprøving skal det gjennomføres en evaluering med et etterfølgende beslutningspunkt på om løsningen kan innføres. Under evaluering vil løsningen / utprøvingen forbli aktiv i påvente av beslutning om videre utrulling eller videreutvikling av løsningen.

Før utprøvingen kan starte, er Helse Nord avhengig av å produsjonssette ny XCA<sup>4</sup>-komponent for å håndtere dokumentinnsyn for innbyggere gjennom Helsenorge.

Helse Nord vil sammen med Direktoratet for e-helse realisere tilgang til strukturerte prøvesvar for laboratorieområdene medisinsk biokjemi, mikrobiologi samt immunologi i første omgang til innbyggere. Strukturerte prøvesvar kan i en senere fase tilsvarende presenteres andre behandlere og omsorgsnivåer gjennom kjernejournal. Det må være enighet om ansvar for oppfølging av pasienthenvendelser om oppslag.

#### Status Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge har igangsatt et arbeid for å avklare hvordan de kan delta som dokumentkilde. To spor følges i dette arbeidet:

1. Leverandør av eksisterende EPJ-løsning Doculive er kontaktet for å kartlegge mulighet for og innsatsfaktorer for å gjøre Doculive til kilde inntil hele Helse Midt har migrert over til Helseplattformen.
2. Helseplattformen har kartlagt at Epics mest aktuelle løsning for IHE/XDS standardisert dokumentdeling. Løsningen synes å tilfredsstille nasjonale personvern- og reservasjonskrav, men det hefter visse leverandørstrategiske utfordringer ved bruken. Helseplattformen/Epic har foreløpig ikke kartlagt alternative løsninger for å gjøre Helseplattformen til kilde i nasjonal dokumentdeling.

Det foreligger av ovennevnte grunner per nå ikke konkrete planer for når Helse Midt kan bidra som kilde for dokumentdeling. Helseplattformen kan tidligst bidra som kilde fra første halvår 2022.

---

<sup>4</sup> XCA = Cross-Community Access. En komponent i XDS-arkitekturen som støtter søk og henting av dokumenter fra andre. XDS er både en generell arkitektur for deling av kliniske dokumenter, samt spesifikasjoner og profiler av andre eksisterende standarder som er nødvendige for å realisere en slik arkitektur.

Helse Midt-Norge/ Helseplattformen har via sin gjennomførte IAM<sup>5</sup>-anskaffelse og tilhørende pågående implementasjon mulighet til å ta del i nasjonal dokumentdeling som konsument i henhold til forventet felles tillitsmodell og tilgangsstyring.

### Status Helse Sør-Øst

Utrøving i Helse Sør-Øst ble startet 10. november og vil omfatte Oslo universitetssykehus (OUS), Oslo kommune ved Storbylegevakt og Kommunal akutt døgnenhet (KAD). I utrøvingen vil 63 forskjellige dokumenttyper kunne deles via kjernejournal. Av disse er 46 dokumenttyper ulike former for epikriser eller sammenfatninger og 17 dokumenttyper omhandler bildeundersøkelser. Disse dokumentene er valgt ut fra en gjennomgang med helsepersonell om hva man har mest behov for i de hyppigst forekommende pasientforløp.



Når utrøvingen er ferdig skal det gjennomføres en evaluering, med søkelys på erfaringer hos konsumenter, kilder og kjernejournal i Norsk Helsenett. Evalueringen vil gi grunnlag for påfølgende beslutninger om å realisere løsningen, knyttet til henholdsvis produksjonssetting ved nasjonal tjenesteleverandør, stegvis tilknytning av flere kilder og åpning for flere av de helsepersonell som er brukere av kjernejournal.

### Status Helse Vest



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

## 3.4.2 Dokumenttyper som vil bli tilgjengelige

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



Dokument	Beskrivelse	Status
 <p>Epikriser og sammenfatninger</p>	<p>Oversikt over hvilke utvalgte journaldokumenter som er tilgjengelig fra tilknyttede dokumentkilder, og funksjonalitet for å hente og vise disse. 63 forskjellige dokumenttyper vil kunne deles via kjernejournal. Av disse er 46 dokumenttyper ulike former for epikriser eller sammenfatninger og 17 dokumenttyper omhandler bildeundersøkelser.</p>	<p>Nasjonal tilrettelegging</p>
 <p>Radiologisvar</p>	<p>Helse Sør-Øst har inkludert svar på bildeundersøkelser i utrøvingen av dokumentdeling. Disse dokumentene blir dermed tilgjengelige i første fase sammen med epikriser og sammenfatninger.</p>	<p>Nasjonal tilrettelegging</p>

<sup>5</sup> IAM = Identity Access Management. IAM er et rammeverk for policyer og teknologier for å sikre at de rette menneskene i en bedrift har riktig tilgang til teknologiresursene

 Laboratoriesvar	Per desember 2019 forelå det ikke en konkret plan for når laboratoriesvar blir tilgjengelig gjennom dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid foreslått i Steg 1 i helhetlig samhandling å etablere en informasjonstjeneste der kopier av svrappporter fra laboratorier og radiologivirksomheter blir tilgjengeliggjort via kjernejournal og gjennom et API (se kapittel 3.5).	Konsept
 Henvisninger	Per september 2020 forelå det ikke en konkret plan for når henvisninger blir tilgjengelig for dokumentdeling.	Konsept

Tabell 9. Oversikt over status for ulike typer journalldokumenter som skal tilgjengeliggjøres for innsyn gjennom kjernejournal

### 3.4.3 Vurdering av status og utfordringene fremover i gjennomføringen

Dimensjon	Status	Beskrivelse
<b>Finansiering</b>		<p>Vår vurdering er at de forelagte planene for tilgjengeliggjøring av dokumenttypene epikriser og sammenfatninger og radiologisvar fra spesialisthelsetjenesten er finansiert. Dette muligens med unntak av Helse Midt-Norge RHF som må vurdere hvorvidt de skal tilgjengeliggjøre dokumenter fra Helseplattformen eller dagens journalløsning (DocuLive).</p> <p>Det foreligger ingen finansiering for å vurdere hvorvidt dokumenter kan tilgjengeliggjøres fra avtalespesialister, fastleger og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste.</p>
<b>Tilslutning</b>		<p>De fire regionale helseforetakene har gitt sin tilslutning til å tilgjengeliggjøre definerte journalldokumenter.</p> <p>Det arbeides nå med å legge planer for innføring av kjernejournal i kommunal helse- og omsorgstjeneste utover de 50 foregangskommunene.</p>
<b>Tilrettelegging hos aktørene i helse- og omsorgstjenesten</b>		<p>De sentrale komponentene for å dele journalldokumenter gjennom kjernejournal er etablert. Det arbeides nå med utprøving av de tekniske løsningene i de regionale helseforetakene for tilgjengeliggjøring av dokumentoversikter og dokumenter.</p>

### Avhengighet til andre tiltak



Utbredelse av innsyn i journaldokumenter vil avhenge av at det etableres en felles tillitsmodell, og moderniserte tillits- og grunndatatjenester. Dette ligger som investeringsforslag i Steg 1 i utviklingen av helhetlig samhandling. I tillegg vil det være nødvendig å fortsette arbeidet med å standardisere dokumenttypene som skal deles og arbeidsprosessene knyttet til dette.

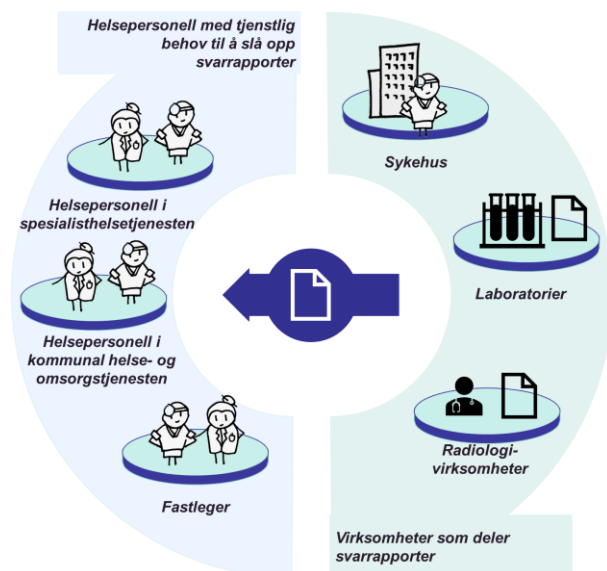
Tjenesten er også avhengig av at kjernejournal innføres i resten av kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Tabell 10. Vurdering av status og utfordringene fremover i gjennomføringen for innsyn i journaldokumenter

### Risikovurdering

Veikartet for tilgjengeliggjøring av journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten gjennom kjernejournal er vurdert til middels risiko. De mest sentrale forutsetningene for å sikre en nasjonal innføring av tjenesten er at det etableres enighet om en felles tillitsmodell og moderniserte tillits- og grunndatatjenester. Det må avklares hvorvidt avtalespesialister, fastleger og kommunal- helse og omsorgstjenester også skal tilgjengeliggjøre utvalgte dokumenttyper.

## 3.5 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 samtidig gjøre det lettere tilgjengelig for innbyggere. I Plan for e-helse (2019 – 2022) er det et mål at helsepersonell raskt, enkelt og sikkert kan gjøre nødvendige oppslag i pasientopplysninger fra andre behandlingssteder. Dette for å unngå feil, kunne gjenbruke prøvesvar og sikre raskere helsefaglige beslutninger. 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

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

Kjernejournal er tilrettelagt for å vise frem prøvesvar fra de ulike laboratoriene som formidler prøvesvar til Folkehelseinstituttets meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). Med covid-19-relaterte prøvesvar i kjernejournal vil helsepersonell som skal behandle eller utrede



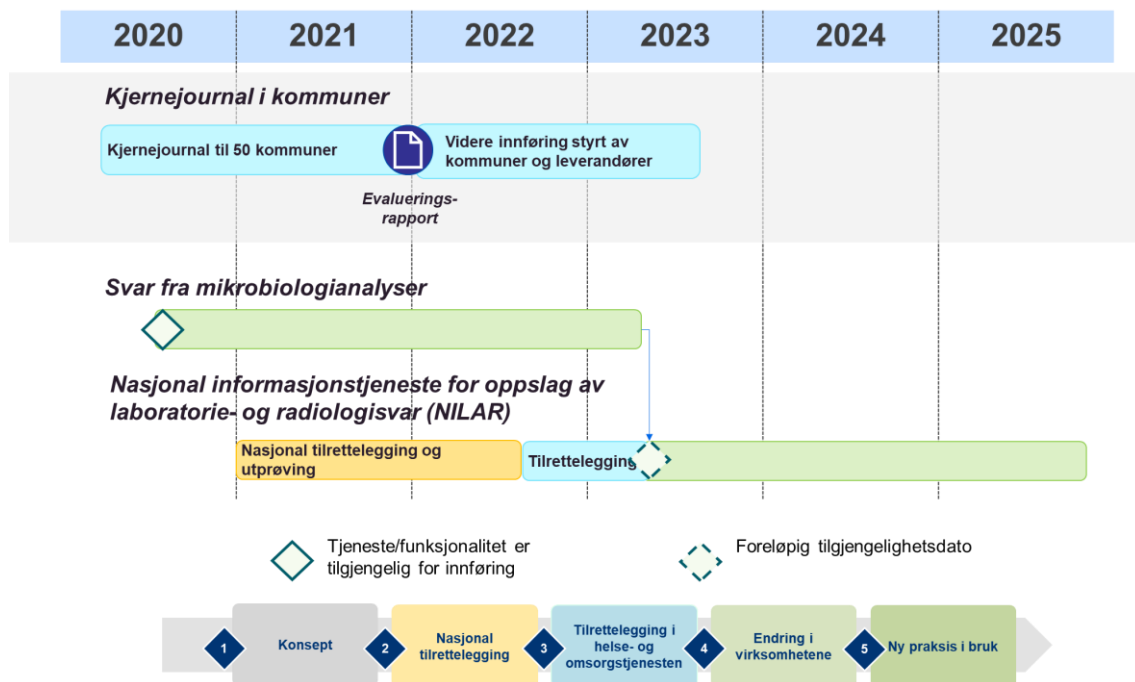
pasienter med symptomer som kan være symptomer på covid-19-sykdom, raskt finne svar på covid-19-relaterte prøver som er tatt. Svaret på prøvene vil være tilgjengelig i samme øyeblikk som de er ferdig analysert på laboratoriene. Pasienten kan selv få svaret ved å logge seg på Helsenorge.

En videre utbredelse av tilgjengeliggjøring av laboratorie- og radiologisvar vil bli håndtert gjennom prosjektet *Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar (NILAR)*. Tiltaket inngår som del av steg 1 i utviklingsretningen for helhetlig samhandling.

Prosjektet innebærer at:





- det etableres en nasjonal informasjonstjeneste
- laboratorie- og radiologisystemene ved 177 laboratorier og radiologiske virksomheter tilpasses, slik at kopi av alle utgående svarrapporter går til den nasjonale informasjonstjenesten
- nødvendige tilpasninger i kjernejournal gjennomføres for å håndtere visning av svarrapporter
- Helsenorge tilpasses slik at svarrapportene og leselogg kan gjøres tilgjengelig for innbygger

Figur 17 gir en oversikt over veikart for tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt.



Figur 17. Oversikt over veikart for tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt

### 3.5.1 Vurdering av status og utfordringene fremover

Dimensjon	Status	Beskrivelse
<b>Finansiering</b>		Tiltaket inngår som en del av steg 1 i utviklingsretningen for helhetlig samhandling. I forslaget for statsbudsjett 2021 er det bevilget investeringsmidler for å håndtere nasjonal tilrettelegging og tilrettelegging av radiologi- og laboratoriesystemer hos 177 virksomheter.
<b>Tilslutning</b>		Behovet er høyt prioritert av ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten. Det gjenstår å avklare at de private laboratoriene og radiologivirksomhetene gjør nødvendige endringer i sine systemer slik at en kopi av svarrapportene også sendes til den nasjonale tjenesten.
<b>Tilrettelegging hos aktørene i helse- og omsorgstjenesten</b>		Noen laboratoriesystem mangler funksjonalitet for å sette inn kopiadressat. Dette er viktig informasjon og må implementeres i alle laboratoriesystemene for at nasjonal laboratedatabase skal fungere etter hensikten.  For alle laboratoriesystemene som håndterer svarrapporter må det legges inn endringer slik at det alltid sendes en kopi av disse svarrapportene til den nasjonale laboratedatabasen. Dette må gjøres for alle 117 laboratoriene og radiologivirksomheter.
<b>Avhengighet til andre tiltak</b>		Utbredelse av tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt vil avhenge av at det etableres en felles tillitsmodell, og moderniserte tillits- og grunnodatjenester. Dette ligger som investeringsforslag i steg 1 i utviklingen av helhetlig samhandling.

Tabell 11. Vurdering av status og utfordringene fremover for tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt

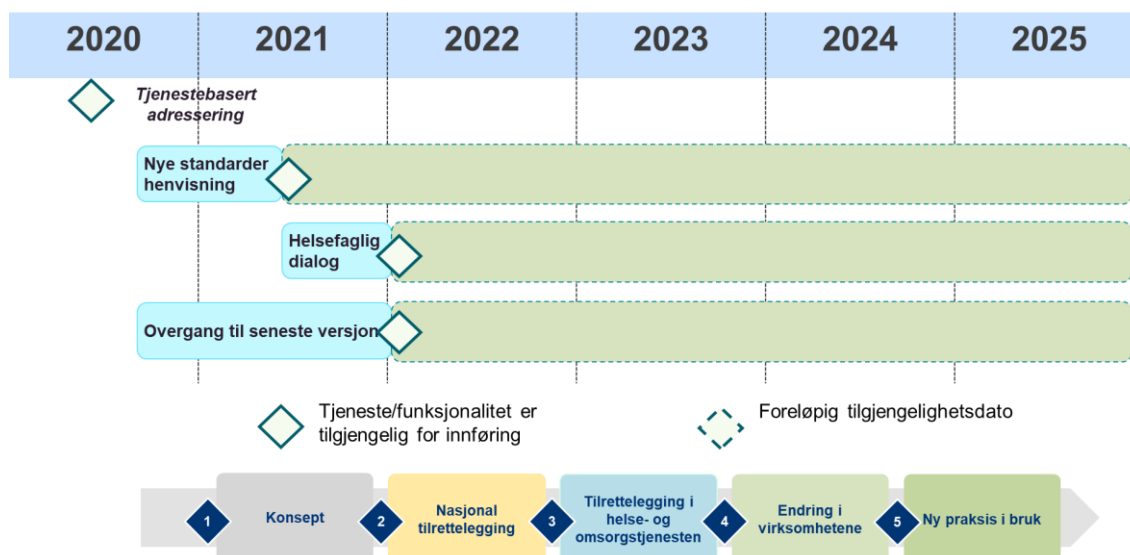
#### Risikovurdering

Veikartet for tilgang til laboratorie- og radiologisvar, uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt, er vurdert til å ha lav risiko.

## 3.6 Helsepersonell skal ha tilgang på dialogmeldinger og forbedrede henvisninger

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

Figur 18 gir en oversikt over veikartet for elektronisk meldingsutveksling.




Figur 18. Oversikt over veikart for tiltak knyttet til elektronisk meldingsutveksling

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

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

### 3.6.1 Vurdering av status og utfordringene fremover

Dimensjon	Status	Beskrivelse
Finansiering		Det foreligger planer for å sikre den nasjonale tilretteleggingen. Nasjonal forvaltningsmodell for e-helsestandarder og fellestjenester for elektronisk samhandling i helse- og omsorgstjenesten ble utarbeidet i 2016 for å sikre en tydeligere og mer effektiv nasjonal forvaltning innen meldingsutvekslingsområdet. Dette omfatter blant annet arbeid med innføring av standardene. Forvaltningsmodellen beskriver nasjonale fora for styring og koordinering, og en forvaltningsprosess med tilhørende ansvarsmatrise for Direktoratet for e-helse, Norsk Helsenett, virksomheter og leverandører. Produktstyre e-helsestandarder ble etablert i 2017 for å sikre god og sektorforankret styring i forvaltningen av e-helsestandarder. I 2020

ble Produktstyre e-helstandarder erstattet av et områdeutvalg for digital samhandling.

Forvaltningsmodellen ligger til grunn for ansvarsfordeling, prosesser og samhandling mellom Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett ved innføring av meldingsstandarder. Samarbeidsavtaler er inngått mellom Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett innen sentrale områder av modellen. Aktørene i sektoren må selv finansiere sine aktiviteter knyttet til å ta i bruk ny meldingsstandarder/versjoner.

I kommunal helse- og omsorgstjeneste er KS kompetansenettverk for e-helse (KS e-Komp) etablert for å sørge for en koordinert innføring av nye meldingsstandarder.

## Tilslutning



Innføringen av standardene er vedtatt av Direktoratet for e-helse etter prioritering og tilslutning gjennom det tidligere Produktstyre e-helsestandarder i perioden 2017-19. Bakgrunn for prioriterte områder er blant annet rapporter fra Riksrevisjonen, satsningsområder i nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 og områder hvor papir kan avvikles.

Innføring av flere av standardene er tiltak i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023, og standardene er foreslått som obligatoriske krav i revidert forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten. Det er etablert nasjonale innføringsplaner med datoer og frister for innføringen. Innføringsplanene er utarbeidet sammen med virksomhetene og deres leverandører i helse- og omsorgssektoren.

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

## Tilrettelegging hos aktørene i helse- og omsorgstjenesten



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

## Avhengighet til andre tiltak



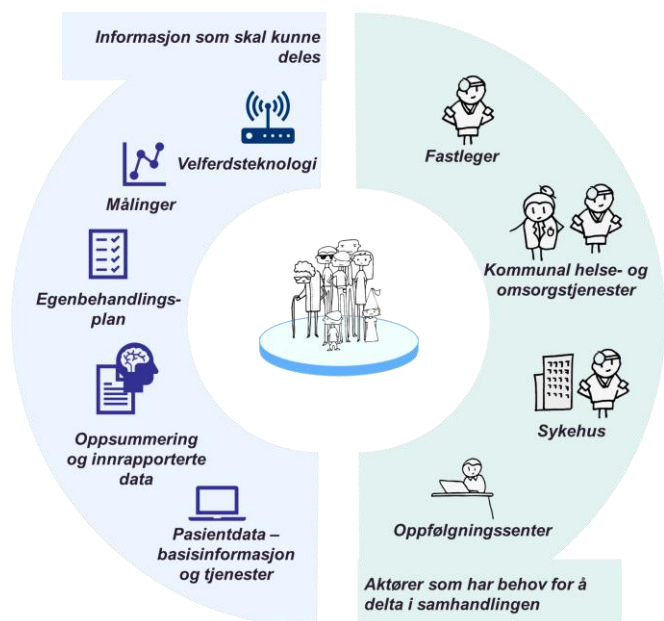
De nye meldingsstandardene er ikke avhengig av andre investeringer i felles grunnmur.

Tabell 12. Vurdering av status og utfordringene fremover for utbredelse av eksisterende og nye meldingsstandarder

## Risikovurdering

Veikartet for utbredelse av eksisterende og nye meldingsstandarder er vurdert til å ha lav risiko. Det er etablert en god forvaltnings- og samordningsmodell som sikrer en samtidig utbredelse.

### 3.7 Innbygger skal ha muligheter for digital hjemmeoppfølging



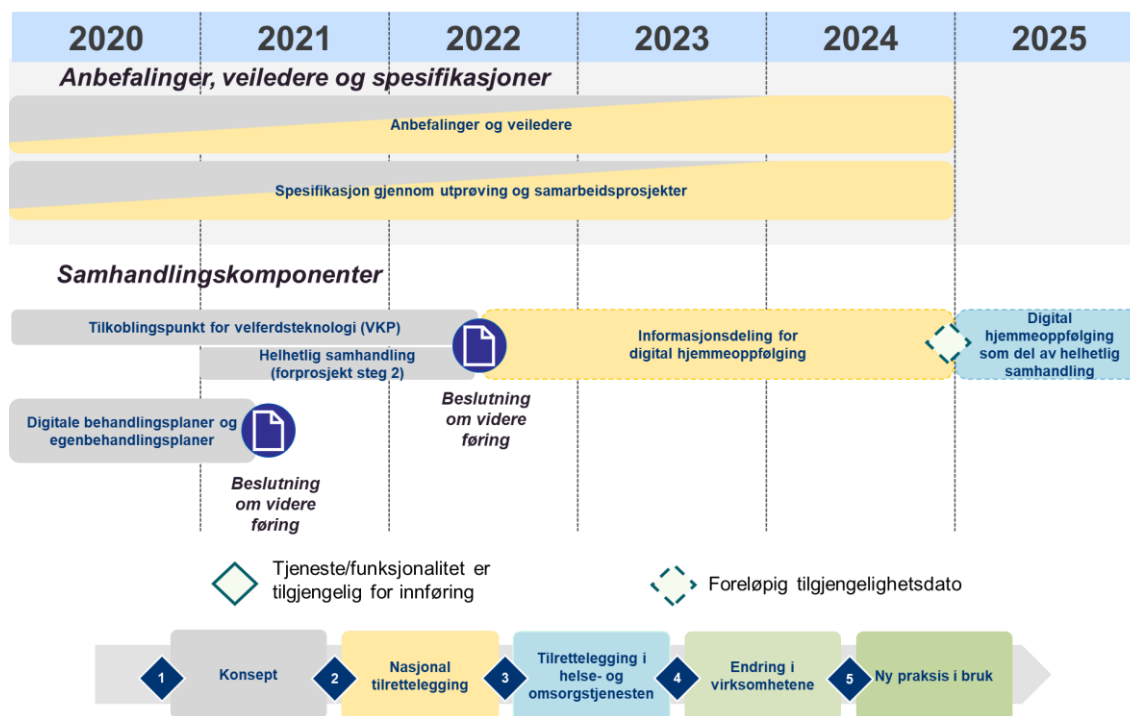
Digital hjemmeoppfølging er et begrep som omfatter at deler av helse- og omsorgstjenesten kan flyttes hjem til pasienten ved hjelp av teknologi. Innbyggerne er aktive deltakere og bidragsytere i helsehjelpen de mottar og kan følges opp i hjemmet gjennom egenmålinger og egenrapporteringer som sendes digitalt 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 e-Meistring (2)), hjemmesykehus, videokonsultasjon og velferdsteknologi.

Direktoratet for e-helse leverte i oktober 2020 en plan til Helse- og omsorgsdepartementet om videre arbeid med tilrettelegging for å kunne dele informasjon mellom innbygger, utstyr som plasseres i hjemmet, og virksomhetene som tilbyr digital hjemmeoppfølging (3). Planen går ut på å fortsette utprøvingen vi har gjennomført sammen med kommunene innen velferdsteknologi, og dette innebærer å gradvis videreutvikle behovsstyrte spesifikasjoner og samhandlingskomponenter i tett samarbeid med tjenesten og leverandørmarkedet. Leveransene vil skje fortløpende, og vil være 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 reduseres 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 da fortløpende bli lagt frem som krav inn til andre prosjekter eller produktområder i Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett, og implementering av disse vil komme frem av deres planer.

Figur 19 gir en oversikt over veikart for sentrale tiltak for utprøving og utvikling av tjenester for Digital Hjemmeoppfølging.



Figur 19. Oversikt over veikart for sentrale tiltak for utprøving og utvikling av tjenester for digital hjemmeoppfølging

### 3.7.1 Kartlagt behov for tilrettelegging relatert til digital hjemmeoppfølging

Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Statens legemiddelverk leverte i desember 2017 en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet, med forslag til 17 tiltak som myndighetene bør gjennomføre for å tilrettelegge for økt bruk av digital hjemmeoppfølging i sektoren. Direktoratet for e-helse fikk ansvar for tre av tiltakene; Tilrettelegge for informasjonsdeling, råd og veiledning om personvern og informasjonssikkerhet (Normen) og vurdere nasjonale roller og fagnettverk knyttet til tilrettelegging for helserelatert videokommunikasjon. Disse tiltakene har det blitt arbeidet videre med i 2020 med involvering fra spesialisthelsetjenesten.

#### Tilrettelegge for informasjonsdeling

Flere kommuner og helseforetak er i gang med å implementere ulike varianter av digital hjemmeoppfølging. Videokonsultasjon, egenmåling og egenrapportering er godt i gang både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Dette tok seg spesielt opp i starten av koronapandemien. Nettbasert behandling og hjemmesykehus er også i bruk flere steder. Felles for alle disse områdene, kanskje med unntak av videokommunikasjon, er at de har behov for å kunne dele informasjon mellom nytt utstyr og eksisterende fagsystem, for eksempel journalsystem. Manglende nasjonale rammer for informasjonsdeling gjør at felles behov som regel løses lokalt, og dette medfører en rekke ulike løsninger for like behov. Gjennom aktiviteter knyttet til helhetlig samhandling skal det etableres nasjonale rammer og tilrettelegging for informasjonsdeling mellom ulike fagsystem. Dette skal også dekke behovene relatert til digital hjemmeoppfølging. Det vil imidlertid ta tid før dette er på plass. Detaljerte planer for arbeidet er for tiden ikke klare. Hvis ikke pågående implementering av digital hjemmeoppfølging ute i sektoren blir koordinert inn mot en vei mot felles samhandlingsrammer vil det opparbeides mye "teknisk gjeld" i sektoren som må ryddes når

helhetlig samhandling foreligger. I tillegg vil det være utfordrende å kunne utnytte mulighetene som ligger i alle prosjektene til å gi verdifulle innspill til det sentrale arbeidet med helhetlig samhandling.

For leverandørmarkedet betyr lokale tilpasninger at løsningene blir litt ulike i hver leveranse. Dette gir en mer kompleks leveranse- og forvaltningssituasjon for leverandørene som igjen gjør veien lengre til en bærekraftig forretning. Ulike løsningsimplementeringer kompliserer også sammenhengende tjenester på tvers av aktører og forvaltningsnivåer og hindrer rask realisering av gevinster. Dette igjen kan gi slakere vekst for leverandørene, som igjen forsinker utviklingen av en bærekraftig forretning.

Direktoratet for e-helse leverte en plan (3) til Helse- og omsorgsdepartementet oktober 2020 om hvordan direktoratet tenker å arbeide videre med å etablere denne tilretteleggingen sammen med helsetjenesten og leverandørmarkedet.

### **Råd og veiledning om personvern og informasjonssikkerhet (Normen)**

Normens veiledere, faktaark og kompetansehevende aktiviteter må møte tjenestenes behov for råd og veiledning innen personvern og informasjonssikkerhet.

Versjon 6.0 av Normen ble vedtatt av styringsgruppen 4. februar 2020. Sekretariatet for Normen har startet arbeidet med revidering av veilederne og faktaarkene i Normens portefølje. I revideringsarbeidet skal digital hjemmeoppfølging inkluderes. For digital hjemmeoppfølging gjelder særlig Normens veiledere for bruk av skytjenester, medisinsk utstyr og velferdsteknologi. Velferdsteknologiveilederen tas inn i arbeidet med revidering av kommunale veiledere og faktaark.

### **Vurdere nasjonale roller og fagnettverk knyttet til tilrettelegging for helserelatert videokommunikasjon**

Det har vært arbeidet med hvordan løse behov for bedre tilrettelegging for bruk av videokommunikasjon i helsetjenesten. En arbeidsgruppe bestående av representanter fra alle de fire regionale helseforetakene har i løpet av noen uker i sommer vurdert behovene, blant annet basert på erfaringer fra pandemien. Det er identifisert behov for:





- Et bibliotek for kunnskap og erfaringer, som er tilrettelagt for deling
- Veiledning og normering
- En proaktiv nasjonal pådriverrolle for utbredelsen av videokommunikasjon i helsesektoren.
- Nasjonal samhandlingsinfrastruktur som ivaretar sammenkobling mellom ulike videoløsninger

Det er ut fra dette foreslått følgende tiltak for umiddelbar gjennomføring:

- Utarbeide mandat for Norsk Helsenett SF som teknisk tilrettelegger for helserelatert videokommunikasjon.
- Definere mandat for, og peke ut, en nasjonal pådriverrolle.
- Definere mandat for, og etablere, et fagnettverk som støtte for den nasjonale pådriverrollen.
- Prioritere kjente behov og identifisere hva som kan gjennomføres av tiltak på kort sikt.

En nasjonal pådriverrolle med tilhørende fagnettverk foreslås etablert. Dette er en struktur som også foreslås benyttet til videre håndtering av andre behov knyttet til digital hjemmeoppfølging. Dette er beskrevet nærmere i rapporten "Digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling - Samlet anbefaling fra Direktoratet for e-helse, Statens legemiddelverk, Norsk Helsenet og Helsedirektoratet", levert til Helse- og omsorgsdepartementet den 25. september 2020.

### 3.7.2 Vurdering av status og utfordringene fremover

Dimensjon	Status	Beskrivelse
<b>Finansiering</b>		Tiltaket har budsjettert finansiering begrenset til å videreføre en utprøving av Digital hjemmeoppfølging i noen utvalgte prosjekter i 2021.
<b>Tilslutning</b>		Planen som er levert til Helse- og omsorgsdepartementet har en bred tilslutning fra sektoren. Spesialisthelsetjenesten ønsker at den enda tydeligere adresserer deres behov.
<b>Tilrettelegging hos aktørene i helse- og omsorgstjenesten</b>		<p>Digital hjemmeoppfølging er et relativt nytt og umodent 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.</p> <p>Det kreves sterke pådrivere ute i organisasjonene i helse- og omsorgstjenesten for å få etablert og gjennomført prosjekter. En nasjonal tilrettelegging og spredning av gode erfaringer mellom prosjekter vil hjelpe. I Nasjonal helse- og sykehusplan kommer det tydelig frem at det forventes at helsetjenesten i større grad yter helsehjelp hjemme hos innbygger ved hjelp av digitale verktøy. Det er etablert ambisiøse mål for dette i de regionale helseforetakene.</p>
<b>Avhengighet til andre tiltak</b>		<p>Tiltaket har en sterk avhengighet til tiltak knyttet til å etablere helhetlig samhandling. I sentralt styringsdokument fra forprosjektet for helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning, er det anbefalt å gjennomføre en forprosjektering av hvordan helhetlig samhandling skal realiseres (forprosjekt steg 2).</p> <p>Det er også nødvendig å fortsette å etablere et "bibliotek" av beste praksis knyttet til tjenestemodeller, samt standardisering av informasjonstjenester som skal brukes til samhandling mellom de ulike aktørene (hjemmet, oppfølgingstjenesten og aktørene som yter helse- og omsorgshjelp).</p>

Tabell 13. Vurdering av status og utfordringene fremover av utprøving og utvikling av tjenester for digital hjemmeoppfølging.



### **Risikovurdering**

Veikartet for digital hjemmeoppfølging er vurdert til å ha middels-til høy risiko. Digital hjemmeoppfølging er et relativt nytt og umodent område der det er behov for utvikling på flere nivåer. Det er behov for å etablere gode tjenestemodeller som kan skaleres nasjonalt. I tillegg er det behov for å etablere standarder for informasjonsdeling mellom de ulike aktørene (hjemmet, oppfølgingstjenesten og aktørene som yter helse- og omsorgshjelp), samt at det etableres en nasjonal infrastruktur for datadeling. Samtidig er det igangsatt og planlagt større initiativ i helseforetakene. Det er viktig at disse initiativene bidrar til å spesifisere nasjonale rammer for informasjonsdeling og at de i størst mulig grad realiseres i henhold til disse.

Feltet bærer preg av en "høna-og-egget"-situasjon. Det har så langt vært finansiering av utprøvningsaktiviteter, hvilket har gitt god læring og gevinster de steder utprøvingen har foregått. Det synes imidlertid at finansieringen ikke har vært tilstrekkelig for å "gi fart" på konseptutviklingen og utbredelsen. Området bør prioriteres opp i helhetlig samhandling steg 2.

## 4 Akson journal og helhetlig samhandling steg 1

Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2018 Direktoratet for e-helse i oppdrag å utarbeide en konseptvalgutredning for å løse behov knyttet til klinisk dokumentasjon og pasient- og brukeradministrasjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og samhandlingen med øvrig helsetjeneste. Direktoratet for e-helse overleverte konseptvalgutredningen "Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste" til Helse- og omsorgsdepartementet juli 2018. Holte Consulting gjennomførte høsten 2018 en ekstern kvalitetssikring (KS1). KS1-rapporten anbefalte, i samsvar med konseptvalgutredningen, konsept 7 nasjonal kommunal løsning for pasientjournal med helhetlig samhandling.

Direktoratet for e-helse fikk i april 2019 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre et forprosjekt med utgangspunkt i konsept 7. Formålet med forprosjektet var at beslutningsmaterialet skulle gi tilstrekkelig grunnlag for å vurdere prosjektets usikkerhet, anbefale en kostnadsramme og gi føringer for den etterfølgende styringen av prosjektet.

Det er anbefalt at konseptet skulle realiseres gjennom to programmer:

1. Akson journal
2. Program for helhetlig samhandling

### Akson journal

Mangelfull funksjonalitet og muligheter for samhandling i dagens journalløsninger medfører at innbyggere i dag møter en fragmentert og lite koordinert helse- og omsorgstjeneste. Dette gjelder også innenfor den samme kommune. Innbyggere må i stor grad være bærere av egen informasjon fordi nødvendige opplysninger i journalsystemene ikke på en effektiv måte kan deles på tvers av virksomheter og tjenester.

Felles kommunal journalløsning (Akson journal) innebærer at helsepersonell i kommunene jobber i en felles journalløsning. Dette betyr at blant annet legevakt, fastleger, hjemmetjenesten og helsestasjoner deler journalopplysninger med brukerflater tilpasset deres behov.

Akson journal vil være et viktig virkemiddel for å nå målene iblant annet Primærhelsemeldingen Meld. St. 26 (2014-2015), da den oversikten og samhandlingsmulighetene som kommer med Akson journal er en forutsetning for å jobbe forebyggende, samordne tilbud og vurdere riktig bruk av ressursene.

Etableringen av en felles journalløsning for kommunene vil redusere kompleksiteten med at mange ulike selvstendige virksomheter må koble seg til de samme nasjonale e-helseløsningene. Dette vil på sikt innebære at innføringen av ny samhandlingsfunksjonalitet gjennom de nasjonale e-helseløsningene vil kunne akselereres.

For å anskaffe, etablere, drifte, forvalte og videreutvikle journalløsningen, er det anbefalt å opprette et eget selskap kalt Akson journal. Selskapet skal eies av kommunene. Staten kan, dersom kommunene ønsker det og Stortinget gir sin tilslutning, ha en minoritetspost i selskapet om det ikke gir negativ kontroll, økonomisk ansvar eller risiko.

## Program for helhetlig samhandling<sup>6</sup>

I tillegg er det anbefalt å opprette et program for helhetlig samhandling. Målbildet for helhetlig samhandling innebærer at nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter i felles grunnmur skal utvikles og gi innbyggere og helsepersonell i sykehus, kommuner og fastleger bedre mulighet til å utveksle informasjon digitalt. Det skal også legges til rette for bedre samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og andre statlige og kommunale tjenester, som for eksempel NAV og barnevern. Målbildet er omfattende, og samhandlingsbehovene planlegges dekket med en stegvis tilnærming.

Målbildet for helhetlig samhandling realiseres gjennom en stegvis tilnærming med flere tiltak. Den stegvise tilnærmingen er valgt fordi det er mange avhengigheter og høy usikkerhet. Avhengigheter og usikkerhet gjør det uhensiktsmessig å gjennomføre målbildet for samhandling som ett tiltak.

Steg 1 skal realisere komponenter i felles grunnmur som er nødvendige for å håndtere informasjonssikkerhet og personvern knyttet til mer utstrakt bruk av datadeling og dokumentdeling. Disse vil være nødvendige uavhengig av hvordan påfølgende steg i utviklingsretningen for samhandling realiseres.

Det er anbefalt at steg 1 i utviklingsretningen for helhetlig samhandling omfatter:

1. **Modernisering og videreutvikling av grunndata- og tillitstjenester.** Modernisering og videreutvikling av grunndata og tillitstjenester er nødvendig for å få erfaring med data- og dokumentdeling og for å lykkes med nasjonal bredding av eksisterende nasjonale e-helseløsninger. Dette vil gi bedre pasientsikkerheten og samhandlingen i helse- og omsorgssektoren på kort sikt. Samtidig er dette funksjonalitet som Akson journal vil bruke i identitets- og tilgangsstyringen.
2. **Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar.** Dette inkluderer nødvendige tilpasninger for å sikre at laboratorie- og radiologivirksomheter automatisk sender en kopi av svarrapporter til den nasjonale informasjonstjenesten. Helsepersonell kan få tilgang til svarene gjennom kjernejournalportal. Det tilrettelegges for at journaløsninger kan integreres direkte mot den nasjonale informasjonstjenesten. Tjenesten er inkludert i veikartet (se kapittel 3.5)
3. **Forprosjekt for steg 2 i utviklingsretning for samhandling.** Forprosjektet skal blant annet vurdere behovet for en plattformtilnærming til de nasjonale e-helseløsningene og se på hvordan ny samhandlingsfunksjonalitet best kan realiseres.

Begge programmene inngår som en del av forslaget for statsbudsjettet for 2021 og endelig omfang og hastighet er avhengig av vedtak i Stortinget.

---

<sup>6</sup> Statsbudsjettet (Prop. 1 S 2020-2021) beskriver at Akson-navnet i det videre skal forbeholdes felles kommunal journalløsning. Det som omfatter stegene for å realisere helhetlig samhandling, refereres i det videre som nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter.

## 5 Avhengigheter mellom nasjonale e-helseløsninger, pågående tiltak i nasjonal e-helseportefølje og Akson

### 5.1 Avhengigheter mellom tiltakene i veikartet og modernisering av tillitstjenester og grunndata

Tilgjengeliggjøring av helsedata til helsepersonell i andre virksomheter forutsetter at det er tillit til at samhandlingspartene deler data med behandler dataene i henhold til gjeldende lover og forskrifter. I dagens landskap håndteres identiteter/brukere isolert i hver virksomhet, og det er et stort og fragmentert landskap hvor aktørene skal innarbeide tillit til hverandre hvis man skal klare å dele informasjon på tvers som er en forutsetning for å realisere målbildet for samhandling. Dagens tilgangsstyring i de ulike virksomhetene er ikke innrettet til å møte de sikkerhetsutfordringene som nye samhandlingsformer på tvers av virksomheter medfører.

Direktoratet for e-helse utarbeidet en vurdering og anbefaling på hvilken tillitsmodell som skal ligge til grunn for tilgangsstyring ved data- og dokumentdeling (4). Det ble anbefalt å etablere et felles tillitsanker. Tillitsankeret er en organisasjon som vil fungere som felles avtalepunkt, noe som vil redusere antall avtaler som må inngås betraktelig.

Tillitsankeret vil legge til grunn et sett med overordnede krav og retningslinjer for intern tilgangsstyring hos brukerorganisasjonen, samt standarder for data som skal sendes med i forespørsler. Virksomheter som oppfyller disse kravene vil kunne inngå avtale med tillitsankeret, og få tilgang til opplysninger fra tjenester som har avtale med tillitsankeret. Kravene bør være bredt forankret og besluttet, og nedfelles gjennom Normen og/eller avtaleverk for tillitsankeret.

Ansvar for å vurdere om tjenstlig behov foreligger vil ligge hos brukerorganisasjonen. Tilgangsbeslutning baseres på lokale data hos denne, som må sende med standardisert informasjon om identitet, virksomhet og grunnlag for tilgang i forespørselen. Tillitsankeret vil verifisere at brukerorganisasjonen tilfredsstillt krav og har avtale med tillitsankeret, og kan berike sikkerhetsbillett med informasjon fra sentrale registre. En sikkerhetsbillett inneholder den informasjonen en som skal dele dokumenter eller trenger for å kunne identifisere den som forespør og for å kontrollere hvorvidt den som forespør har tjenstlig behov for å få se dokumentene/dataene. Tjenesten får samme inndata som tillitsankeret, og kan kontrollere og logge forespørselen opp mot sine sikkerhetskrav.

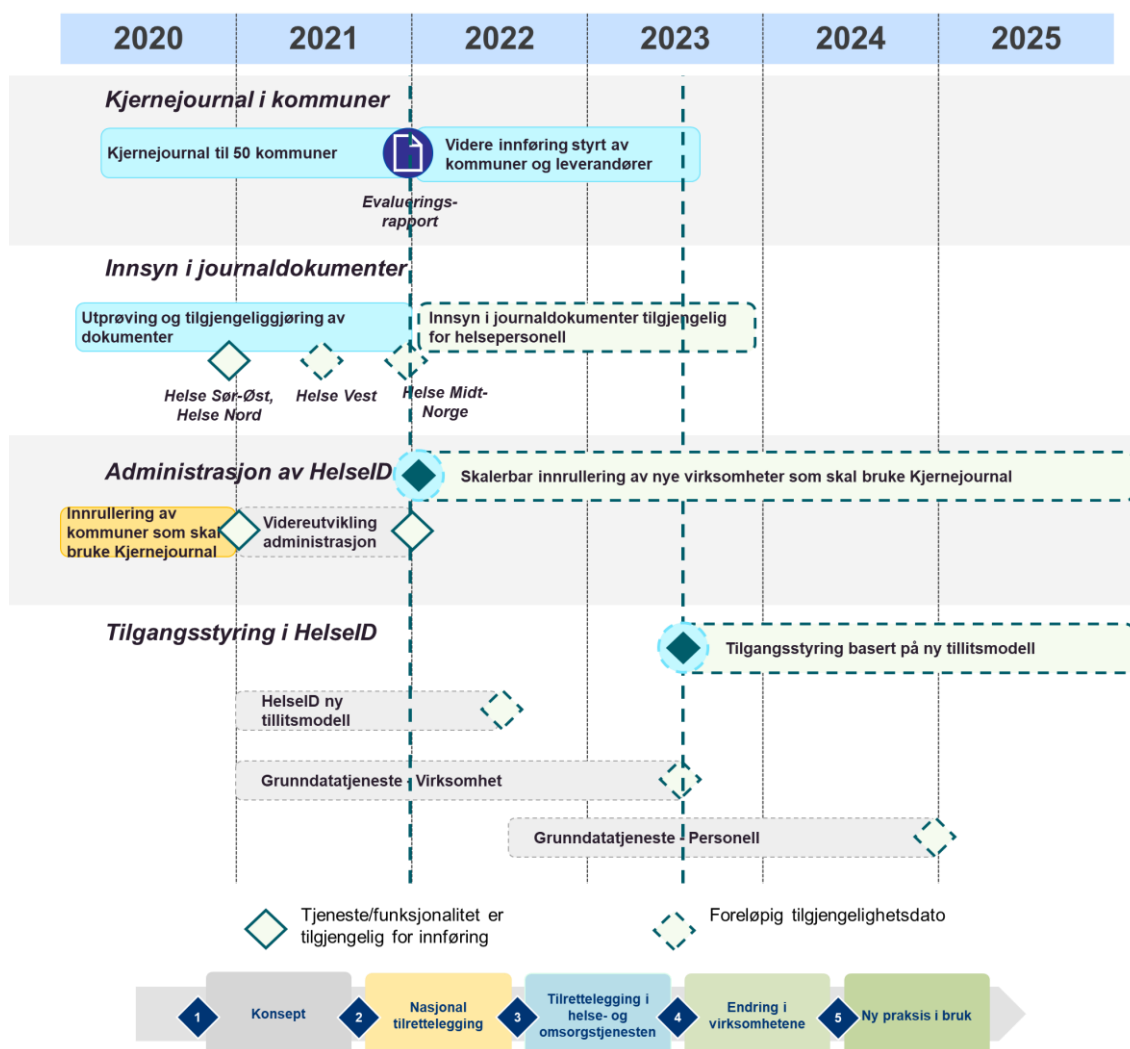
Utviklingen mot et felles tillitsanker vil skje gjennom en stegvis utvikling. I 2020 foregår følgende aktiviteter:

- **Etablere felles styrings- og tillitsmodell for identitet- og tilgangsstyring i sektoren.** Dette omfatter utarbeidelse av overordnede krav (policykrav) som skal ligge til grunn for tilgangsstyring ved bruk av data- og dokumentdelingstjenester i sektoren, samt retningslinjer for hvordan kravene kan etterleves. De overordnede kravene skal tydeliggjøre roller og ansvar for alle aktører som er involverte i data- og dokumentdeling, og hvilke forretningsregler som skal ligge til grunn for deling. Kravene bør forankres og besluttes bredt, og eventuelt nedfelles i Normen.

- **Etablere selvbetjeningsløsning for å registrere virksomheter som deltakere i tillitsmodellen.** Første versjon skal dekke behovet til legemiddelprogrammet, dvs. å kunne håndtere registrering av utprøvkommunene som skal innføre kjernejournal.

Dagens felleskomponent for å håndtere identitets- og tilgangsstyring i de nasjonale e-helseløsningene (HelseID) er ikke dekkende for å håndtere kravene aktørene forventes å sette før de vil dele dokumenter og data i forventet grad. Det pågår nå et tiltak for å etablere en felles tillitsmodell som ved operasjonalisering skal sikre at virksomhetene kan dele dokumenter og data med andre virksomheter. Gjennom satsingsforslaget for helhetlig samhandling steg 1 er det bedt om investeringsmidler til å etablere en mer robust og omfattende tillitstjeneste. Denne omfatter etablering av grunndata for virksomhet og personell og videreutvikles stegvis i perioden 2021-2024. Dette tiltaket er en absolutt forutsetning for å få innført kjernejournal i kommunene, samt for å kunne sikre en utbredelse av innsyn i journaldokumenter gjennom Kjernejournal.

Figur 20 gir en oversikt over tiltakene knyttet til modernisering av tillitstjenester og grunndata og noen av tiltakene i veikartet.



Figur 20. Oversikt over sammenhengen mellom tiltak i veikartet og modernisering av tillitstjenester og grunndata

Utviklingen av felles tillitstjenester kan deles inn i to hovedkomponenter:

1. Etableringen av administrasjonsfunksjonalitet i HelseID for å kunne håndtere registreringen av virksomheter og deres journalløsning(er)/fagsystem(er) som en del av felles tillitsanker.
2. Videreutvikling av funksjonalitet i HelseID til å kunne håndtere tilgangsstyring mellom virksomheter som skal dele dokumenter og data.

Utviklingen vil skje stegvis.

### **Administrasjon av HelseID**

HelseID er en komponent i felles grunnmur som ivaretar en felles pålogging for helse- og omsorgssektoren. Den legger til rette for at helsepersonell kan få engangspålogging med én elektronisk ID (e-ID) i hele helsetjenesten, og for at sektoren lettere kan dele data og dokumenter. HelseID vil også ivareta 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 støtter 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 i perioden 2021-2024 for å kunne håndtere en effektivere registrering av kommuner som brukere av kjernejournal, utover de femti som i dag har meldt interesse. Denne videreutviklingen er inkludert som et tiltak i prosjektet modernisering av tillitstjenester og grunndata, som er en del av Steg 1 av Helhetlig samhandling. I tillegg gjenstår det arbeid med å tilpasse selvbetjeningsløsningen for å kunne skalere innføringen av Sentral forskrivningsmodul.

### **Tilgangsstyring i HelseID**

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. Om vi skal bevare tilliten befolkningen har til helse- og omsorgstjenesten, er måten vi sikrer og håndterer tilgjengeligheten til journalopplysningene som utveksles mellom virksomheter avgjørende. Helseopplysninger skal behandles på en måte som ivaretar taushetsplikten og sikrer pasientenes personvern, samtidig som opplysningene skal være tilgjengelige for helsepersonell som trenger det.

I dagens landskap av journalløsninger håndteres identiteter/brukere isolert i hver virksomhet, og det er bare noen større aktører som har hatt mulighet til å konsolidere forvaltningen av identiteter og tilganger. Dette landskapet er krevende, fordi ulike aktører må følge ulike arbeidsprosesser for å håndtere og administrere sine brukere (identiteter).

HelseID vil gjennom tiltakene i prosjektet Modernisering av tillitstjenester og grunndata videreutvikles for å understøtte ny modell for tilgangsstyring.

For at HelseID skal kunne håndheve kravene til tilgangskontroll er det nødvendig at komponenten har tilgang til autoritative kilder, der de kan kontrollere at en forespørsel om å slå opp helseopplysninger hos en annen aktør, virkelig har tjenstlig behov.

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.

### **Løsninger for å identifisere og verifisere brukere på en sikker måte**

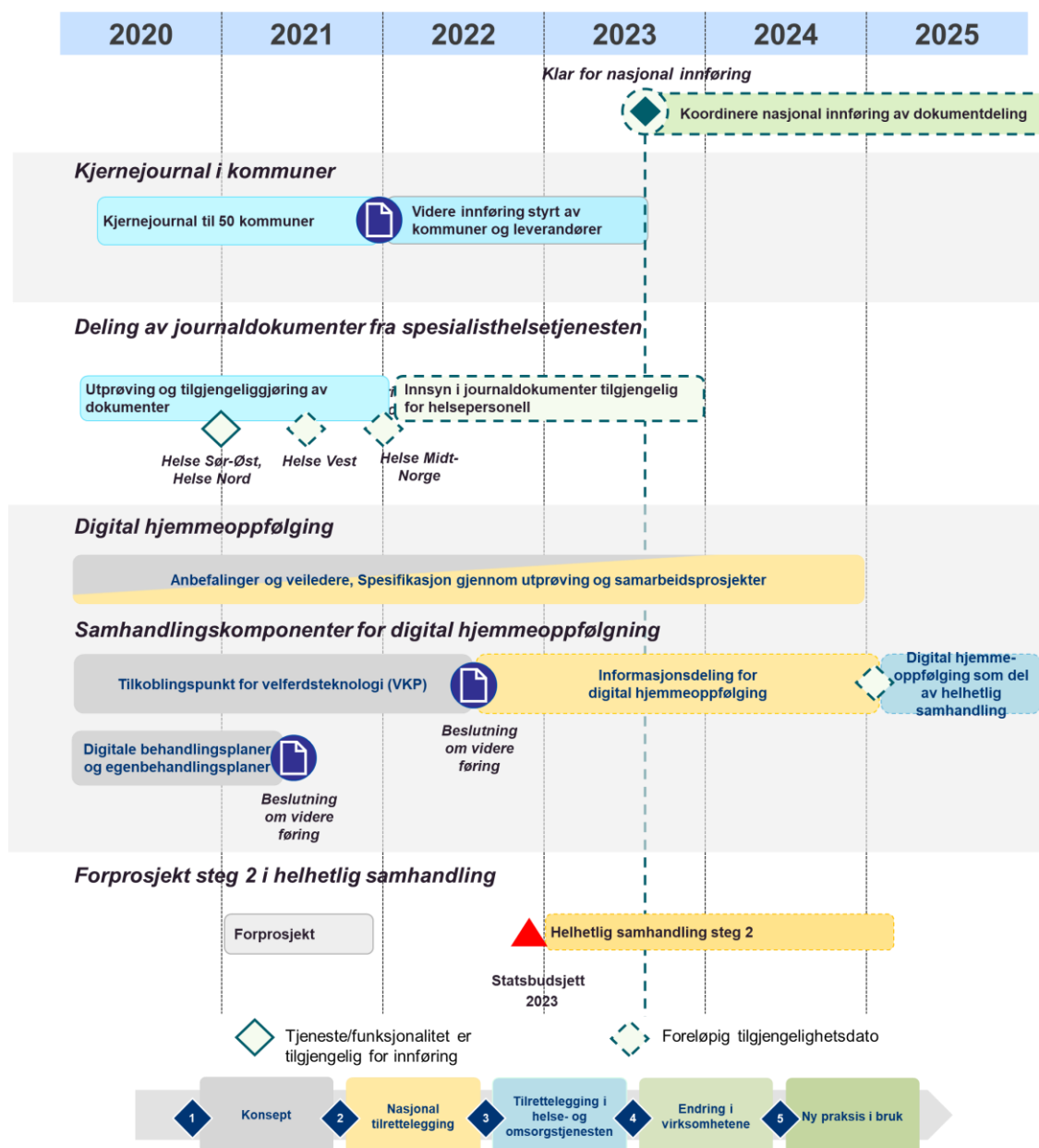
Pasientjournalforskriften § 13 3. ledd sier at "Journalopplysninger kan bare gjøres tilgjengelig for personell som gjennom autentisering kan bekrefte sin identitet på en sikker måte".

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

Regjeringens digitaliseringsstrategi (2019-2025) peker på et behov for tydelige retningslinjer for dette. En nasjonal veileder om anskaffelse og bruk av løsning for å identifisere og verifisere brukere i kommunal helse- og omsorgstjeneste kan være et nyttig første steg for å hjelpe kommunene i deres valg av løsning. Oppstart av veilederarbeid er til vurdering i Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2020.

## 5.2 Avhengigheter mellom innsyn i journaldokumenter gjennom kjernejournal, digital hjemmeoppfølging, digital infrastruktur for datadeling og forprosjekt steg 2

Figur 21 gir en oversikt over sammenhengen mellom innsyn i journaldokumenter gjennom kjernejournal, digital hjemmeoppfølging, digital infrastruktur for datadeling og forprosjekt steg 2.



Figur 21. Oversikt over sammenhengen mellom innsyn i journaldokumenter gjennom kjernejournal, digital hjemmeoppfølging, digital infrastruktur for datadeling og forprosjekt steg 2

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 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. Gjennom denne utprøvingen vil det etableres standarder og tekniske løsninger basert på velferdsteknologisk knutepunkt. Dette vil gi både utvikling av standarder og erfaringer for å kunne etablere en nasjonal helhetlig samhandlingsplattform, der datadeling både med nasjonale e-helseløsninger, med utstyr som brukes for digital hjemmeoppfølging og deling av data mellom virksomheter støttes.

Forprosjektet for steg 2 skal legge planer ut fra ambisjonsnivået for helhetlig samhandling, slik det er beskrevet i konseptvalgutredningen og videre bearbeidet i forprosjektet Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. 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.

### **5.3 Avhengigheter mellom nasjonale e-helseløsninger, Helseplattformen og journal- og kurveløsningene i Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF**

Tilgjengeliggjøringen av dokumenter fra spesialisthelsetjenesten for innsyn gjennom kjernejournal vil kunne gjennomføres innenfor de planene som foreligger for journal- og kurveløsningene i Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF. Som nevnt tidligere vurderer Helse Midt-Norge hvorvidt dokumenter skal tilgjengeliggjøres fra Helseplattformen, eller om eksisterende journalløsning (DocuLive) skal være kilden for dokumenter i en overgangsperiode.

Innføringen av datadeling som samhandlingsform vil kreve at aktørene har mulighet å tilgjengeliggjøre data gjennom åpne API, samt at data finnes på strukturert form i journalløsningene. For å legge til rette for datadeling i helse- og omsorgssektoren har Direktoratet for e-helse laget utkast til "Veileder for åpne API i helse- og omsorgstjenesten". Direktoratet for e-helse arbeider også med å beskrive målarkitektur for datadeling.

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

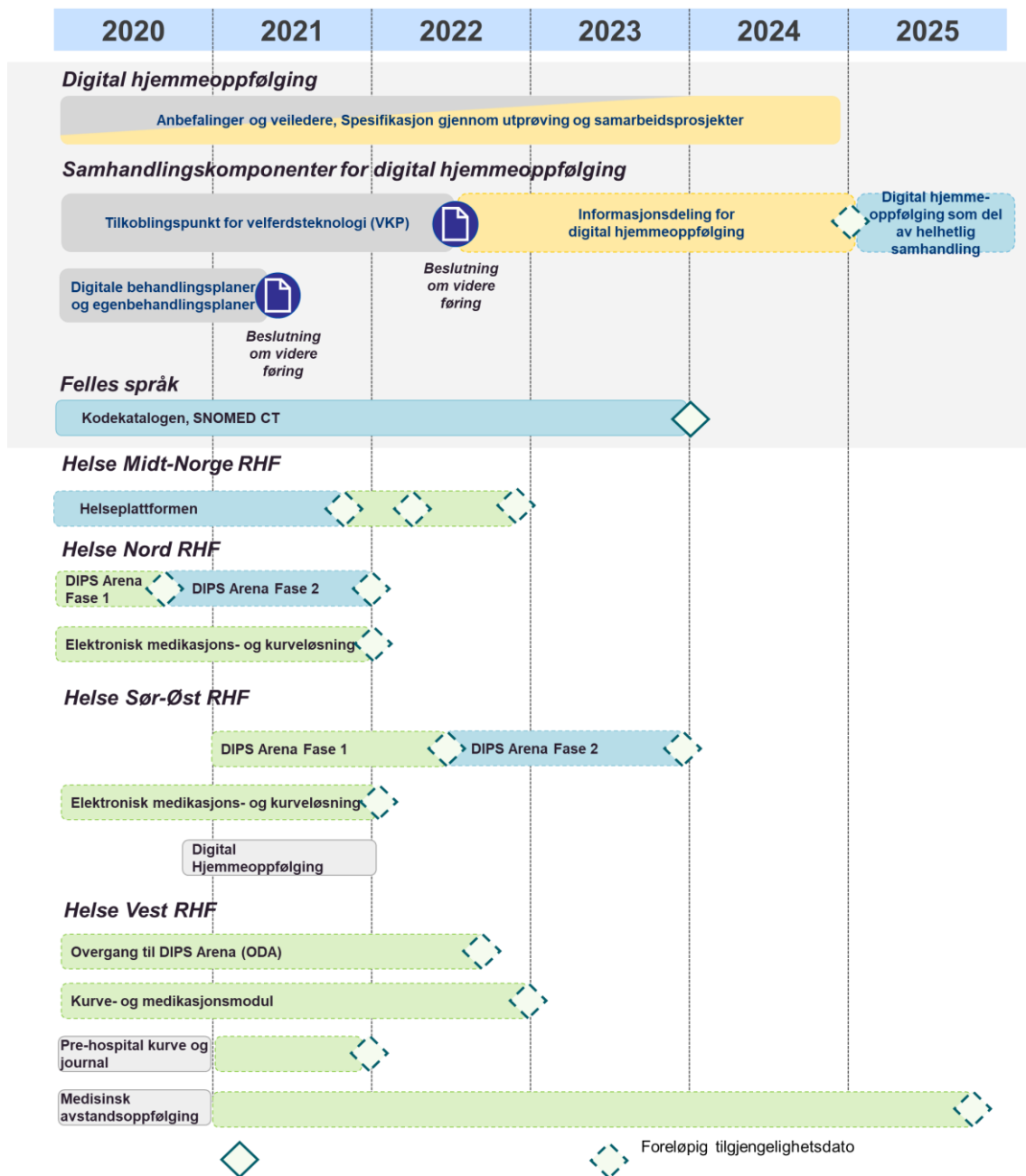
- Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF utvikler EPJ-området ved koblede systemer. Løsning for PAS/EPJ (DIPS Arena) er basert på en leverandør-uavhengig datamodell (OpenEHR). Løsninger for medikasjon og kurve, digitale bilder og laboratorier har imidlertid strukturert informasjon i datamodeller som er avhengig av leverandør. Arbeidet med strukturering av klinisk informasjon ved bruk av OpenEHR er særlig knyttet til EPJ gjennom DIPS Arena. OpenEHR er basert på arketyper, som er standardiserte kliniske informasjonsmodeller.

- Helse Midt-Norge RHF har valgt et større homogent system (Epic) med underliggende leverandørspesifikke datamodeller. Helseplattformen (Epic) er en strukturert, konfigurert journalløsning. Det vil si at kunden i stor grad selv definerer hvilke data som skal registreres, hvordan data skal kodes, hvilken terminologi som skal benyttes og hvilke kontroller som skal legges på registreringen av data. Det er mulig å lage en 100% strukturert journal, men deler kan også være fritekst. Data vil kunne gjenbrukes i beslutningsstøtte, interne og eksterne rapporter, datauttrekk, API og andre grensesnitt. Kunnskap struktureres også inn i løsningen og det bygges beslutningsstøtteregler som kombinerer kunnskapsdata og pasientdata.

For at arbeidet med strukturering av journal skal lykkes, er det en forutsetning å utvikle/tilpasse og ta i bruk både informasjonsstandarder, kodeverk og terminologier. Harmonisering av kliniske variabler som benyttes både til primær- og sekundærbruk er også viktig for å unngå dobbeltregistreringer og effektiv innsamling av data.

Enkelte av de regionale helseforetakene har satt i gang konseptutredninger for å vurdere hvordan de skal legge til rette for datadeling. Det foreligger derfor per september 2020 ikke oppdaterte felles planer for å realisere regionale koblingspunkter for å realisere datadeling. Etableringen av et slik koblingspunkt er tett knyttet opp til overgangen til DIPS Arena og innføringen av kurve- og medikasjonsløsning (i Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF), samt etableringen og innføringen av Helseplattformen.

Figur 22 viser en oversikt over sammenhengene mellom nasjonale e-helseløsninger knyttet til datadeling, Helseplattformen og journal- og kurveløsningene i Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF.



Figur 22. Oversikt over sammenhengen mellom nasjonale e-helseløsninger, Helseplattformen og journal- og kurveløsningene i Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF

### Status Helse Midt-Norge RHF

Helseplattformens har planlagt å sette i drift ny felles pasientjournal på St.Olav hospital, Trondheim kommune og to fastleger i 3.kvartal 2021. Deretter skal Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal, begge med tilhørende kommuner og fastleger settes i drift med henholdsvis 6 måneders forskyvning. Det har i høst vist seg at planen er krevende. Helseplattformen er nå i gang med å utarbeide alternative innføringsplaner, samtidig som tiltak er satt inn for å hente inn forsinkelsen. De alternative innføringsplanene vil legges frem for styret og eierne 4.kvartal 2020

### Status Helse Nord

Planene for innføring av DIPS Arena og kurve- og medikasjonsløsningen i Helse Nord RHF er hentet fra internrevisjonsrapport (5), beskrivelsene i felles plan (6), samt presentasjon holdt for ledergruppen i Helse Nord RHF (7).

Innføringen av DIPS Arena i Helse Nord er planlagt gjennomført i flere faser i perioden 2019 – 2022, i regi av prosjektet DIPS Arena i nord under programmet FRESK (Fremtidens Systemer Klinikken).

Første fase omfatter en modernisert og videreutviklet utgave av grunnfunksjonaliteten i dagens DIPS Classic, samt ny funksjonalitet for rus og psykiatri (vedtak) og samhandling med kommunehelsetjenesten (PLO). Legemiddelsamstemming/medikasjon er planlagt innført i hele regionen når alle helseforetak er kommet over på Arena, gitt avklaringer med Direktoratet for e-helse og DIPS AS. Det arbeides med grensesnitt mot elektronisk kurve (Metavision), som ivaretas med bruk av FHIR og andre nasjonale standarder.

De første avdelingene til å ta i bruk elektronisk kurve vil være intensivavdelingen og anestesi- og operasjonsavdelingen ved UNN Tromsø, forventet i første kvartal 2020. Deretter legges det opp til evaluering og videre planlegging av innføringen ved sykehusene. Innføringen er planlagt ferdigstilt i 2022.

### Status Sør-Øst

Oversikt over noen av de sentrale digitaliseringsprosjektene i Helse Sør-Øst RHF, er hentet fra Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023.

DIPS Arena-innføring håndteres i prosjekt Regional EPJ-modernisering. Prosjektet ble besluttet gjenopptatt fra juni 2020 og skal fremlegge planer for en revidert fase 1 til ny BP3 - primo 2021. Fasen skal omfatte innføring av Arena til brukere i psykisk helsevern og rusbehandling ved tre helseforetak, konsolidere to helseforetak og innføre Arena til brukere i psykisk helsevern og rusbehandling ved disse foretakene. Fasen vil strekke seg til sommeren 2022.

Det er foreløpig ikke lagt noen føringer eller planer for en fase 2, og dermed ikke for innføring til øvrige seks helseforetak og brukere i somatikk ved alle ni foretak (heller ikke for økt strukturering av journal, eller støtte for diverse nasjonale løsninger/myndighetskrav og løsninger på legemiddelfeltet).

Alle helseforetak i Helse Sør-Øst skal innen 2021 få elektronisk kurve- og medikasjonsløsning. Styret i Helse Sør-Øst har vedtatt innføring av løsningen og investeringsrammen er besluttet.

## Status Helse Vest

Oversikten over noen av de sentrale digitaliseringsprosjektene i Helse Vest RHF, er hentet fra i langtidsbudsjettene for 2021-2025 (8) presentert for styret i mars 2020.

Pilot som omfatter basisfunksjonalitet i DIPS Arena startet opp ved én avdeling i ett helseforetak i Helse Vest i mai 2019 i regi av prosjektet «Overgang til DIPS Arena» (ODA). Piloten omfattet både sengepost og poliklinikk. Etter noen måneders bruk viste erfaringene at for lav ytelse (treghet) medførte så store utfordringer for brukerne, at brukerne måtte gå tilbake til DIPS Classic for å løse de fleste oppgavene som skulle ivaretas i DIPS Arena.

Modell/plan for utrulling av DIPS Arena ble lagt frem for styringsgruppen i desember 2019. Utrulling av DIPS Arena ligger i ODA-prosjektets mandat. Det gjenstår å få konklusjonen fra dette arbeidet.

Per november 2019 hadde ca. 90 prosent av ansatte både innen somatiske og psykiatriske sengeposter tatt Kurve- og medikasjonsmodulen i bruk. Dette omfattet 100 prosent av sengene innen psykiatri og 80 prosent av senger innen somatikk, alle helseforetak og private, ideelle institusjoner i Helse Vest, inkludert akuttmottak og noen intensivenheter. I november 2019 startet intensivavdelingen i Helse Stavanger HF med Meona, og innen Q1 2020 var det forventet at også intensivavdelingen i Helse Bergen HF vil ta i bruk kurveløsningen (to intensivsenger i Helse Bergen startet med Meona i november 2019). Det pågår arbeid med barn/preoperativ/dialyse/kjemoterapi og tilpasning til poliklinikk. Dette arbeidet vil pågå ut 2021.

## 5.4 Avhengigheter mellom innføringen av kjernejournal på sykehjem og i hjemmetjenesten og Akson journal

Innføring av lesetilgang til pasientens legemiddelliste og muligheten for å kunne søke og slå opp dokumenter fra spesialisthelsetjenesten for helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste forutsetter innføring av kjernejournal.

For at virksomheten skal kunne koble seg på kjernejournal, må virksomheten benytte en oppdatert versjon av fagsystemet med godkjent kjernejournalintegrasjon.

Kjernejournalintegrasjonen omfatter per dags dato muligheten for at leverandørene av journalløsninger enkelt kan åpne webportalen i kjernejournal med nødvendig kontekstinformasjon, som for eksempel helsepersonell og pasient. Leverandørene av journalløsningene i kommunal pleie- og omsorgstjeneste har henvendt seg til Norsk Helsenetts etablerte godkjeningsprosess for å bli satt opp som HelseID-klienter og har etablert integrasjon med kjernejournal. Alle nye leverandører vil måtte godkjennes i samme prosess.

Innføring av kjernejournal i kommunal helse- og omsorgstjeneste er avhengig av at kommunene innfører eID. Norsk Helsenett har anslått at om lag 50 prosent, eller totalt 25 000 helsepersonell ansatt i kommunene trenger eID når kommunene innfører kjernejournal. I tillegg må kommunene koble seg på HelseID som autorisasjonskilde for å sikre innlogging og tilgangsstyring i tråd med den anbefalte tillitsmodellen i sektor.

Norsk Helsenett SF samarbeider med KS og utvalgte kommuner om utprøving og innføring av kjernejournal i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. En av de tre store journalleverandørene til kommunene har gjennomført utprøvsperioden og er nå i et

innføringsløp i kommuner som bruker dette journalsystemet. De andre to journalleverandørene har nylig fått godkjent HelselD- og kjernejournalintegrasjonen hos Norsk Helsenett og starter utprøving høsten 2020. Per oktober 2020 har 17 kommuner tilgang til kjernejournal, og ytterligere 23 kommuner er i prosess for oppstart. Innføringsprosjektet skal levere en plan for videre innføring i kommunene innen mars 2021. Denne planen skal inkludere resterende kommuners sykehjem og hjemmetjeneste, samt skolehelsetjeneste og helsestasjon. Virksomheter som er KAD/ØHD og som ikke bruker en av de tre nevnte journalløsningene over, er allerede dekket via fastlegesystemene eller DIPS. Legevakt, legevaktsentral og fastleger har allerede tilgang via sine egne fagsystemer.

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

Akson journal har som formål at helsepersonell med tjenstlig behov i en kommune (inkludert fastleger, fysioterapeuter og tannleger) skal kunne dele relevante dokumenter og andre helseopplysninger om pasienter og brukere som mottar helse- og omsorgstjenester.

Innføring av kjernejournal i kommunal helse- og omsorgstjeneste gir helsepersonell med tjenstlig behov tilgang til opplysningene som ligger der uavhengig om de jobber på sykehjem legevakt eller som fastlege, og de får et bedre beslutningsgrunnlag når de skal bestemme behandling. Kjernejournal vil bidra til at helsepersonellet kan samarbeide på tvers av omsorgsnivå på nye måter, og på den måten forberede helsepersonellet på hvordan de kan samarbeide i Akson journal. Helse- og omsorgssektoren får forberedt seg og utarbeidet gode rutiner og retningslinjer for hvordan de skal samarbeide om i pasientforløpet.

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. I tillegg vil funksjonalitet for legemiddelhåndtering, for eksempel å administrere en legemiddelplan, og tradisjonell kurvefunksjonalitet være sentralt i Akson journal.

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

Innføringen av kjernejournal på sykehjem og i hjemmetjenesten vil forberede helsepersonellet og virksomhetene på å bruke ny samhandlingsfunksjonalitet og forberede helsepersonellet på en hverdag der helseopplysninger deles i større utstrekning enn i dag.

## **5.5 Avhengigheter mellom veikartet og målbildet for helhetlig samhandling**

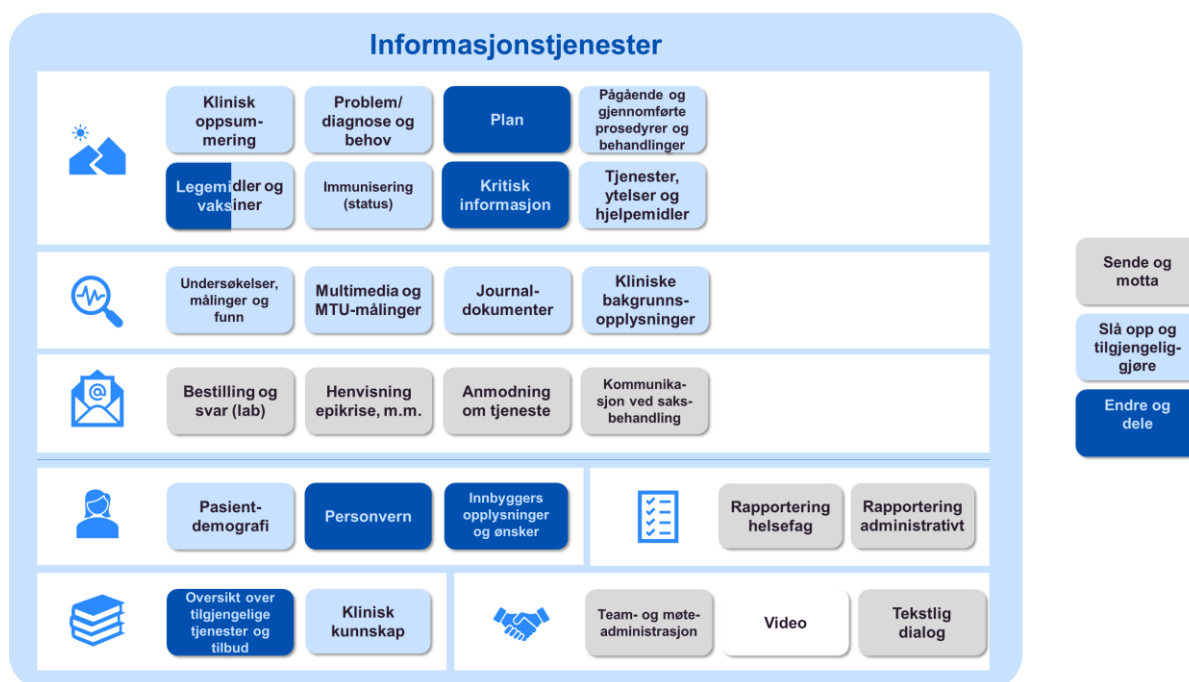
Helsetjenesten har over lengre tid vært tydelige på behovet for bedre samhandlingsløsninger. Blant de høyest prioriterte områdene er tilgang til felles informasjon om legemidler, plan, oppsummering av problemliste og resultater fra tidligere undersøkelser. I forbindelse med utredning av Akson (9) ble helsepersonells behov for samhandling kartlagt i detalj. Kartleggingen omfattet behovene for samhandling i fire dimensjoner:

1. innbyggerens samhandling med helsepersonell i både kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten
2. samhandling mellom helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste
3. samhandling mellom helsepersonell og andre aktører i helse- og omsorgstjenesten, for eksempel private/ideelle sykehus uten avtale med spesialisthelsetjenesten, apotek, private tannleger som yter offentlige tannhelsetjenester, private laboratorier og radiologiske tjenesteleverandører, nasjonale registre, Helsedirektoratet inkludert Helfo og Folkehelseinstituttet
4. samhandling mellom helsepersonell og andre statlige og kommunale tjenester, for eksempel skole/barnehage, barnevern, PPT, NAV, Skatteetaten, Politiet og Fylkesmannen

Behovene ble brukt til å bygge opp et målbilde for helhetlig samhandling innen 2030. Dette målbildet er omfattende, og danner ambisjonsnivået også for veikartet på sikt.

### 5.5.1 Målbildet for helhetlig samhandling








Informasjonen aktørene har behov for å utveksle seg imellom ved samhandling er kartlagt i detalj, og satt sammen i såkalte *informasjonstjenester*, som vist i Figur 23. En informasjonstjeneste beskriver et tematisk område hvor det finnes samhandlingsbehov, og kan bestå av mange ulike IT-løsninger.



Figur 23 Innhold i målbilde for helhetlig samhandling

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

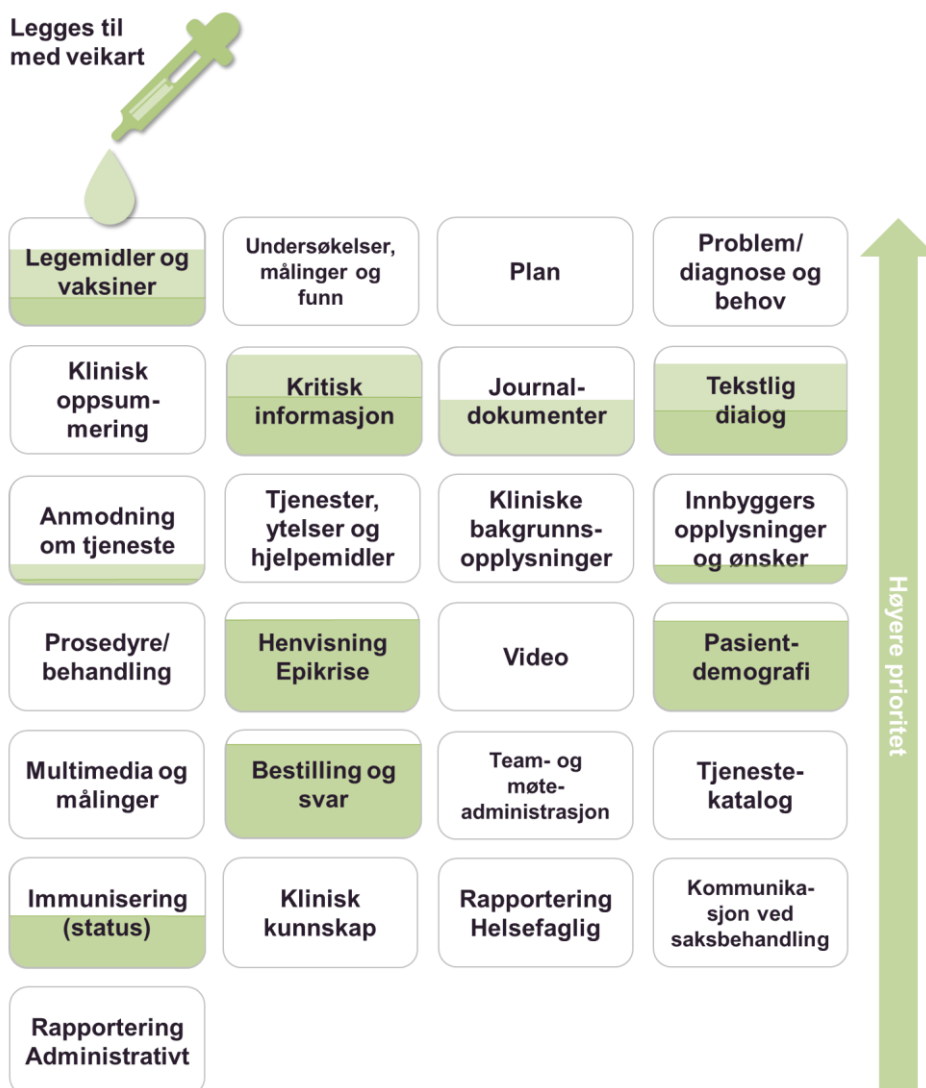
Informasjonstjenestene er organisert i syv hovedgrupper:

Gruppe	Beskrivelse
	<p><b>Skafe seg oversikt over innbyggers tilstand og behov for helsehjelp</b></p> <p>Informasjonstjenestene i denne gruppen presenterer utvalgte og sammenstilte helseopplysninger om innbygger. Der informasjons-tjenestene presenterer lister, er de ment å være mest mulig uttømmende for et bestemt spørsmål, for eksempel om hvilke allergier innbygger har, eller hvilke sykdommer innbygger har hatt tidligere.</p>
	<p><b>Gjøre oppslag i tidligere journal-opplysninger</b></p> <p>Informasjonstjenestene i denne gruppen gjør det mulig for bruker å slå opp eksisterende opplysninger fra pasientjournalen hos ulike aktører. Felles for opplysningene er at de er "historiske", dvs. de er allerede tatt hensyn til i oppfølging av innbyggers helsehjelp. Opplysningene kan likevel ha stor nytte i sammenligninger og for å håndtere situasjoner hvor man mangler informasjon.</p>
	<p><b>Anmode om eller bestille tjenester eller ytelser, med svar, samt kommunisere om saker</b></p> <p>Informasjonstjenestene i denne gruppen formidler anmodninger eller bestillinger av tjenester med svar mellom aktører. Formidlingen kan representere overføring av hele eller deler av ansvar for innbyggers helsehjelp (som ved henvisninger), eller ansvaret kan bevares hos avsender.</p>
	<p><b>Innhente innbyggers opplysninger</b></p> <p>Informasjonstjenestene i denne gruppen tar imot og formidler innbyggers opplysninger, føringer og ønsker for helsehjelpen til aktuelle aktører. Det er en fordel for innbygger å kunne registrere informasjonen ett sted, og få aktørene i helsetjenesten til å forholde seg til det samme innholdet på samme måte.</p>
	<p><b>Slå opp i generelle informasjonskilder</b></p> <p>Informasjonstjenestene i denne gruppen formidler informasjon som ikke er helseopplysninger, men som er nyttig i utøvelsen av helsehjelpen.</p>
	<p><b>Rapportere egen aktivitet</b></p> <p>Informasjonstjenestene i denne gruppen støtter rapportering til helsefaglige og administrative registre.</p>
	<p><b>Arrangere og delta i møter, konsultasjoner og samtaler</b></p> <p>Informasjonstjenestene i denne gruppen støtter koordinering og gjennomføring av ulike former for møter mellom aktører. Ut over tid, sted og roller settes det få krav til strukturering og standardisering av innholdet.</p>

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

Målbildet presentert i kapittel over er ambisiøst, og favner mange samhandlingsbehov (informasjonsbehov). Disse behovene er blitt prioritert av helsepersonell gjennom arbeidet i forprosjektet for Akson. Figur 24 viser informasjonstjenestene i denne prioriterte rekkefølgen. Den viser på en forenklet måte informasjonstjenester hvor tjenester/ funksjonalitet allerede er tatt i bruk, og hva tiltakene i veikartet bidrar med. Figuren viser at veikartet bidrar på prioriterte områder, men også at det gjenstår mange behov som ikke er dekket.





Figur 24 Eksisterende (mørkegrønn) og ny (lysegrønn) samhandlingsfunksjonalitet som kommer i veikartsperioden. Informasjonstjenester plassert øverst er høyest prioritert av helsepersonell. Oversikten viser ikke samhandling med andre kommunale og statlige tjenester

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.

I det følgende beskrives litt mer detaljert om hver informasjonstjeneste med tanke på hva slags tjeneste/funksjonalitet som allerede er i bruk i helsetjenesten, hva veikartet bidrar med, og hva som gjenstår:

### **Legemidler og vaksiner**

For denne informasjonstjenesten finnes allerede e-resepter, oversikter over hvilke legemidler som er utlevert på apotek, og gitte vaksiner. Veikartet bidrar med pasientens legemiddelliste inkludert planlagte endringer i legemiddelbehandling og større utbredelse av elektronisk multidose. Fortsatt vil det gjenstå samhandlingsbehov som gjelder hvilke legemidler pasienten faktisk har tatt (administrerte legemidler) og bestilling av legemidler til lokalt lager.

### **Kritisk informasjon**

Kritisk informasjon finnes i kjernejournal, men det føres manuelt både her og i lokale fagsystemer. Dette bidrar til at kritisk informasjon fortsatt ikke er oppdatert for alle pasienter. Veikartet bidrar til at informasjonen kan bli komplett for flere pasienter, fordi innholdet i kjernejournal da kan synkroniseres automatisk med innholdet i fagsystemene. Med dette vil mesteparten av samhandlingsbehov være dekket, med unntak av informasjon om visse typer smitte som kjernejournal ikke har hjemmel for å registrere.

### **Journaldokumenter**

I dag har en del helseforetak og kommunale helse- og omsorgstjenester mulighet for å dele journalopplysninger ved å bruke samme journalløsning. Annen type deling av journaldokumenter, altså på tvers av virksomhetsgrenser, er imidlertid lite utbredt. Veikartet bidrar til at utvalgte journaldokumenter fra helseforetak blir tilgjengelig for andre helseforetak og helseregioner, for fastleger, og for de deler av kommunal helse- og omsorgstjeneste som tar i bruk kjernejournal. Fortsatt vil det imidlertid gjenstå andre dokumentprodusenter som avtalespesialister, fastleger, legevakt, ØHD/KAD, helsestasjon, hjemmebaserte tjenester, sykehjem og andre kommunale institusjoner og tjenester, og andre dokumentkonsumenter ut over dagens brukere av kjernejournal.

### **Anmodning om tjeneste**

En del aktører tilbyr i dag innbyggere timeoversikter og mulighet for å be om eller endre time ved å sende en melding. Utbredelsen av tjenestene varierer, og finnes på en rekke ulike plattformer. Veikartet bidrar til større utbredelse, flere muligheter for og mer ensartet timebooking hos fastleger, hjemmebaserte tjenester, helsestasjon og ved helseforetak. Fortsatt vil det imidlertid gjenstå behov for timebooking hos avtalespesialister, evt. legevakt og andre kommunale helse- og omsorgstjenester, og en rekke andre typer tjenesteanmodninger fra helsepersonell

Øvrige informasjonstjenester i målbildet er beskrevet i detalj i Bilag G2 Helhetlig samhandling til Forprosjekt Akson (10).

## 6 Risiko og forutsetninger

### 6.1 Overordnet risiko i veikartet

Tabell 14 gir en samlet oversikt over vurdering av status og utfordringer for de tiltakene som er vurdert i dette veikartet. For å vurdere status og utfordringene er det gjort en vurdering av *finansiering, tilslutning, tilrettelegging hos aktører i helse- og omsorgstjenesten, og avhengigheter til andre tiltak*. Se kapittel 1.3.2 for nærmere forklaring av de ulike symbolene og fargene.

Tiltak vurdert i veikartet	Finansiering	Tilslutning	Tilrettelegging	Avhengigheter
Innbygger skal ha mulighet for å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge				
Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens legemiddelliste				
Helsepersonell skal ha tilgang til en oppdatert og autoritativ beskrivelse av kritisk informasjon				
Helsepersonell skal ha tilgang til journaldokumenter uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp				
Helsepersonell skal ha tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt				
Helsepersonell skal ha tilgang på dialogmeldinger og forbedrede henvisninger				
Innbygger skal ha muligheter for digital hjemmeoppfølging				

Tabell 14. Samlet oversikt over vurdering av status og utfordringer

#### Risiko knyttet til finansiering

Tiltakene som er vurdert som en del av veikartet er omfattende og vil strekke seg over flere år. Tiltakene har forskjellige finansieringsmodeller, og for flere av tiltakene er finansieringen uavklart for de gjenstående fasene frem til tjenesten er tatt i bruk. Dette gjelder spesielt

pasientens legemiddelliste, oppgradering av forvaltningen av kritisk informasjon gjennom API og tilrettelegging av nasjonale felleskomponenter for digital hjemmeoppfølging.

Flere av tiltakene avhenger av at utviklingen samfinansieres av Direktoratet for e-helse, Norsk helsenett og aktørene i tjenesten. Helsenorge er også samfinansiert, og planer besluttet 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.

En 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 at journalleverandøren man benytter må gjennomføre store endringer og utvikle ny funksjonalitet for at tjenesten skal bli tilgjengelig. En like stor utfordring er knyttet til aktørenes investeringer i lokal infrastruktur, for eksempel kommunenes anskaffelse av elektronisk ID på sikkerhetsnivå høyt.

### **Risiko knyttet til tilslutning**

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

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 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**

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

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

Den største risikoen 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 opprydding i eksisterende legemidler (doble/uaktuelle resepter), samt innføring av rutiner som reduserer nye feil før innføring. 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 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 et relativt nytt og umodent 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 knyttet til modernisering av tillits- og grunndatatjenester og etableringen av en helhetlig samhandlingsplattform.

Innføring av Pasientens legemiddelliste, med innføring av både kjernejournal og Sentral forskrivningsmodul til kommunal pleie- og omsorg, har som tidligere beskrevet avhengigheter til HelseID, grunndata og lokal sikkerhetsinfrastruktur som e-ID. Utbredelse av innsyn i journaldokumenter har den samme avhengigheten til modernisering av tillits- og grunndatatjenester for å ivareta tilgangsstyring.

I steg 1 i utviklingen av helhetlig samhandling ligger det et investeringsforslag for å modernisere tillits- og grunndatatjenester, som er nødvendig for å understøtte innføringen av Pasientens legemiddelliste, innsyn i journaldokumenter og innføringen av kjernejournal i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Investeringen er avhengig av at aktørene i sektoren er blitt enig om hvordan felles tillitsmodell skal utformes og etableres.

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 knyttet til prosjektene i Steg 1 i utviklingen av Helhetlig samhandling.

## **6.2 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.



**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.

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

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 trygge 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. Løsningene er tilgjengeliggjort i mange deler av sektoren, og den samlede bruken av løsningene er økende. Det foreligger imidlertid ikke tilstrekkelig datagrunnlag for å kunne vurdere hvilke tjenester som brukes, slik at vi kan vurdere om gevinstene er hentet ut.

Gjennom Helsenorge kan innbygger få innsyn i egne journaldokumenter, etablere digital dialog med behandlere samt følge opp og være aktiv i sitt behandlingsforløp. I hvilken grad disse tjenestene er tilgjengelige for innbyggerne er avhengig av at hver aktør som yter helse- og omsorgstjenester kobler seg til Helsenorge.. Gjennomgangen viser at de regionale helseforetakene har koblet seg til Helsenorge, men tjenestetilbudet varierer og det kan også variere mellom sykehus og enheter innen et helseforetak. Tilsvarende varierer det også for fastleger og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Veikartet beskriver primært tjenestene som er tilgjengelig på Helsenorge. Noen aktører (eksempelvis fastleger og avtalespesialister) har i tillegg digitale løsninger for dialog og administrasjon med innbygger fra andre leverandører. Disse har egne innganger og pålogginger, utenfor Helsenorge, og gir dermed frittstående tilbud til innbygger. Dette øker tjenestetilbudet, men det kan oppfattes som ulempe fra et innbyggerperspektiv at egne opplysninger blir spredt på mange ulike løsninger.

Kjernejournal er innført ved alle sykehus, alle legevakter og ved 91 prosent av fastlegekontorene. I tillegg har alle innbyggere fått tilgang til egen kjernejournal via Helsenorge. Selv om løsningen er innført har vi ikke tilstrekkelig grunnlag for å si om funksjonaliteten er i bruk, og eventuelt hvilke deler som er i bruk. Kjernejournal er i liten grad

innført ved sykehjem og i hjemmetjenesten i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette er en forutsetning for å kunne realisere ønsket nytte av pasientens legemiddelliste og innsyn i journaldokumenter.

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 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.



### **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 tiltak i veikartet som er i fasene nasjonal tilrettelegging eller tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten viser at det i varierende grad er etablert helhetlige planer for hvordan nye løsninger og ny funksjonalitet skal innføres i den enkelte virksomhet. De fleste endringsprosessene er godt planlagt frem til at de nasjonale løsningene er etablert og utprøvd med et fåtall aktører. Samtidig ser vi fra empiri 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 er i ferd med å bli tatt i bruk i stadig større grad innenfor e-helsefeltet både internasjonalt og i Norge. Dette krever god kontroll på normering og tilrettelegging for bruk til norske formål
- Når helsepersonell skal ta i bruk ny funksjonalitet i nasjonale e-helseløsninger er det behov for at bruken av denne er dokumentert i en nasjonal veileder. For eksempel er det avgjørende for pasientens legemiddelliste at Helsedirektoratet utarbeider veiledere for de ulike helsepersonellgruppernes ansvar og plikter knyttet til oppdatering, samstemming og bruk av pasientens legemiddelliste.



## 7 Anbefalinger for veien videre

Dette veikartet er utarbeidet i perioden mai-oktober 2020. Det planlegges å videreføre arbeidet med veikart, og i dette kapitlet er det oppsummert noen anbefalinger for veien videre.

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

Veikartet skal blant annet skape forutsigbarhet for aktørene i helse- og omsorgstjenesten og leverandørene. Det skal være tydelig når ulike nasjonale e-helseløsninger og tjenester er tilgjengelig for tilrettelegging hos den enkelte aktør. Arbeidet med veikart viser at mange tjenester krever at mange aktører samtidig tilgjengeliggjør og tar i bruk løsningene for at gevinsten skal realiseres. Eksempel på dette er pasientens legemiddelliste, innsyn i journaldokumenter og kritisk informasjon. Dette tilsier at aktørene i større grad fremover må sette felles mål. Dette foregår i dag primært gjennom arbeidet med nasjonal e-helsestrategi og operasjonaliseres gjennom den nasjonale porteføljestyringsprosessen. Det er imidlertid fortsatt lite transparenst rundt hvordan disse målene følges opp med beslutninger hos den enkelte aktør. Dette gjør det vanskelig å følge opp og få det reelle bilde over hva som er status for de investeringene som er gjort.

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

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

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

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

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

Veikartet, i form av et dokument, har sine begrensinger. Det gir et øyeblikksbilde over planene for de ulike tiltakene slik de foreligger når dokumentet blir utarbeidet. Disse planene vil endres av forskjellige grunner. I tillegg vil aktørene ha behov for ulikt detaljeringsnivå på veikartet og ønske at ulike aspekter ved veikartet blir synliggjort på en oversiktlig måte for å støtte deres beslutningsprosesser. Det har vist seg krevende å dekke alle disse behovene

gjennom et dokument. Anbefalingen er at det etableres en innholdsløsning der veikartet blir oppdatert når planer endrer seg, samt at presentasjonen tilpasses ulike målgrupper.

### **Det er behov for å utvide omfanget av veikartet**

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

Det kan også være behov for å inkludere tiltak av nasjonal betydning utover de nasjonale e-helseløsningene, som for eksempel innrapportering av vaksinerings til SYSVAK, for blant annet å verifisere at innføringsbyrden for de ulike aktørgruppene i gitte tidsperioder ikke blir uhåndterlig.

For Helsenorge beskriver denne versjonen av veikartet tjenester, status for innføring og planer for de lokale og regionale tjenestene på Helsenorge. Videre veikart bør inkludere status for innføring og planer for et videre tjenestespekter av løsningene på Helsenorge, eksempelvis nasjonale tjenester, personverntjenester, tjenester for helseregistre og forskning samt kunnskap og tjenester på åpne sider.

## 8 Veikartet realiserer verdi for innbyggere og helsepersonell

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Det å gi helsepersonell tilgang til 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 prøvetakning.

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

## 9 Referanser

1. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, Meld. St 7 (2019-2020).*
2. **Helse Bergen.** eMeistring. [Internett] <https://helse-bergen.no/emeistring>.
3. **Direktoratet for e-helse.** *Digital hjemmeoppfølging – tilnærming til helhetlig samhandling.* Oktober 2020. IE-1065.
4. —. *Tilgangsstyring i helse- og omsorgssektoren. Anbefaling av tillitsmodell for data- og dokumentdeling.* 2019. HITR 1223:2019.
5. **Helse Nord.** *Gevinstrealisering ved innføring av elektronisk medikasjons- og kurveløsning.* 2019. Internrevisjonsrapport 08/2019.
6. **Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF.** *Felles plan 2019 - Grensesnitt med nasjonale løsninger og overgang til strukturert journal.* 2019.
7. **Nilsfors, Bengt.** *Felles samling for ledergruppene i Helse Nord.* 2019.
8. **Helse Vest IKT AS.** *Langtidsbudsjett 2021-2025.* 2020.
9. **Direktoratet for e-helse.** *Sentralt styringsdokument for Akson; Bilag G2 - Helhetlig samhandling.* Oslo : Direktoratet for e-helse, 2020.
10. —. *Sentral styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning (Vedlegg G2 Helhetlig samhandling).* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2020. IE-1056.
11. **Direktoratet for forvaltning og ikt.** *Innbyggerundersøkelsen 2019.* 2019.
12. **Direktoratet for e-helse.** *Innbyggerundersøkelse om e-helse 2019.* <https://ehelse.no/tema/nasjonale-e-helselosninger/>. [Internett] 2019. [https://ehelse.no/tema/nasjonale-e-helselosninger/\\_/attachment/inline/143e2104-bf9c-4a0f-be70-28f9dca18ce6:c9b59c94e94eefc7ea1f5d1e341d72951cbc7c38/Innbyggerunders%C3%B8kelse%20om%20e-helse%202019.pdf](https://ehelse.no/tema/nasjonale-e-helselosninger/_/attachment/inline/143e2104-bf9c-4a0f-be70-28f9dca18ce6:c9b59c94e94eefc7ea1f5d1e341d72951cbc7c38/Innbyggerunders%C3%B8kelse%20om%20e-helse%202019.pdf).

 Direktoratet for e-helse

**Besøksadresse**

Verkstedveien 1  
0277 Oslo

**Kontakt**

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