



Direktoratet for
e-helse

Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger i kommunal helse- og omsorgs- tjeneste 2021 - 2025

Versjon 1.0



IE-1074

Publikasjonens tittel:

Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger i kommunal helse- og omsorgstjeneste 2021 – 2025

Rapportnummer

IE-1074

Utgitt:

November 2020

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

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

Innhold

1. Innledning.....	5
2. Samlet veikart for perioden 2021 - 2025	9
3. Helsenorge	12
4. Kjernejournal	16
5. E-resept.....	20
6. Digital hjemmeoppfølging og bruk av velferdsteknologi	24
7. Felles grunnmur.....	26
8. Innføring, forutsetninger og ressursbehov.....	29
9. Avhengigheter mellom nasjonale e-helseløsninger, pågående tiltak og Akson	31
10. Anbefaling	36
11. Referanser.....	40
12. Vedlegg 1 Beskrivelse av helsetjenesteområdene i kommunal helse- og omsorgstjeneste	43
13. Vedlegg 2 – Tabeller over nasjonale e-helseløsninger og deres relevans for ulike helsetjenesteområder	49
14. Vedlegg 3 – Tabeller over helsetjenesteområder og relevansen ulike nasjonale e- helseløsninger har for dem.....	64

Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Direktoratet for e-helse om å utarbeide et veikart som viser status og planer for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger i helse- og omsorgssektoren. Dokumentet du leser nå er en utgave av veikartet som er tilpasset kommunal helse- og omsorgstjeneste. Formålet er å kunne benytte det som et utgangspunkt i kommunal sektor sin vurdering av innføring av nasjonale e-helseløsninger, basert på helsepolitiske målsetninger og sett i lys av Akson journal. Veikartet vil måtte suppleres med utredninger tilpasset lokale forhold før en eventuell beslutning om innføring kan fattes.

Veikartet omtaler de nasjonale e-helseløsningene Helsenorge, kjernejournal og e-resept, samt digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi. Gjennom *Helsenorge* kan kommunene tilby sine innbyggere en digital kanal for å komme i kontakt med helse- og omsorgstjenester som tilbys av kommunen. *Kjernejournal* inneholder et utvalg sentrale helseopplysninger om den enkelte innbygger, som er gjort tilgjengelig for helsepersonell med tjenstlig behov. *E-resept* inkluderer elektronisk forskrivning, e-multidose og pasientens legemiddelliste, og har til hensikt å gjøre oppfølging av legemiddelbehandling lettere og sikrere. *Digital hjemmeoppfølging* utvikler nye tjenester, hvor deler av helse- og omsorgstjenesten kan flyttes hjem til innbygger ved hjelp av teknologi. I denne sammenhengen brukes velferdsteknologisk knutepunkt for å integrere helsedata fra ulike kilder og utstyr.

Nasjonale e-helseløsninger er allerede tatt bruk på fastlegekontorer og legevakt, og en rekke kommuner er i ferd med å innføre kjernejournal for sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Vi anbefaler at kommunene tar i bruk e-helseløsningene i relevante helsetjenesteområder. Helsenorge er tilgjengelig for å tas i bruk blant annet gjennom prosjektene DigiHelse og DigiHelsestasjon, som henholdsvis er under utbredelse og i pilot. Anskaffelse av e-ID er en forutsetning for å innføre kjernejournal, e-resept og Akson journal. Helseforetak i Helse Sør-Øst har startet utprøving av å dele journaldokumenter, og øvrige helseregioner planlegger det samme. Forutsatt utvikling av moderniserte tillitstjenester forventes det at innsyn i journaldokumenter fra alle sykehus vil kunne være tilgjengelig for alle kommuner fra 2023. Kjernejournal er også en forutsetning for å få full nytte av e-resept, hvor Sentral forskrivingsmodul (SFM) med pasientens legemiddelliste og forbedret e-multidose forventes å bli klart for innføring for legevakt, fastleger, hjemmebaserte tjenester og sykehjem fra 2022, og for øvrige helsetjenesteområder fra 2023.

Innføring av nasjonale e-helseløsninger gir verdi allerede nå. Akson forventes også å benytte de nasjonale e-helseløsningene i samhandling med øvrige deler av helsetjenesten. Det er i tillegg en fordel å ha innført nasjonale e-helseløsninger før innføring av Akson journal, slik at arbeidsomfanget ved å innføre denne journalløsningen blir mindre.

1. Innledning

I helse- og omsorgstjenesten må aktørene kunne kommunisere elektronisk med hverandre når de samarbeider om å følge opp pasienten, og med pasienten selv. Strukturene og styringen av helse- og omsorgssektoren gjør det utfordrende å få på plass elektronisk samhandling som kan støtte dette samarbeidet. Gjennom etableringen av nasjonale e-helseløsninger som Helsenorge, kjernejournal og e-resept kan imidlertid helsesektoren vise til en rekke gode resultater de siste årene. De nasjonale e-helseløsningene er blitt utvidet med nye tjenester, og dekker vesentlige behov i samhandlingen. Utbredelsen av e-helseløsningene varierer imidlertid mellom ulike helsetjenesteområder og mellom kommunene.

Den nasjonale e-helseporteføljen består i dag av 51 prosjekter og programmer, og mange av dem har relevans for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Samtidig planlegger Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med kommunene og Kommunesektorens organisasjon (KS) å sette i gang tiltaket Akson journal. Dette innebærer å anskaffe og innføre en felles journalløsning i kommunal helse- og omsorgstjeneste (utenom Midt-Norge) i perioden 2025-2030. Det kan være krevende å få oversikt over hvilke muligheter som finnes nå, og hva som blir mulig i løpet av de nærmeste årene. For å gi et tydeligere bilde av muligheter og utfordringer, er det utarbeidet et veikart for nasjonale e-helseløsninger.

1.1 Formål med dette dokumentet

Veikartet, som er utarbeidet av Direktoratet for e-helse på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, har til hensikt å gi en oversikt over pågående utvikling og innføring av de nasjonale e-helseløsningene, og status for disse. Dette dokumentet bygger på veikartet, og er ment å kunne brukes som et utgangspunkt når kommunal sektor foretar vurderinger og prioriteringer for innføring og bruk av nasjonale e-helseløsninger, i tråd med helsepolitiske mål.

Dokumentet beskriver først de nasjonale e-helseløsningene og deres verdi for innbyggere og ulike helsetjenesteområder. Deretter beskrives forutsetninger for å innføre løsningene, og avhengigheter til andre tiltak. Ut fra dette gis anbefalinger om innføring, sett i lys av den planlagte Akson journal.

Beslutningen om å innføre en nasjonal e-helseløsning ligger til hver kommune, og dette dokumentet svarer ikke ut alle spørsmålene en kommune har for å kunne ta en slik beslutning. Formålet med dette dokumentet er således å gi en oversikt over mulighetene som kommer, slik at man kan starte det lokale arbeidet og gå i dialog med NHN og sin journalleverandør.

Direktoratet for e-helse planlegger å videreføre arbeidet med veikart, og har som mål at det skal være lett tilgjengelig og oppdateres jevnlig. Videre arbeid vil gjøres i tett samarbeid med aktører i sektoren og vil bli behandlet i de nasjonale utvalgene NUFA, NUIT og nasjonalt e-helsestyre.

Forhold til andre dokumenter som omtaler veikart

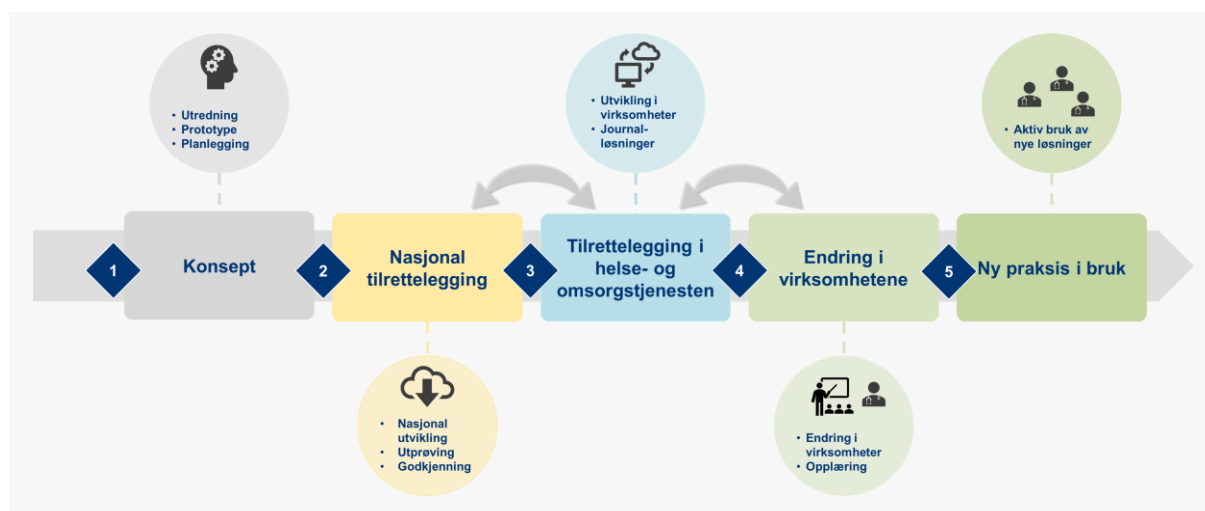
Veikartet er levert som et sett av fire dokumenter. Dokumentet du leser nå har kommunal helse- og omsorgstjeneste som målgruppe. Det baserer seg på *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021-2025 (1)*, som er hovedleveransen av veikartprosjektet. Innholdet utdypes videre i dokumentet *Underlag for "veikart for utvikling og*

innføring av nasjonale e-helseløsninger" (2). Underlaget inneholder en situasjonsanalyse av nasjonale e-helseløsninger, og er kunnskapsgrunnlaget for de øvrige tre dokumentene. I tillegg er det utarbeidet en *Kortversjon av veikart for nasjonale e-helseløsninger 2021-2025* (3).

1.2 Hvordan innholdet i veikartet er beskrevet

Utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger gjennomføres med en rekke prosjekter og programmer. De ulike prosjektene forholder seg til ulike virksomheter, og gjennomføres ofte i kombinasjon med andre regionale eller kommunale tiltak. Dette gir et fragmentert bilde hvor det er utfordrende å identifisere overordnet status for arbeidet, og få oversikt over den faktiske fremdriften.

For å etablere en felles forståelse av hvor langt sektoren som helhet har kommet på veien til å utvikle og ta i bruk nasjonale e-helseløsninger, er følgende verdikjede for endringsprosessen benyttet (se Figur 1):



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

Veikartet gir en oversikt over hvor i verdikjeden de ulike tjenestene i de nasjonale e-helseløsningene er. Dette inkluderer beskrivelser av hvilke aktørgrupper som har gjort nødvendige tilrettelegginger, gjennomført endring i virksomhetene og fått ny praksis i gang.

For de nasjonale e-helseløsningene vil de to første fasene gjennomføres i nasjonal regi og på vegne av hele helse- og omsorgstjenesten. Dette kan for eksempel gjøres i samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, Norsk Helsennett, KS og samarbeidende kommuner. De to fasene er som følger:

Konsept

I konseptfasen avklares hvorvidt det identifiserte behovet støtter opp under målene i nasjonal e-helsestrategi, og om en nasjonal e-helseløsning vil være den beste måten å oppnå ønsket endring. Denne fasen skal etablere et konsept for den nasjonale e-helseløsningen, og gi god forståelse for arbeidet som kreves i de etterfølgende fasene.

Nasjonal tilrettelegging

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

I de etterfølgende fasene foregår *innføringen*. Her er det de ulike virksomhetene i sektoren som har fremdriftsansvaret. Innføringen kan likevel gjøres i tett samarbeid med eller med bistand fra Direktoratet for e-helse og NHN. Ved innføring av løsninger som krever høy grad av koordinering opprettes det ofte nasjonale programmer som får ansvar for å være pådrivere for innføringsarbeidet. Fasene for innføring er som følger:

Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten

I denne fasen har hver enkelt virksomhet ansvar for å legge til rette lokal infrastruktur, og bestille tilpasning og integrasjon av de nasjonale e-helseløsningene i sin journalløsning. I tillegg må virksomheten ta imot og oppgradere journalløsningen med integrasjoner, og planlegge hvordan den nasjonale e-helseløsningen skal tas i bruk.

Endring i virksomhetene

I denne fasen foregår opplæring av brukere og endring av arbeidsprosesser i virksomhetene. Både journalløsning og den nasjonale e-helseløsningen er "klar til bruk".

Ny praksis i bruk

Denne fasen nås når en tilstrekkelig andel av helse- og omsorgstjenesten har tatt i bruk e-helseløsningen til at den kan regnes som etablert praksis.

Fasene angis etter hvor langt majoriteten av aktørene har kommet i å ta i bruk en gitt nasjonal e-helseløsning. Verdikjeden er en forenkling av den faktiske gjennomføringen, og i praksis vil det gjennomføres aktiviteter som tilhører flere faser samtidig. Det vil for eksempel ofte gjøres endringer i en nasjonal e-helseløsning i fasen *tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten*, fordi utforming av nye arbeidsprosessene kan gi ny innsikt og behov for tilpasning av løsningen.

I dette dokumentet deler vi opp de nasjonale e-helseløsningene i ulike tjenester. Eksempler på tjenester er kritisk informasjon i kjernejournal, eller administrasjon av timeavtaler i Helsenorger. De ulike tjenestene er ofte i forskjellige faser i verdikjeden og kan ha egne utfordringer i det videre arbeidet. For å sikre en god forståelse av situasjonen skiller vi også på ulike helsetjenesteområder i beskrivelsene av fase og relevans.

Inndelingen i faser vil kunne illustrere hvilke tjenester kommunene kan begynne å planlegge innføring av, og hvilke som ikke er ferdig utviklet ennå.

Helsetjenesteområder i kommunal helse- og omsorgstjeneste

For å forenkle fremstillingen av veikartet, har vi valgt å gruppere helsetjenestene i kommunal helse- og omsorgstjeneste i følgende områder:

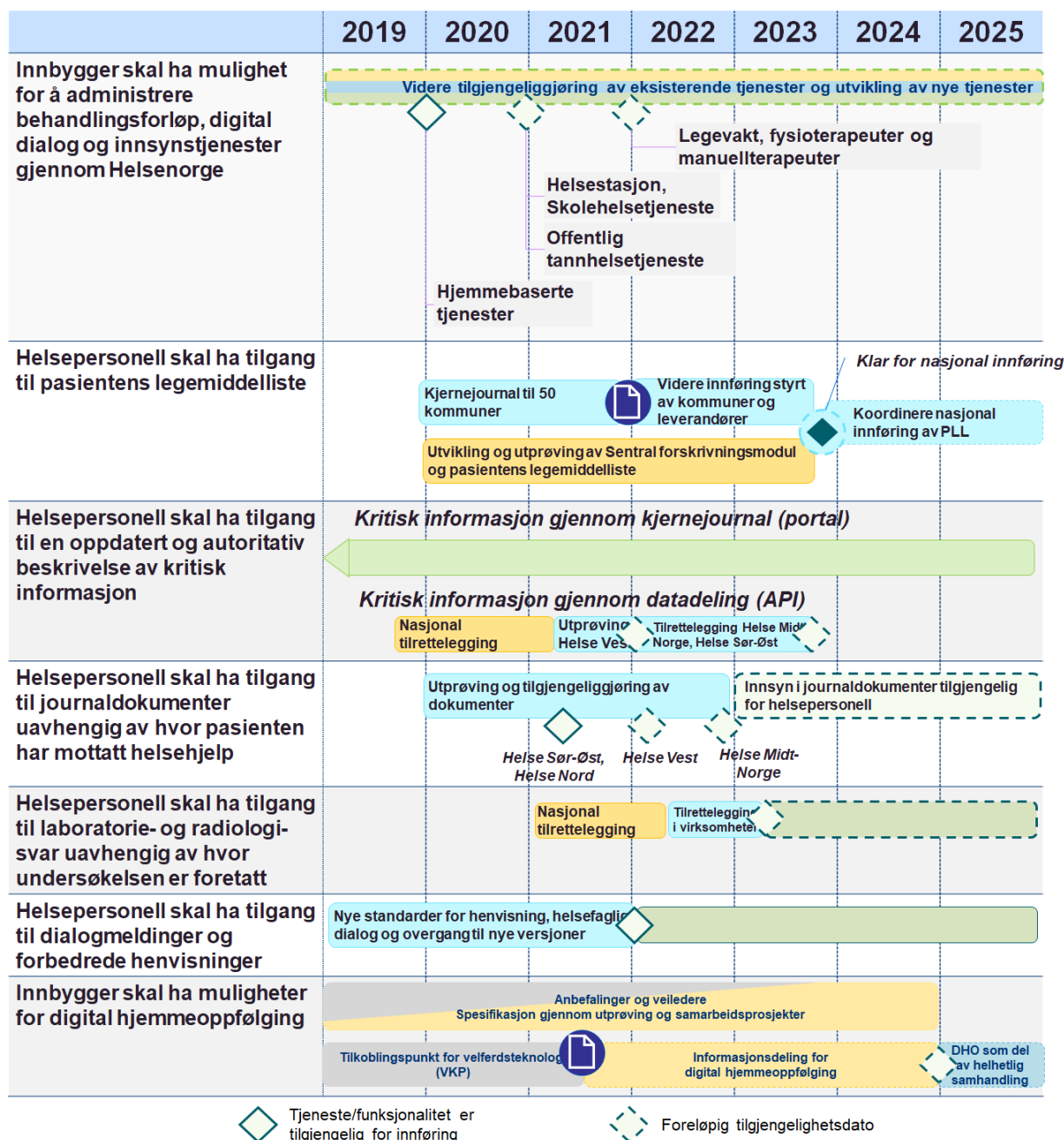


Figur 2 Inndeling av helsetjenesteområder brukt i dette dokumentet

Kommunene organiserer helsetjenestene sine ulikt, og vi ser at i noen kommuner vil en annen gruppering være naturlig. Forenklingene er beskrevet nærmere i vedlegg 1.

2. Samlet veikart for perioden 2021 - 2025

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*. Figur 3 gir en oversikt over pågående utvikling og innføring av de nasjonale e-helseløsningene.



Figur 3. Oversikt over veikart for tiltakene som er i fase nasjonal tilrettelegging eller tilrettelegging i virksomhetene. Siden variasjonen i status og planer er stor for ulike aktører på Helsenorge, er også de ulike tjenestene illustrert med flere av fargene.

Oppsummert viser veikartet at:

Innbygger skal ha mulighet for å administrere timeavtaler¹, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge

Helsenorge tilbyr administrasjon av timeavtaler, digital dialog og innsynstjenester. Disse er relevante for innbygger og helsepersonell, men er tatt i bruk i varierende grad. Gjennom egne prosjekter (DDFL og DigiHelse) er det utviklet og innført innbyggertjenester for fastlege og hjemmebaserte tjenester, og noen av disse tjenestene er også tatt i bruk på andre helsetjenesteområder. På enkelte legevakter er det i tillegg innført timebestilling for COVID-19 testing. Utprøving og tilpasning for helsestasjon og skolehelsetjeneste er i gang, og planlegges klar for innføring fra 2021. Det er i tillegg planlagt utprøving og tilpasning av tjenester for frisklivssentraler, fysioterapeuter og manuellterapeuter med offentlig avtale, samt flere tjenester for legevakt, trolig fra 2022.

Innsynstjenester for kommunale helse- og omsorgstjenester er foreløpig begrenset til mulighet for å få tilsendt journalkopi fra fastlege.

Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens legemiddelliste

Innføring av e-resept, e-multidose og pasientens legemiddelliste er avhengig av utvikling av *sentral forskrivningsmodul* (SFM), som er planlagt klar for tilrettelegging og innføring for fastleger, legevakt, sykehjem, hjemmetjeneste og ØHD/KAD fra 2022, og for øvrige grupper fra slutten av 2023.

Helsepersonell som bidrar i legemiddelbehandlingen, men ikke skriver resepter selv vil være avhengig av få tilgang til informasjon om legemiddelbehandling i kjernejournal. Prosjektet kjernejournal i sykehjem og hjemmebaserte tjenester pågår nå (4), og har som mål å innføre kjernejournal i pleie- og omsorgstjenester i minst 50 kommuner.

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

Kritisk informasjon (se kapittel 4.1) finnes allerede i kjernejournal. Det er planlagt en utprøving av en tettere integrasjon av denne tjenesten i Helse Vest fra 2021, slik at man kan se kritisk informasjon direkte i journalen. Eventuell tilpasning av journalløsninger i kommunal helse- og omsorgstjeneste kan trolig planlegges gjennomført fra 2022, etter at utprøvingen er evaluert.

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

Helseforetak i Helse Sør-Øst og Helse Nord er i ferd med å prøve ut å gjøre utvalgte journaldokumenter tilgjengelig for utvalgte virksomheter som bruker kjernejournal. Helse Vest og Helse Midt-Norge planlegger å gjøre dette fra 2022/2023. Videre utbredelse krever at det etableres en felles tillitsmodell, og moderniserte tillits- og grunndatatjenester, som er planlagt ferdigstilt i 2023.

¹ Administrasjon av behandlingsforløp er beskrevet som administrasjon av timeavtaler i dette dokumentet.

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

Brukere av kjernejournal har tilgang til å se prøvesvar for COVID-19 i dag. Det er planlagt å gi tilgang til andre typer laboratoriesvar og radiologisvar, og dette forventes å være tilgjengelig i kjernejournal i slutten av 2023 (5).

Helsepersonell skal ha tilgang til dialogmeldinger og forbedrede henvisninger

Innen utløpet av 2021 er det planlagt at tjenestebasert adressering utbredes, og at foreldede versjoner av obligatoriske standarder for epikrise, pleie- og omsorgsmeldinger og svarrapporter oppgraderes til siste versjon. I tillegg er det planlagt innføring av nye standarder for henvisning og helsefaglig dialog.

Innbygger skal ha muligheter for digital hjemmeoppfølging

Prosjektet digital hjemmeoppfølging planlegger å utvide utprøving med velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) sammen med kommunene, og etter hvert sammen med spesialisthelsetjenesten og helsefelleskap. Hensikten er å bruke prosjektene til gradvis spesifisering og realisering av felles rammeverk for informasjonsdeling relatert til digital hjemmeoppfølging. Arbeidet vil bidra til, og etter hvert blir en del av, utviklingen av helhetlig samhandling (se kapittel 9.2).

Dette oversiktsbildet blir utdypet videre i de følgende kapitlene.

3. Helsenorge

3.1 Innhold og nytte

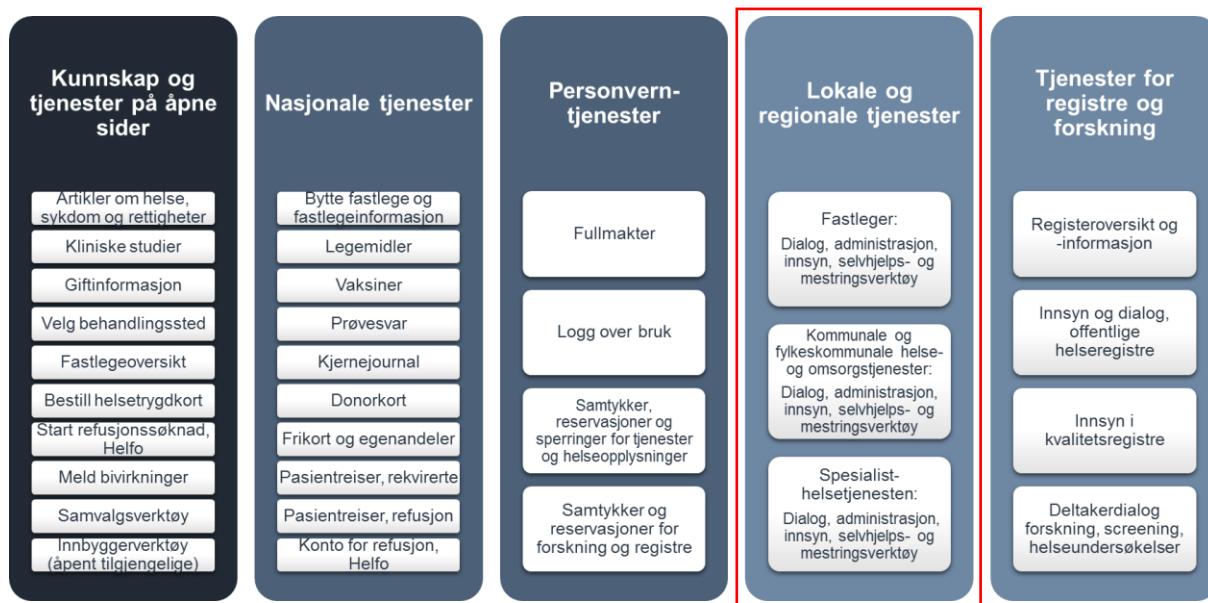
Helsenorge er en nasjonal innbyggerportal med kvalitetssikret helseinformasjon, kombinert med digitale helsetilbud og selvbetjening. Her finner man råd om helse og livsstil, og informasjon om mange sykdommer. Man kan også lese om hva slags helsehjelp helse- og omsorgstjenesten i Norge tilbyr, og hvilke rettigheter man har som pasient. Helsenorge kan for eksempel besvare spørsmål som:

- Hvordan opprette donorkort?
- Hva er svaret på koronatesten jeg har tatt?
- Hvordan bytter jeg fastlege?
- Har jeg mer igjen på resepten min?

Gjennom Helsenorge er det mulig å ha sikker og trygg kommunikasjon mellom innbygger og aktørene i helse og omsorgssektoren. Pårørende med fullmakt har tilsvarende mulighet som innbygger.

For mer detaljert beskrivelse, se www.helsenorge.no/om-helsenorge-no

Formålet med Helsenorge er både å tilby informasjon på åpne sider og å gjøre det enkelt for innbyggerne å ha digital kontakt med helse- og omsorgstjenesten, gjennom sider som krever innlogging. Utvikling av innholdet på Helsenorge skjer i tett samarbeid med helse- og omsorgssektoren. Figuren under viser tjenestetilbudet på Helsenorge:



Figur 4 Oversikt over tjenestetilbudet på Helsenorge

Mange av tjenestene på Helsenorge er tilgjengelig for alle innbyggere i Norge, og er ikke avhengig av at fastlegen, kommunen eller sykehuset har lagt til rette for dette. Tjenestene i søylen "lokale og regionale tjenester" (markert med rødt rektangel i Figur 4) er derimot avhengig av at kommuner, fastleger og sykehus gjør tilpasninger i sine journalløsninger.

Lokale og regionale tjenester

De regionale og lokale tjenestene er tjenester for dialog, administrasjon, innsyn og selvhjelps- og mestringsverktøy.

Dialog

Dialogtjenester gir muligheter for innbyggerne til å kommunisere sikkert og trygt med helsepersonell og virksomheter i den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Innbygger kan også motta varsler om nye meldinger. I mange tilfeller kan denne kommunikasjonen erstatte telefon, brev og i en del tilfeller fysiske konsultasjoner. Dette kan forenkle hverdagen både for innbyggerne, pårørende og helsetjenesten. Verdien av dette kan være spart tid, reduserte kostnader og større mulighet til å være involvert i behandling og egen helse.

Administrasjon av timeavtaler

Administrasjonstjenester er tjenester for timebestilling. Tilbudet varierer i ulike virksomheter ved at noen kan tilgjengeliggjøre kalender med oversikt over planlagte og gjennomførte besøk, oversikt over ledige timer og mulighet til å bestille direkte. Andre steder sender man en melding, og ber om en time. Det tilbys også varsler og påminnelser om timeavtaler eller besøk.

Andre tjenester på Helsenorge

Helsenorge inkluderer også innsynstjenester. For kommunale helse- og omsorgstjenester er det foreløpig begrenset til en tjeneste der pasienter kan be om å få tilsendt journalkopi fra fastlege. Tjenesten *Selvhjelps- og mestringsverktøy* gir tilgang til videoer, netjtjenester og applikasjoner som ligger utenfor selve Helsenorge-plattformen (se kapittel 2.2 i underlag for veikart (2)). Verktøyene kan være generelle, eller spesifikke for en diagnose eller situasjon, og kan brukes av innbyggeren selvstendig eller i samspill med behandler.

I dette dokumentet beskrives særlig tjenester for dialog og administrasjon.

Variasjonen i hvilke kommuner og virksomheter som tilbyr de ulike tjenestene er fortsatt stor, og det gjenstår å gjøre tilpasninger i en del av journalløsningene i helse- og omsorgstjenesten. På bakgrunn av dette ble prosjektene *Digihelse*, *Digihelsestasjon* og *Digital dialog fastlege (DDFL)* igangsatt. De fleste tjenestene på Helsenorge som er innført i kommunal helse- og omsorgstjeneste har kommet gjennom disse prosjektene. I tillegg er det gjennomført andre prosjekter, for eksempel for å innføre timebestilling for covid-19 testing på legevakter.

DigiHelse

DigiHelse gir innbyggere og helsepersonell mulighet til å kommunisere digitalt via meldinger. Innbygger kan se kalender med planlagte og gjennomførte besøk, samt motta varsler om disse på Helsenorge. Innbygger kan også avlyse besøk. Innlogging på Helsenorge skjer ved bruk av BankID, Buypass eller Commfides. Dialogmeldingene kommer inn i pasientjournalen fra Helsenorge og er en del av journaldokumentasjonen knyttet til pasienten.

DigiHelse gir pårørende med fullmakt mulighet for digital samhandling med helse- og omsorgstjenesten. Tjenestene på Helsenorge brukes i hovedsak for hjemmebaserte tjenester, men tilbudet benyttes også av noen kommuner på andre helsetjenesteområder, eksempelvis innen psykisk helse og avhengighet.

DigiHelsestasjon

DigiHelsestasjon skal levere digitale tjenester for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, inkludert helsestasjon for ungdom. Det etableres en digital, sikker meldingstjeneste mellom helsetjenesten og innbyggerne, en kalender med mulighet til å se og avbestille timer, motta varslinger/påminnelser og få tilgang til relevant informasjon. Målet er å etablere digitale innbyggertjenester knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten for alle landets kommuner.

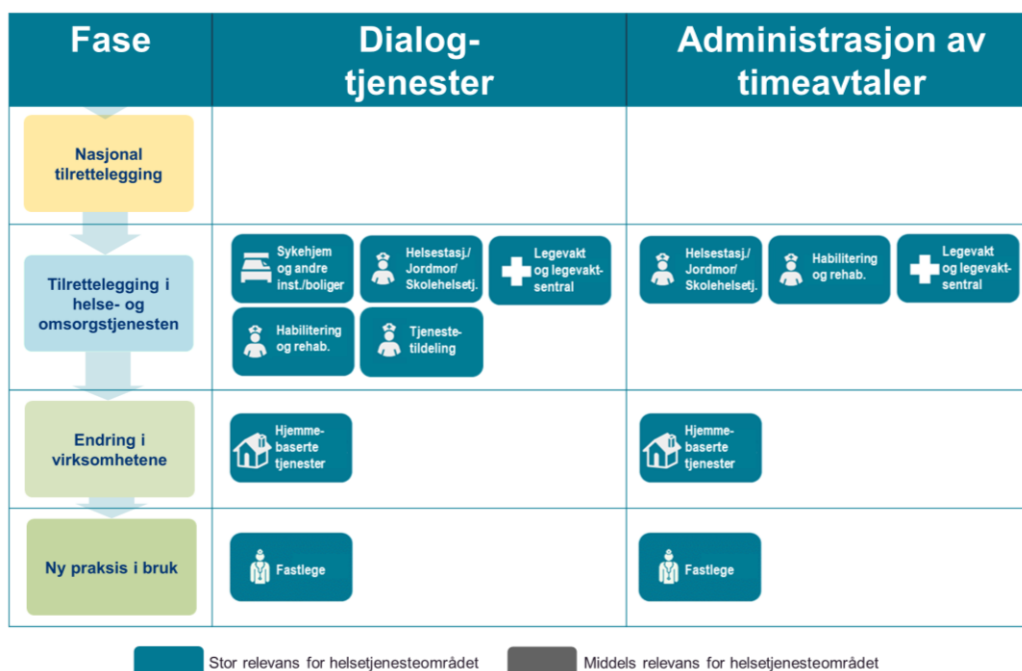
DigiHelsestasjon skal sammen med DigiUng-programmet og i regi av Helsedirektoratet utvikle en løsning som gir ungdommer i aldersgruppen 12 til 16 år mulighet til å komme i kontakt med skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom via digital kommunikasjon. Denne aldersgruppen har ikke tilgang til Helsenorge i dag, på grunn av kravet om en elektronisk ID på sikkerhetsnivå Høyt.

Digital dialog fastlege (DDFL)

Digital dialog fastlege (DDFL) tilbyr sikker kommunikasjon mellom fastlege og pasient, og gjør det mulig for innbygger å bestille time, fornye resept, starte e-konsultasjon og kontakte legekantoret. Enkle verktøy for kartlegging og veiledning er inkludert.

Digitale innbyggertjenester uavhengig av Helsenorge

Veikartet beskriver innbyggertjenester som er del av Helsenorge. Fastleger kan også tilby digitale innbyggertjenester for dialog og administrasjon med andre løsninger enn Helsenorge. Enkelte kommuner prøver ut, eller tilbyr for eksempel bestilling av timer til covid-19 testing uavhengig av Helsenorge.



Figur 5 Oversikt over hvilken fase Dialogtjenester og Administrasjon av timeavtaler er i, og hvilken relevans de har for ulike helsetjenesteområder. (Tjenester som er i konseptfase eller tidligere, eller har begrenset eller liten relevans for et helsetjenesteområde er utelatt fra figuren.)

3.2 Status og plan for ulike helsetjenesteområder

Stadig flere innbyggere har det siste året fått tilgang til nye tjenester via Helsenorge, og med innføringsprosjektene stiger antall kommuner som tilbyr dette. 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.

Status for innføring

Mange kommuner har tatt i bruk DigiHelse og ca. 40% av landets befolkning har tilgang til digital melding, varsling og kalendervisning som brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester. KS har ved finansiering fra DigiFin etablert et nasjonalt utbredelsesprosjekt for å bistå kommunene i å etablere DigiHelse. Dette krever et tett samarbeid mellom kommunen, journalleverandører og NHN.

Oslo kommune er i pilot med DigiHelsestasjon og i ferd med å innføre innbyggertjenester i helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Helsestasjonene i Bergen, Stavanger og Haugesund har planlagt innføring i 2021. Til sammen dekker disse kommunene i overkant av 20% av befolkningen, og flere andre kommuner vil delta i utvidet utprøving. Det arbeides med mandat for nasjonal utbredelse av DigiHelsestasjon.

En rekke fastleger har innført tjenestene i DDFL, og kan i tillegg sende innbygger en digital kopi av pasientjournalen via Helsenorge. Per oktober 2020 er DDFL tatt i bruk av fastlegekontor som dekker ca. 40% av befolkningen. Ved hvert fastlegekontor kan det imidlertid være variasjon i hvilke tjenester i Helsenorge som benyttes.

I 2020 er det gjort flere tilpasninger for å møte nye behov i koronasituasjonen. Flere kommuner har innført mulighet til å bestille testing for Covid-19 på sine legevakter gjennom Helsenorge. Fastleger kan sende ut informasjon til pasienter om hvordan de skal forholde seg ved mulig smitte samt kartleggings skjema for luftveissymptomer, og mange har lagt til rette for å kunne gjennomføre videokonsultasjoner med pasientene via Helsenorge. Noen fastleger gir pasienter en direkteinngang fra timeavtalen i DDFL til videoløsningen.

Helsenorge har også tilgjengeliggjort tjenester for enkelte tannleger (offentlig tannhelse-tjeneste) og jobber med realisering av anbefalt konsept for frisklivssentraler. For fysioterapeuter og manuellterapeuter med offentlig avtale og legevakt arbeides det med å tilgjengeliggjøre dialog og administrasjon av timeavtaler. Enkelte legevakter har allerede testet ut administrasjon av timeavtaler i forbindelse med COVID-19. Manuell- og fysioterapeuter skal starte utprøving første halvdel 2021.

Videre planer

Helsenorge har etablert en produktstrategi (2017-2020) som er besluttet i produktstyret for Helsenorge. Det pågår nå arbeid med revisjon av produktstrategien for neste strategiperiode, og den vil ferdigstilles første kvartal 2021. Strategien vil inneholde planer for utvikling og innføring. I årene som kommer vil det arbeides med videre innføring av eksisterende tjenester og samtidig utvikling av nye tjenester, se kapittel 9.2.

4. Kjernejournal

4.1 Innhold og nytte

Kjernejournal er en nasjonal elektronisk tjeneste som inneholder et utvalg viktige opplysninger om den enkelte innbygger som er gjort tilgjengelig for helsepersonell med tjenstlig behov. Både innbygger og helsepersonell har tilgang til informasjonen i denne tjenesten. Helsepersonell har da rask og sikker tilgang til disse opplysningene.

For mer detaljert beskrivelse se www.helsenorge.no/kjernejournal.

Det meste av informasjonen i kjernejournalen hentes automatisk fra offentlige registre. I tillegg kan innbygger og helsepersonell i samråd med pasienten, registrere kritisk informasjon og spesielt viktige helseopplysninger. Tilgang på informasjon i kjernejournal bidrar til økt pasientsikkerhet i tilfeller der helsepersonellet mangler oppdaterte opplysninger i egen journalløsning, og særlig i situasjoner der pasienten møter helsetjenesten akutt. Helsepersonell opplever at kjernejournal er relevant i ulike situasjoner. Det er pekt på at helsepersonell i hjemmebaserte tjenester med behandlingsansvar har nytte av å lese oversikt over resepter i kjernejournal, slik at vedkommende har oversikt over når resepten er utgått og pasienten har behov for å få en ny resept. Oversikt over relevans for ulike helsetjenesteområder vises i figur 8.

Tjenestene *Om innbygger* og *Besøkshistorikk* er tilgjengelig i virksomhetene som har innført kjernejournal (6). *Om innbygger* er nyttig for helsepersonell når de skal sjekke at de opplysningene de har fått ved mottak av for eksempel ny pasient stemmer. *Besøkshistorikk* kan gi helsepersonell et bedre bilde av pasientens helsetilstand over tid. For eksempel vil antall tidligere innleggelser eller polikliniske konsultasjoner gi en indikasjon på hvordan helsetilstanden har vært. På legevakten dukker det ofte opp innbyggere fra andre deler av landet med uklart klinisk bilde, og besøkshistorikk kan da bidra til bedre innsikt.

I det følgende vil vi gi en kort beskrivelse av innhold og antatt relevans for utvalgte tjenester i kjernejournal.

Kritisk informasjon i kjernejournal portal, eller integrert i journalløsningen (API)

For å gi rask og riktig helsehjelp trenger helsepersonell tilgang på informasjon om innbyggers helsetilstand. Kjennskap til om pasienten har kritisk informasjon registrert gir stor nytte for helsepersonell både i planlegging av behandling og i en behandlingssituasjon. Det finnes eksempler på at mangel på opplysninger om en pasients kritiske informasjon øker risikoen for pasientskader, og kan sette pasientens liv i fare. I dag må leger og annet helsepersonell registrere kritisk informasjon både i kjernejournalen og i behandlingsstedets journalløsning. Dette har bidratt til at kritisk informasjon ofte mangler i kjernejournalen. Det er registrert kritisk informasjon på rundt 66.000 pasienter så langt, og kjernejournalmiljøet anslår at dette er omtrent 25 % av de innbyggerne som faktisk har kritisk informasjon.

Det arbeides i dag med en løsning hvor kritisk informasjon i kjernejournal integreres tett i journalløsningen (via åpne API). Dette gjør at informasjonen blir lettere tilgjengelig for helsepersonellet i det daglige arbeidet, og at informasjonen bare må registreres ett sted. Tilgang på kritisk informasjon gir en trygghet og bedre beslutningsgrunnlag for helsepersonell når de står i en behandlingssituasjon, og gjennom integrasjon i journalløsningen sparer de tid ved å slippe dobbeltføring.

Journalinnsyn (dokumentdeling)

Gjennom kjernejournal vil helsepersonell med tjenstlig behov få tilgang til journaldokumenter på tvers av virksomheter, regioner og nivåer. Tiltaket innebærer at innbyggere opplever at helsepersonell de møter har tilgjengelig nødvendige og relevante journaldokumenter fra tidligere kontakter med helse- og omsorgstjenesten, uavhengig av hvor innbyggeren har mottatt hjelp. Det betyr at helsepersonellet kan slå opp hos andre aktører der henvisninger, epikriser eller andre oppsummerende dokumenter ikke er mottatt. Dette er spesielt nyttig ved mottak av nye pasienter og ved overføring av pasienter mellom omsorgsnivå. Helsepersonellet får bedre tilgang på informasjon ved utredning og diagnostikk, og på den måten får de et bedre beslutningsunderlag når de skal beslutte videre behandling. De vil også spare tid på å lete og etterspørre informasjon.

Full ibruktakelse av denne delen av kjernejournal krever imidlertid moderniserte tillitstjenester, som er planlagt ferdigstilt i 2023. For å ta i bruk dokumentdeling må dokumentprodusentene opprette nødvendig arkitektur hos seg, tilgjengeliggjøre relevante dokumenter basert på de nasjonale dokumentstandardene, og sørge for at tilgangsstyring lokalt kan skje i tråd med helse- og omsorgstjenestens felles krav til tilgangsstyring (se kapittel 7).

Legemidler i kjernejournal

Kjernejournalen inneholder innbyggers e-resepter med tre års historikk, samt alle utleverte legemidler fra norske apotek basert på e-resepter, papir-, telefon-, - eller fax-resepter. Helsepersonell uten rekvireringsrett (rett til å forskrive resepter) har ikke tilgang til reseptene via e-resept, men har oversikt over reseptene gjennom kjernejournal. For pasienter som har e-multidose, vil den også vise en oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker. Dette er viktig for å kunne kontrollere at innbygger får riktige legemidler. Etter hvert som SFM blir ferdig utviklet og tas i bruk (se kapittel 5), vil kjernejournal i økende grad også vise pasientens legemiddelliste (PLL). Dette vil bidra til enklere og tryggere håndtering av legemidler, og gi bedre kontroll ved overføring av pasienter mellom omsorgsnivå. Videre bidrar det til økt pasientsikkerhet, og helsepersonell vil kunne redusere tiden de bruker på å kontrollere legemiddelopplysninger, eller svare på spørsmål om legemiddelbehandlingen. Kjernejournal har derfor en sentral rolle for helsepersonells innhenting og kvalitetssikring av legemiddelopplysninger.

Tilgang til laboratoriedata

Hensikten med tjenesten er å gjøre laboratorie- og radiologisvar lettere tilgjengelig for innbygger og for helsepersonell i forbindelse med ytelse av helsehjelp. Kjernejournal er tilrettelagt for å vise frem prøvesvar fra de ulike laboratoriene som formidler prøvesvar til Folkehelseinstituttets meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). Med prøvesvar i kjernejournal vil helsepersonell som skal behandle eller utrede pasienter med symptomer på COVID-19-sykdom, raskt finne svar på relevante prøver.

En videre utvidelse av laboratorie- og radiologisvar vil bli håndtert gjennom prosjektet *Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar (NILAR)* (se kapittel 4.2. for status og plan).

At helsepersonell kan gjøre oppslag i laboratorie- og radiologisvar kan bidra til å redusere feil, muliggjøre gjenbruk av prøvesvar og sikre raskere helsefaglige beslutninger. Der eksisterende svar er dekkende vil man kunne unngå å måtte rekvirere eller henviser på nytt, og redusere tidsbruk for både helsepersonell og innbygger. Innbyggere vil da oppleve

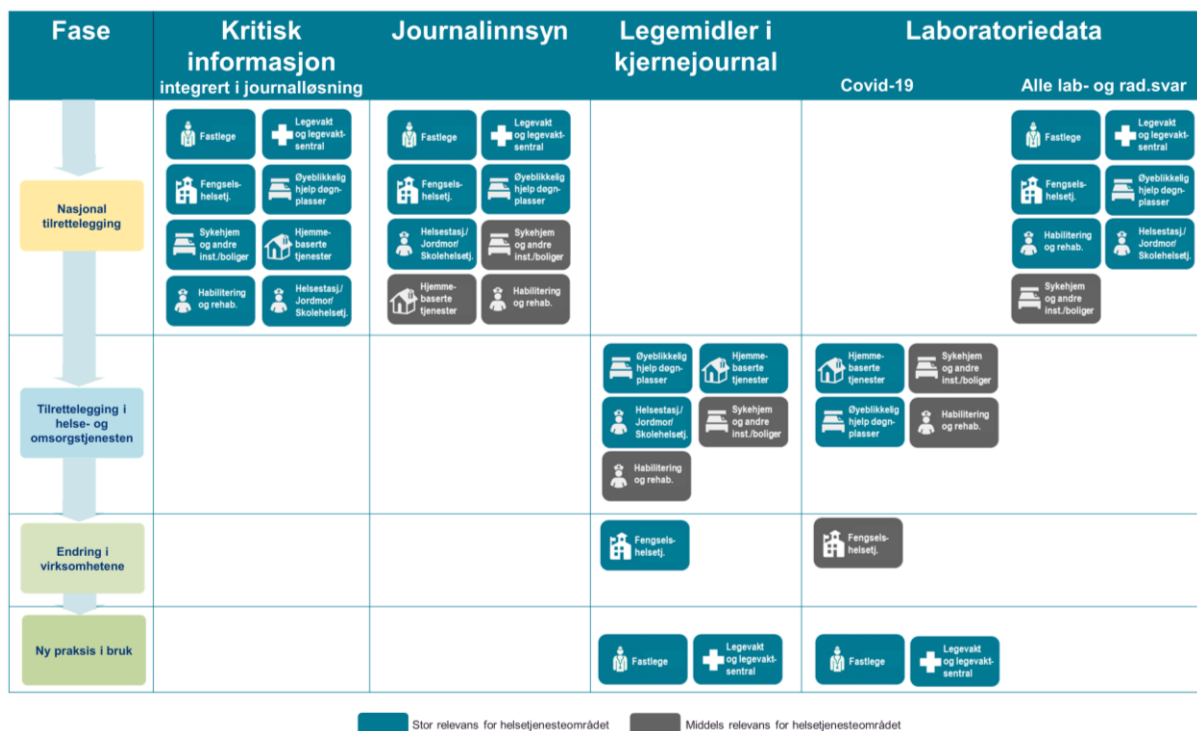
redusert belastning og slipper usikkerhet, ettersom ventetiden blir kortere. I tillegg vil tjenesten bidra til reduserte kostnader knyttet til unngått prøvetakning.

Vaksiner

Det er planlagt å inkludere en oversikt over vaksiner i kjernejournal. Oppdatert informasjon om hvilke vaksiner en pasient har tatt kan være nyttig for å tilpasse både behandling og eventuelle smittevernstiltak. Utviklingen har startet Q4 2020 og vaksine-oversikten skal lanseres januar 2021.

Digitale behandling- og egenbehandlingsplaner

Digital behandlings- og egenbehandlingsplan kan på sikt styrke involvering av pasienter, og brukes til å koordinere helsetjenestene bedre. Prosjektet er i en konseptfase frem mot februar 2021. Deling av behandlings- og egenbehandlingsplaner er ansett som et utfordrende område, og det kan forventes en lengre utviklings- og utprøvningsperiode for å få erfaring med hvordan dette kan gjøres i praksis. Se også kapittel 2.3.11 i underlag for veikartet (2).



Figur 6. Oversikt over hvilken fase ulike tjenester i kjernejournal er i, og hvilken relevans de har for ulike helsetjenesteområder. (Tjenester som er i konseptfase eller tidligere, eller har begrenset eller liten relevans for et helsetjenesteområde er utelatt fra figuren.)

4.2 Status og plan for ulike helsetjenesteområder

Kjernejournal er innført ved alle sykehus, alle kommunale legevakter og ved 91 prosent av fastlegekontorene. I tillegg har alle innbyggere over 16 år fått tilgang til sine opplysninger i kjernejournal via Helsenorge.

Direktoratet for e-helse, Norsk Helsenett, KS og KS eKomp sammen med EPJ-leverandører og utvalgte kommuner innfører kjernejournal til sykehjem, ØHD og hjemmebaserte tjenester gjennom prosjektet *Kjernejournal til sykehjem og hjemmebaserte tjenester*. Prosjektet har som mål å innføre kjernejournal i minst 50 kommuner. Pr november 2020 har TietoEvry 16 kommuner i drift, Visma har fire kommuner i drift og DIPS Front har en kommune i utprøving. Alle de tre journalleverandørene som benyttes på sykehjem/institusjonstjenester og hjemmebaserte tjenester i kommunene er nå godkjent hos Norsk Helsenett for integrasjon med kjernejournal. Innen 1. mars 2021 skal direktoratet i samarbeid med prosjektet, KS og leverandørene utarbeide en anbefaling om videre innføring etter 2021, og hvordan det skal koordineres. Disse planene skal også omhandle innføring av kjernejournal i skolehelsetjeneste og helsestasjon.

Kritisk informasjon integrert i journalløsning (API) prøves ut av Helse Vest og endelig resultat vil foreligge ultimo 2021. Videre fremdrift vil besluttes basert på funnene fra denne utprøvingen.

Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar (NILAR) er i fasen nasjonal tilrettelegging, ved å være en del av foreslåtte steg 1 i utviklingsretning av helhetlig samhandling. Tjenesten er planlagt tilgjengelig i kjernejournal fra slutten av 2023.

Utprøvingen av innsyn i journal omfatter utvalgte helseforetak, tjenesteområder og kommuner, og avsluttes i februar 2021. Etter en evaluering forventes en plan for videre nasjonal innføring, som vil inkludere journaldokumenter fra alle helseregionene. Alle helsetjenesteområder i kommuner som har tilgang på kjernejournal skal kunne ta i bruk innsyn i journal etter dette, men det er foreløpig ikke avgjort hvilke tilganger ulike typer helsepersonell skal ha, og hvilke krav moderniserte tillitstjenester skal dekke (se kapittel 9.1 i dette dokumentet og kapittel 2.3 i underlag for veikart (2)). Det foreligger foreløpig ingen konkrete planer for å vise journaldokumenter produsert av avtalespesialister eller helsetjenesteområder i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

5. E-resept

Alle som bruker legemidler har behov for å ta de riktige legemidlene i riktig dose og til rett tid, og unngå feil bruk. Kartlegging gjort av pasientsikkerhetsprogrammet (7) viser at ca. 12 % av pasientskader skyldes feil bruk av legemidler. Årsaken er ofte at pasienten har fått helsehjelp fra ulike aktører i helsetjenesten, og at det har oppstått uklarhet om hvilke legemidler pasienten skal ta. Denne utfordringen kan håndteres lettere med bedre løsninger på legemiddelområdet.

5.1 Innhold og nytte

E-resept består av *e-resepter*, *multidose* og *pasientens legemiddelliste*.

E-resepter (elektronisk forskrivning)

E-resepter eller elektronisk forskrivning sørger for at leger og andre behandlere med rekvireringsrett kan skrive og sende resepter elektronisk. Da kan innbygger gå i et hvilket som helst apotek for å få legemidlene som trengs, uten å måtte ha med seg papirsept. Elektronisk forskrivning har stor verdi i seg selv (8), ved å kunne unngå misforståelser mellom behandler og apotek om hvilket legemiddel som er forskrevet, og ved å bidra til at behandler unngår å forskrive legemidler pasienten er allergisk mot og unngår kombinasjoner av legemidler som kan gi pasientskade (legemiddelinteraksjoner). Opplysninger om gyldige elektroniske resepter og om apotekets utlevering av legemidler gir i tillegg verdifull informasjon om hvilke legemidler innbyggeren faktisk tar.

E-Multidose (multidose i e-resept)

En **multidose** er en merket, forseglet pose som inneholder legemidlene som skal tas samtidig på et bestemt tidspunkt. Posene pakkes maskinelt på apotek, vanligvis for 14 dager av gangen (3). De kan brukes som de er eller legges i elektroniske dosetter, som da vil kunne minne pasienten på å ta legemidlene på rett tidspunkt. Multidose har nytte hos innbyggere som trenger bistand til å ta legemidler. Selv om multidose kan forenkle bruken av legemidler, må det til enhver tid finnes en oppdatert og komplett liste over faste legemidler, og posene må byttes ut fortløpende ved eventuelle endringer.

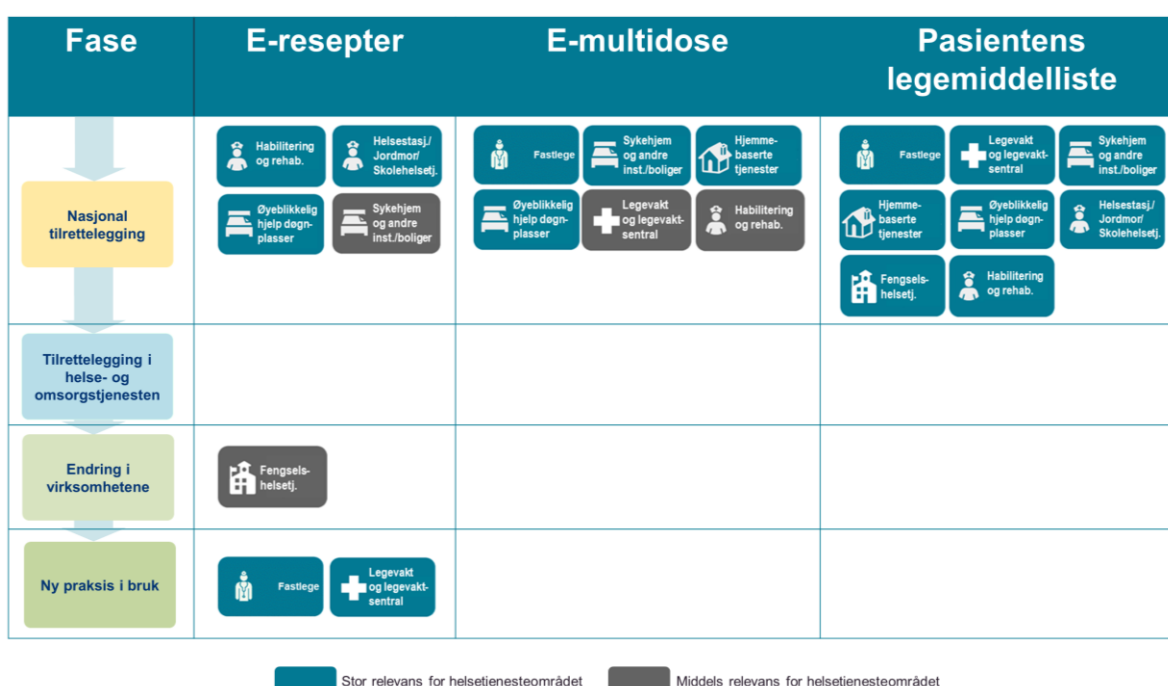
E-multidose er elektronisk støtte til å sørge for samhandling mellom fastlege som ordinerer legemidlene, apotek som produserer multidoser, hjemmetjenesten som hjelper innbygger med å ta legemidler, og innbygger selv. Det er utviklet egne meldingstyper som håndterer denne samhandlingen. Journalløsninger som tilbyr e-multidose må også tilby mulighet til å vedlikeholde en oversikt over faste legemidler for disse innbyggerne. Denne oversikten sendes til apoteket sammen med reseptene, og er da tilgjengelig for annet helsepersonell i kjernejournal. Innføring av e-multidose krever i praksis SFM (se kapittel 5.2).

E-multidose forenkler oppfølging av legemiddelbehandlingen vesentlig hos pasienter som bruker multidose, og gir bedre oversikt til både helsepersonell som forskriver og helsepersonell som bistår pasienten med å ta legemidlene. Dette forventes å ha noe ulik relevans for helsetjenesteområdene. Eksempelvis vil relevansen være større hos en fastlege enn hos en institusjonslege på et sykehjem med langtidsplasser som ikke benytter multidose i legemiddelhåndteringen (se Vedlegg 2, kapittel 13.3.2).

Pasientens legemiddelliste (PLL)

Pasientens legemiddelliste (PLL) er en oppdatert liste over legemidler innbyggeren skal bruke regelmessig, dvs. fast og ved behov. Dette er et konsept som ligner på oversikten over legemidler beskrevet for e-multidose, men oversikten vedlikeholdes da for *alle* innbyggere som bruker legemidler. PLL krever god IKT-støtte, et felles sted å lagre lista, og at alle som forordner legemidler for innbygger sørger for å holde lista oppdatert og komplett.

Verdien er at alle som yter helsetjenester vil kunne se hva slags legemidler pasienten faktisk skal ta, og risikoen for feil i legemiddelbehandlingen reduseres. PLL gir mer presis og komplett informasjon enn lista over gyldige resepter. I tillegg kan helsepersonell spare tid de ellers måtte ha brukt på å kontrollere at riktige legemidler er registrert for pasienten (se Vedlegg 2, kapittel 13.3.3). Hjemmesykepleiere og annet helsepersonell som bistår pasienten med å ta legemidler vil således ha stor verdi av å ha PLL integrert i journalløsningen eller se PLL i kjernejournal (se (8) og kapittel 4.1).



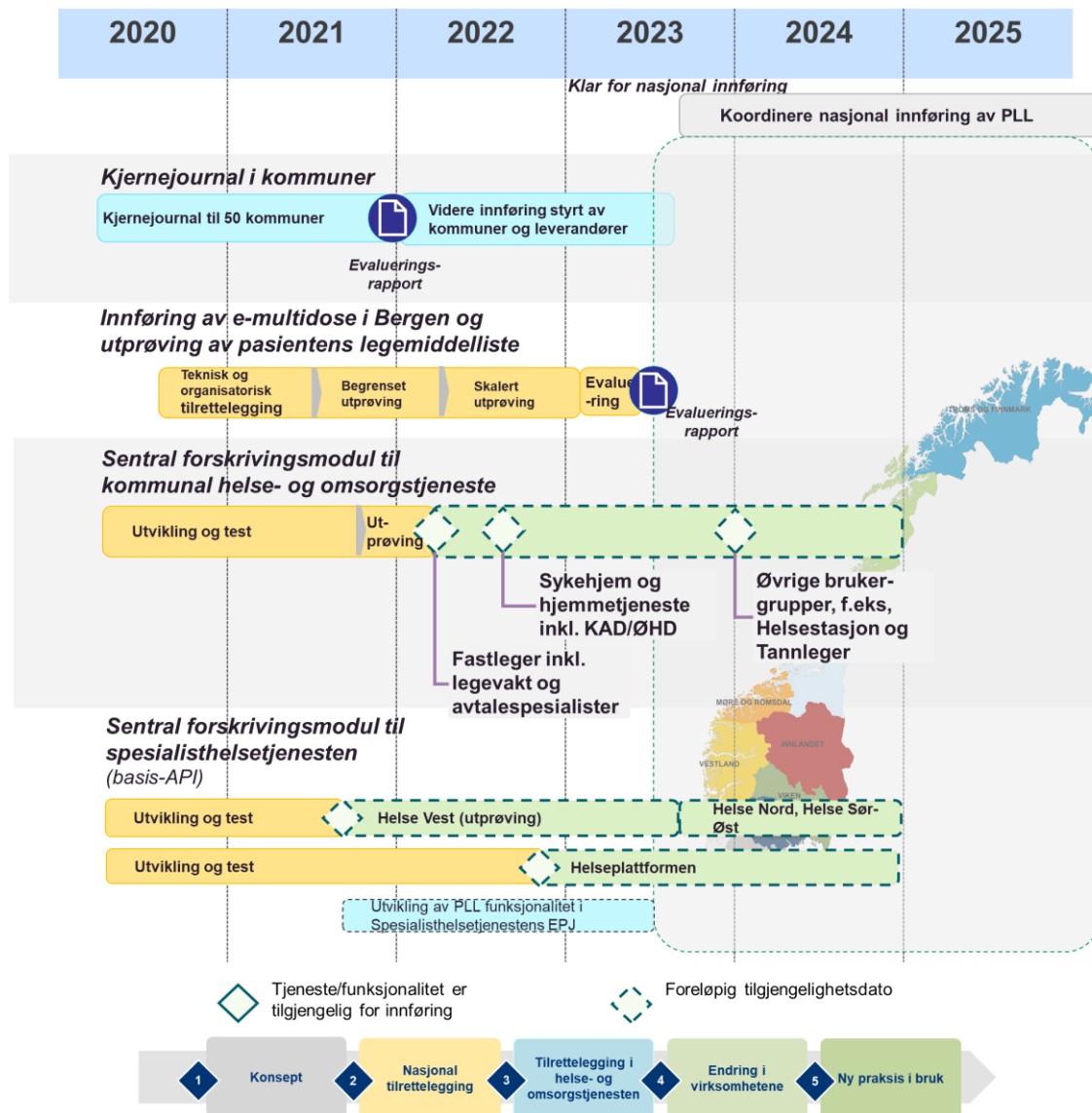
Figur 7 Oversikt over hvilken fase ulike tjenester innen e-resept er i, og hvilke relevans de har for ulike helsetjenesteområder. (Tjenester som er i konseptfase eller tidligere, eller har begrenset eller liten relevans for et helsetjenesteområde er utelatt fra figuren.)

5.2 Status og plan for ulike helsetjenesteområder

I dag er elektronisk forskrivning i bruk i store deler av helse- og omsorgstjenesten, og i alle kommuner har fastleger og legevakt allerede tatt i bruk e-resept. Det gjenstår å innføre elektronisk forskrivning for leger ved sykehjem, ØHD og andre institusjoner, og for jordmødre og helsesykepleiere på helsestasjon og i skolehelsetjeneste.

Noen journalløsninger har utviklet funksjonalitet for e-resept selv, mens andre har integrert *forskrivningsmodulen* (FM). Dette er en komponent utviklet av Direktoratet for e-helse som dekker legemiddelfeltet, men som er i ferd med å bli erstattet av *sentral forskrivningsmodul* (SFM). SFM utvikles med oppdatert teknologi, og støtter e-resepter, e-multidose og pasientens legemiddelliste. Alle leverandører av journalløsninger i kommunal helse- og omsorgstjeneste har gitt uttrykk for at de ønsker å integrere SFM. Det anbefales derfor at

kommunene venter med videre utbredelse på legemiddelområdet til SFM er klar for integrasjon. Planen for utvikling og tilpasning av SFM til ulike helsetjenesteområder er vist i Figur 8.



Figur 8. Foreløpig plan for utvikling og innføring av SFM med pasientens legemiddelliste

Pasientens legemiddelliste med e-multidose er under utprøving i Bergen, med en planlagt evaluering i 2023. Denne utprøvingen benytter eksisterende teknologi, dvs. FM. SFM er under utvikling og er planlagt integrert i journalløsningene og klar til innføring for fastleger, avtalespesialister, fengselshelsetjeneste, legevakt og ØHD som bruker fastlegesystemer i begynnelsen av 2022. For sykehjem og ØHD som bruker journalløsninger for pleie og omsorg er SFM planlagt integrert og klar for innføring fra midten av 2022. Hjemmebaserte tjenester vil da få tilgang til pasientens legemiddelliste og støtte for e-multidose integrert i journalløsningen eller via kjernejournal. For helsestasjon, jordmortjeneste og skolehelsetjeneste samt tannlegetjenesten er SFM planlagt integrert og klar for innføring fra slutten av 2023.

Det er en fordel å ta i bruk PLL samtidig med kommunene man har interkommunale samarbeid med, og samtidig med helseforetaket kommunen vanligvis henviser pasienter til.

Det anbefales videre at e-multidose tas i bruk før eller samtidig med PLL, for å unngå sammenblanding av legemiddellister på papir og i elektronisk form, og økt risiko for feil.

6. Digital hjemmeoppfølging og bruk av velferdsteknologi

6.1 Innhold og nytte

Digital hjemmeoppfølging er nye tjenester under utvikling hvor deler av helse- og omsorgstjenesten kan flyttes hjem til innbygger ved hjelp av teknologi. Begrepet tolkes ulikt, men vil som regel inkludere oppfølging basert på egenmåling og egenrapportering, nettbasert behandling, hjemmesykehus, medisinsk avstandsoppfølging, videokonsultasjon og bruk av visse typer velferdsteknologi, som for eksempel digitalt tilsyn og medisindispensere. Det er vesentlig at oppfølgingen ikke begrenses til der pasienten bor, men at digital hjemmeoppfølging også skal kunne benyttes andre steder, for eksempel på jobb, skole, institusjon, på reise og hos ulike helseaktører. Pasienten kan i prinsippet være hvor som helst fysisk, men likevel kunne nå et avstandsbasert helsetilbud når det er forsvarlig.

Leveransene i digital hjemmeoppfølging er:

Anbefaling og veiledere, som omfatter personvern og informasjonssikkerhet, tjenesteinnovasjon/ tjenestemodeller, videokonsultasjon, bruk av privat utstyr/helseapper, gevinstrealisering og innspill til anskaffelser.

Spesifikasjoner, som er i konseptfasen og omfatter grensesnitt for samhandling med blant annet bruk av FHIR profiler, andre tekniske krav og sikkerhetskrav, samt kommersielle krav for bruk av helhetlig samhandling.

Samhandlingskomponenter, som omfatter ulike komponenter i fase nasjonal tilrettelegging. Dette er komponentene Velferdsteknologisk knutepunkt, grunnmurskomponenter, digitale behandlingsplaner og videobro for å sammenkoble ulike videoløsninger. Det gjenstår også å utvikle tilpasninger i Helsenorge og kjernejournal.

6.2 Velferdsteknologisk knutepunkt

Nasjonalt velferdsteknologiprogram er et samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet som skal bidra til at flere kommuner tar i bruk velferdsteknologi. Velferdsteknologiske løsninger kan bidra til økt trygghet og bedre tjenester for brukere og pårørende. I følge Nasjonal velferdsteknologiprogram (27) er 340 kommuner med i prosjekter som skal ta i bruk velferdsteknologiske løsninger, og erfaringene viser at velferdsteknologi kan gi mer effektiv bruk av ressurser. For å gjøre det lettere å integrere informasjonen som oppstår ved bruk av velferdsteknologi er det utviklet en integrasjonsløsning kalt Velferdsteknologisk knutepunkt.

Digital hjemmeoppfølging benytter velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) til å integrere informasjon fra ulike kilder. Nasjonalt velferdsteknologiprogram har hatt VKP-tjenesten i prøvedrift siden mai 2018, og det er pr. dags dato 8 kommuner som er påkoblet og 3 nye kommuner er i prosess for å koble seg på. 29 kommuner har meldt sin interesse for å koble seg på. Alle de kommunale EPJ-leverandørene (Tieto Gerica, Visma Profil og Dips Front CosDoc) er tilkoblet, og Helseplattformen er i prosess med tilkobling. De ulike trygghets-teknologiske løsningene omfatter medisindispensere, digitalt tilsyn og responsløsninger. I

Oslo Kommune er det blant annet 800 medisindispensere tilkoblet VKP, og disse genererer over 50.000 meldinger pr måned alene.

6.3 Foreløpig evaluering av digital hjemmeoppfølging

Direktoratet for e-helse har i en rapport fra oktober 2020 beskrevet hvordan man kan tilrettelegge for utbredelse av digital hjemmeoppfølging ved hjelp av digital informasjonsdeling (9). Konklusjonene og anbefalingene i denne rapporten er:

1. Digital hjemmeoppfølging må passe inn i en helhetlig samhandlingsløsning
2. Digital hjemmeoppfølging er umodent og det er derfor for tidlig å anbefale et helhetlig konsept
3. Spesifikasjon og realisering bør skje trinnvis gjennom tett samarbeid med helse- og omsorgstjenesten og deres leverandører
4. Arbeidet i prosjektene skal produsere input til helhetlig samhandlingsløsning, og vil fortløpende benytte felles krav, retningslinjer og samhandlingskomponenter.

6.4 Videre plan for digital hjemmeoppfølging

Digital hjemmeoppfølging er som nevnt dels i konseptfase, og dels i fase nasjonal tilrettelegging. Anbefalt plan er å øke fremdriften ved å fokusere mer på standardiseringsarbeidet, og gradvis utvikle og prøve ut ny funksjonalitet sammen med helse- og omsorgstjenesten og leverandørmarkedet. Utviklingen og standardiseringsarbeidet skal ta utgangspunkt i konkrete behov i pasientarbeidet, og erfaringene anvendes i utforming av de nasjonale e-helseløsningene og felleskomponentene. Etablerte funksjoner i velferdsteknologisk knutepunkt bør gjenbrukes og eventuelt utvides, og nye samhandlingskomponenter bør tas i bruk der dette er hensiktsmessig, for eksempel gjennom program helhetlig samhandling (se kapittel 9.2). Dette medfører en satsning og videreutvikling av dagens utgave av velferdsteknologisk knutepunkt.

Velferdsteknologisk knutepunkt fikk nylig midler gjennom *medfinansieringsordninga* til å utvikle en felleskomponent som sørger for automatisk data- og informasjonsflyt mellom velferdsteknologiske løsninger (VFT) og kommunale fagsystem (EPJ). Videre arbeid er under planlegging.

7. Felles grunnmur

Formålet med Felles grunnmur for digitale tjenester er å legge til rette for enkel og sikker samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå. Behov som er sammenfallende for flere IT-løsninger i helse- og omsorgstjenesten skal dekkes med felles løsninger i grunnmur (10). Dette vil bidra til raskere, sikrere og mer kostnadseffektiv digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Innholdet i felles grunnmur er generisk av natur, og er delt inn områdene vist i Figur 9.



Figur 9 Oversikt over områder i felles grunnmur

Felles språk (Kodeverk og terminologi)

Med *Felles språk* menes å bruke kodeverk og terminologier til å gjøre betydningen av strukturerte felter og verdilister lik i alle IT-løsninger innen helse. Verdien av en slik tilrettelegging er for eksempel at innbyggere kan få mulighet til å få presentert helseopplysninger med ord de forstår, at helsepersonell får bedre arbeidsstøtte i sine journalløsninger og ved samhandling med andre aktører, og at beslutningstakere og forskere får tilgang til gode statistikker. Program for kodeverk og terminologi (PKT) er rettet mot kobling (mapping), oversettelse og tilpasning av internasjonale kodeverk og terminologier. I tillegg arbeider programmet med å gi bedre elektronisk støtte for oppslag i kodeverk og terminologier, samt å gjøre dem teknisk lettere tilgjengelig for anvendelse i IT-løsninger.

Felles tillitsøkende tjenester (Felleskomponenter)

Felles tillitsøkende tjenester er et samlebegrep for HelseID og Nasjonal personvern-komponent.

HelseID

HelseID er en felles påloggingsløsning for helse- og omsorgssektoren som tilbys av NHN. Den legger til rette for at helsepersonell kan få engangspålogging med én elektronisk ID (e-ID) i hele helsetjenesten, og for at sektoren lettere skal kunne dele data og dokumenter. Selve den elektroniske ID-en kan tilbys av ulike private eller offentlige identitetstilbydere som BankID, Buypass eller Commfides. HelseID tilbyr pålogging med disse identitetstilbyderne som en tjeneste, og er tilrettelagt for bruk i nasjonale e-helseløsninger og kliniske fagsystemer. Disse løsningene overlater da pålogging til HelseID.

HelseID tilbyr også en felles infrastruktur for å sikre tjenester. I praksis har da HelseID en oversikt over hvilke klienter og brukere som får lov til å bruke hvilke tjenester i de nasjonale e-helseløsningene. Når en journalløsning på et legekantor skal integreres med nasjonal kjernejournal, brukes HelseID for å utstede en sikkerhetsbillett alle kan stole på. Gjennom 2020 ble det utviklet en selvbetjeningsløsning for HelseID for å effektivisere innrulling av nye virksomheter som skal benytte samhandlingsløsningene. Dette er nødvendig for å unngå manuelle rutiner og eventuelle forsinkelser ved innføring av for eksempel kjernejournal i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Selvbetjeningsløsningen er etablert, men er stadig under utvikling. I tillegg er det planlagt funksjonalitet for å utstede og vedlikeholde sertifikater for virksomheter, håndtere kontrakter og databehandleravtaler, og forvalte virksomhetsinformasjon.

Nasjonal personvernkomponent

I henhold til lovgivningen kan en pasient motsette seg deling av sine helseopplysninger ved å be om at deler av eller hele journalen sperres for enkeltpersonell, for en gruppe av helsepersonell eller for hele virksomheter. Innbyggere har gjennom Helsenorge mulighet til å administrere enkelte av sine personverninnstillinger, i en egen komponent. Den nasjonale personvernkomponenten skal sørge for at innbyggere kan sperre enkelte helsepersonell eller personell ved hele virksomheter fra å se innhold i kjernejournal. Dette er en del av modernisering av tillits- og grunndatatjenester i steg 1 i program for helhetlig samhandling (5). På sikt er det ønskelig å utvide denne komponenten til også å gjelde andre nasjonale e-helseløsninger, og til å kunne sperre for utvalg av informasjonselementer.

Felles grunndata

Felles grunndata inneholder administrative data som primært gjøres tilgjengelig for maskinelle oppslag fra ulike IT-løsninger. Det finnes en rekke registre innenfor områdene person, personell og virksomhet.

På området *person* finnes personregisteret (PREG) hos Norsk Helsenett, som er helse- og omsorgssektorens kopi av Folkeregisteret. Den nye *Persontjenesten* skal erstatte dagens personregister, som inaktiveres i januar 2022. Denne vil gi helsetjenesten raskere tilgang til oppdaterte personopplysninger, men overgangen krever håndtering av teknisk risiko og må forberedes av hver kommune (11).

På området *virksomhet* finnes registre som dekker behov innen adressering ved elektronisk meldingsformidling (Adresseregisteret AR), spesialisthelsetjenestens statistikk og rapportering (Register for enheter i spesialisthelsetjenesten RESH) og fritt behandlingsvalg (Helsetjenestekatalogen HKT). I tillegg brukes et uttrekk av bedrifts- og foretaksregisteret i SSB til å understøtte de andre registrene. Dette dekker vesentlige behov, men er ikke tilstrekkelig til å dekke alle, for eksempel innen tilgangsstyring.

På området *personell* finnes registre som gir oversikt over alle landets fastleger og deres pasientlister (Fastlegeregisteret FLR), helsepersonell med autorisasjon eller lisens (Helsepersonellregisteret HPR) og ansatte leger og legestillinger i kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. Dette dekker heller ikke hele behovet for grunndata, for eksempel å gi oversikt over hvor helsepersonell utenom leger er ansatt.

Felles tillitsmodell

Ifølge rapporten *Anbefaling av tillitsmodell for data- og dokumentdeling* (12) er dagens tilgangsstyring i de ulike virksomhetene ikke innrettet til å møte sikkerhetsutfordringene som nye samhandlingsformer medfører. Det er behov for å etablere overordnede prinsipper og krav som skal gjelde for tilgangsstyring, slik at ikke sikkerhet blir et hinder for utbredelse og bruk av dem. Disse prinsippene og kravene kalles *felles tillitsmodell*, og for å støtte dem er det nødvendig å utvikle nye, felles tillitstjenester.

Modernisering av grunndata- og tillitstjenester

Prosjekt *Modernisering og videreutvikling av grunndata- og tillitstjenester* er en del av helhetlig samhandling steg 1 (se kapittel 9.2). Det har som mål å tilby grunndata og tillitstjenester som gjør det lettere for aktørene i helsetjenesten å møte kravene i felles tillitsmodell. Dette betyr som nevnt under HelseID at det skal bli lettere å legge til nye virksomheter som brukere av nasjonale e-helseløsninger, og lettere å styre og kontrollere helsepersonellens tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter.

Dette forutsetter at grunnodatjenesten for virksomheter utvides til å inkludere alle virksomheter i helse- og omsorgstjeneste, ved å utvide og modernisere eksisterende virksomhetsregistre (AR, RESH, HTK, Bedriftsregisteret). Her er det avgjørende at aktører fra hele helse- og omsorgstjenesten deltar i å utforme løsningen. Innholdet må inkludere geografiske lokasjoner og behandlingssteder, og kunne dekke ulike virksomhetsstrukturer gitt fra ulike formål og kilder, inkludert alle nødvendige virksomhetsdata fra kommunal og fylkeskommunal sektor. Det moderniserte virksomhetsregisteret må ha en struktur som både understøtter felles tillitsmodell, og skal kunne brukes i forvaltning av identiteter og rettigheter i felles kommunal journalløsning og andre journalløsninger. I tillegg må det bygges opp felles rutiner for å sikre at innholdet kompletteres, og oppdateres fortløpende ved organisatoriske endringer.

Som nevnt under felles grunndata må det etableres en grunnodatjeneste som gjør det mulig å vedlikeholde en oversikt over personell og deres rolle i helsetjenesten. Dette innebærer at dagens registre (FLR, HPR og LSR) må legges på modernisert grunndatapattform og tilpasses forvaltning av identiteter for både autorisert helsepersonell og annet personell som har tjenstlig behov for tilgang til helseopplysninger.

Moderniserte grunnodatjenester planlegges å bli tilgjengelig for tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten for virksomheter fra 2023 og for personell fra 2025.

Elektronisk meldingsutveksling (Felles infrastruktur)

Området elektronisk meldingsutveksling omfatter meldinger som sendes over meldingsplattformen ved bruk av standardiserte elektroniske meldinger. Dette er den dominerende formen for samhandling i helse- og omsorgstjenesten i dag. Innen utløpet av 2021 er det planlagt å innføre nye standarder for henvisning til spesialisthelsetjeneste og helsefaglig dialog, og siste versjon av obligatoriske elektroniske meldinger (epikrise, pleie- og omsorgsmeldinger, rekvisisjon og svar) skal tas i bruk. Se for øvrig kapittel 3.5 i underlag for veikart (2).

Infrastruktur for data- og dokumentdeling (Felles infrastruktur)

Deling av person- og helseopplysninger har mange ulike bruksområder i helse- og omsorgstjenesten. Data- og dokumentdeling er samhandlingsformer som forventes å få økt utbredelse og volum innenfor planperioden til dagens e-helsestrategi. Eksempler er bruk av grunndata, innbyggers og helsepersonells innsyn i journaldokumenter fra helseforetak (se kapittel 4.1), deling av innbyggers egne data og bruk av tredjeparts applikasjoner og velferdsteknologi (se kapittel 6).

For å understøtte dette har Norsk helsenett (NHN) etablert et nasjonalt koblingspunkt for dokumentdeling, i første omgang med helsenorge.no og kjernejournal som dokumentkonsumenter. Utover enkelte lokale initiativ foreligger det foreløpig ingen konkrete planer for å innføre infrastruktur for datadeling for virksomhetene.

8. Innføring, forutsetninger og ressursbehov

Innføring av nasjonale e-helseløsninger er krevende, i likhet med innføring av andre IT-løsninger, og innebærer endringer av komplekse arbeidsprosesser. I tillegg har de nasjonale e-helseløsningene forutsetninger som må håndteres i planleggingen. Vi beskriver kort de viktigste her.

Autentisering

Nasjonale e-helseløsninger krever e-ID-autentisering på nivå høyt. For kjernejournal og e-resept er HelseID nødvendig som autorisasjonskilde for å sikre innlogging og tilgangsstyring i tråd med den anbefalte tillitsmodellen i sektor (12). Rapporten *e-ID til ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste* (13) er utarbeidet av Norsk Helsenett, Direktoratet for e-helse, KS og HOD. Den gir anbefalinger om bruk av e-ID i kommunen, spesielt med hensyn til bruk av BankID, Buypass eller Commfides.

Norsk Helsenett SF er nasjonal tjenesteleverandør på e-helseområdet og skal legge til rette for sikker og effektiv elektronisk samhandling. NHN har ansvar for å utvikle, forvalte og drifte nasjonale e-helseløsninger og infrastruktur. De har også ansvar for forvaltning av elektronisk meldingsutveksling og bidrar til koordinert innføring i sektoren.

(kilde: oppdragsbrev til Norsk Helsenett SF for 2020)

Lokale endringer i kommunens infrastruktur og andre tekniske tilpasninger

Før en nasjonal e-helseløsning kan tas i bruk for et helsetjenesteområde må leverandøren av journalløsningen (EPJ) gjøre utvikling og tilpasninger, og sørge for at den er gjennomgått godkjenningprosessen til NHN. Deretter må kommunen oppgradere sin(e) lokale journalløsning(er), etablere det i driftsmiljø og sende registrerings skjema til NHN, før de kan gjennomføre test og sette hele løsningen i produksjon. I tillegg kan det avhengig av virksomhetens oppsett være behov for andre endringer i lokal infrastruktur, for eksempel oppgradering av nettverk, tilpasning i brannmur eller lignende.

Etablering av lokalt innføringsprosjekt

Kommunen bør etablere et lokalt innføringsprosjekt med en leder som håndterer både organisatoriske og tekniske endringer. Innføringsprosjektet skal forberede, gjennomføre og følge opp innføringen, samt tilrettelegge for å realisere eventuelle gevinster. Opplæring og endringer i arbeidsprosesser er en del av det lokale innføringsprosjektet.

Opplæring og endringer i arbeidsprosesser

Enhver e-helseløsning krever endringer i arbeidsprosesser hos brukerne for å kunne gi gevinster. Som en del av det lokale innføringsprosjektet må kommunen kartlegge eksisterende arbeidsprosesser, planlegge opplæring og etablering av de nye prosessene. Disse arbeidsprosessene må vurderes av virksomhetene og det må sørges for at det gis tilstrekkelig opplæring og støtte til å få endret måten de ansatte arbeider på. Hver ansatt må føle seg trygg med det nye verktøyet, og gamle rutiner må erstattes med nye.

Fylkesvis og nasjonal koordinering

I mange tilfeller er det etablert nasjonale innføringsprosjekter, som for eksempel *Kjernejournal til sykehjem og hjemmetjeneste*-prosjektet og *DigiHelse*. I disse tilfellene vil man kunne få støtte av for eksempel NHN, KS e-Komp eller Direktoratet for e-helse med innføringen. Koordinert innføring vil kunne bidra til at kapasiteten ved NHN og ved

journalleverandørene utnyttes optimalt. Uavhengig av dette er det en fordel å være tidlig i dialog med KS eller NHN, innhente erfaringer fra andre kommuner og koordinere planleggingen med samarbeidskommuner. I mange fylker er det etablert regionale digitaliseringsnettverk mellom kommuner, for eksempel digiVestland eller digiRogaland, og i øvrige fylker er det tatt initiativ til å etablere det. Et hovedformål er å samarbeide strategisk og bidra inn i det nasjonale utviklingsarbeidet, bl.a. gjennom samstyringsmodellen som KS har etablert sammen med medlemmene for digitaliseringsarbeid i kommunesektoren. Et annet hovedformål er samarbeid og erfaringsoverføring kommunene imellom om innføring av nasjonale løsninger. De regionale nettverkene koordineres med arbeidet i de regionale ressursene til KS e-komp og velferdsteknologinettverk, for å understøtte innføring av nasjonale ehelse-løsninger på best mulig vis.

Ressursbehov og utdypende informasjon om innføring

Det er gjort ulike estimater for ressursbehov ved innføring av de ulike løsningene. En av de vesentlige kostnadene er innføring av e-ID, som er beskrevet i siste lenke i Tabell 1. Utover dette er det fra innføringsprosjektene side estimert tid til prosjektledelse og opplæring av helsepersonell, tekniske tilpasninger hos kommunen samt test og oppgradering av fagsystemene. Lenkene gir mer utdypende informasjon om de nasjonale e-helseløsningene, om hva som kreves av kommunen for innføring og om omfanget av endringsprosessene og opplæringsbehovet.

Tabell 1 Kilder til informasjon om ressursbehov og forutsetninger ved innføring

Kjernejournal	https://www.nhn.no/media/3063/informasjon-til-kommuner-innfoering-kjernejournal-juni-2020.pdf https://www.nhn.no/kjernejournal/veiviser-og-demoversjon/
E-resept	https://www.nhn.no/e-resept/opplaering-i-e-resept/
Helsenorge	https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/meldinger-og-kalender-pa-helsenorge.no-digihelse/hvordan-komme-i-gang/ https://www.nhn.no/helsenorgeno/hva-er-helsenorge/
HelseID	https://www.nhn.no/helseid/

Andre hensyn

Kommunene jobber med digitalisering både i helsesektoren og andre sektorer, og Akson og program helhetlig samhandling vil derfor ha avhengigheter til kommunenes øvrige digitaliseringsinitiativ. Tett samarbeid og jevnlig avklaringer mellom kommunene og KS vil være nødvendig for å oppnå gode prosesser og god fremdrift i digitalisering av kommunal helse- og omsorgstjeneste.

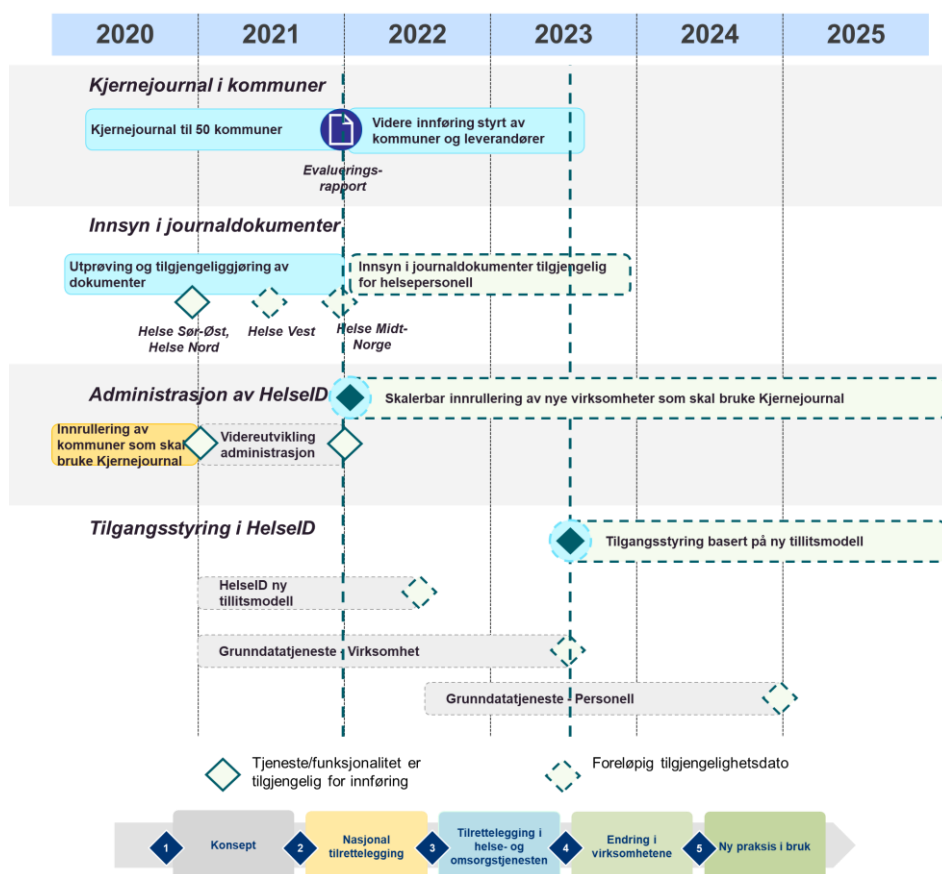
9. Avhengigheter mellom nasjonale e-helseløsninger, pågående tiltak og Akson

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

Det største tiltaket i helhetlig samhandling steg 1 er modernisering av tillitstjenester og grunndata (se kapittel 7). Dette tiltaket er en forutsetning for flere av de prioriterte tiltakene i veikartet for de nasjonale e-helseløsningene.

Innføring av kjernejournal til alle kommunene er avhengig av at HelseID tilbyr en selvbetjeningsløsning for å registrere virksomheter, slik at nye kommuner kan legges til fortløpende. Denne løsningen har grunnleggende funksjoner på plass, men har behov for videreutvikling.

Innføringen av dokument- og datadeling mellom virksomheter som yter helse- og omsorgshjelp forutsetter at identitets- og tilgangsstyringen moderniseres, basert på krav til personvern og informasjonssikkerhet. For å sikre identitets- og tilgangsstyringen, må den baseres på dekkende kilder om personell og virksomhet. Dette medfører at grunndata må videreutvikles og moderniseres (se kapittel 7).

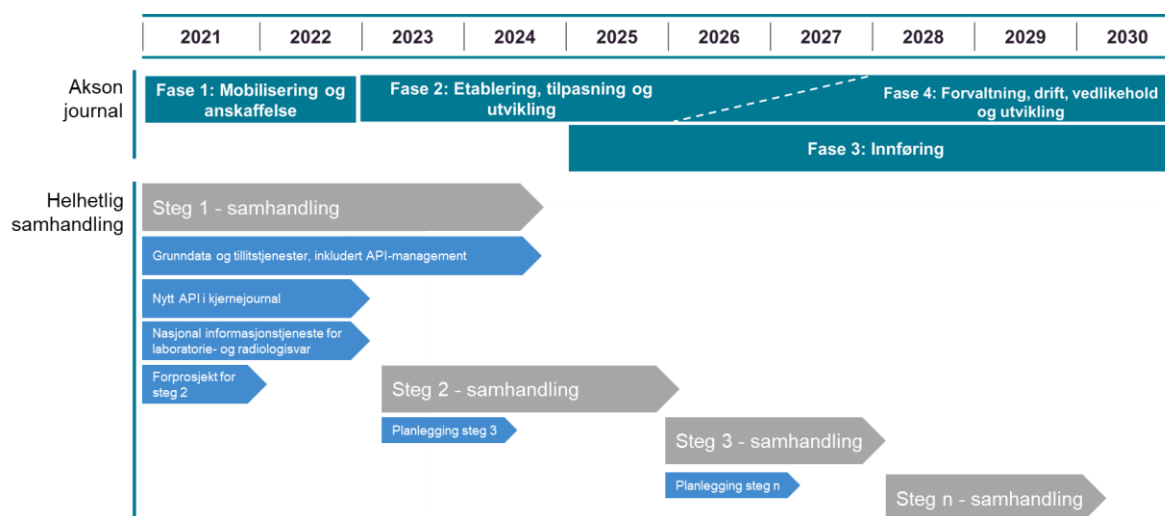


Figur 10 Avhengigheter mellom HelseID, modernisert tillitsmodell og kjernejournal

Foreløpige planer viser at tilgangsstyring basert på en ny tillitsmodell vil være tilgjengelig medio 2023.

9.2 Forholdet mellom nasjonale e-helseløsninger, Akson felles kommunal journal og Program helhetlig samhandling

Stortingsmelding Nr. 9 (2012-2013) om Én innbygger – én journal (14) beskrev helsepersonells behov for enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger i helse- og omsorgstjenesten. 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 utenom Midt-Norge, og samhandlingen med øvrig helsetjeneste.



Figur 11 Overordnet gjennomføring av Akson journal og program for helhetlig samhandling. Tidshorizonten og lengden på fasene og stegene er tentative.

Det er anbefalt at konseptet realiseres gjennom to programmer:

1. Akson journal
2. Program for helhetlig samhandling

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

Akson journal

Akson journal innebærer en felles kommunal løsning som støtter hovedmålene i *En innbygger, en journal*:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang på pasientinformasjon
- Innbyggere skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking styring og forskning

Dette betyr at helsepersonell i en kommune (inkludert fastleger, fysioterapeuter og tannleger) skal kunne dele dokumenter og andre helseopplysninger om pasienter og brukere som mottar helse- og omsorgstjenester innen kommunen og kommuner imellom. Det er tenkt at helsepersonell i ulike helsetjenesteområder vil benytte en felles kommunal journalløsning

med ulike brukerflater tilpasset deres behov. Journalløsningen vil forholde seg til nasjonale e-helseløsninger for å sikre samhandling med andre aktører i helse- og omsorgstjenesten.

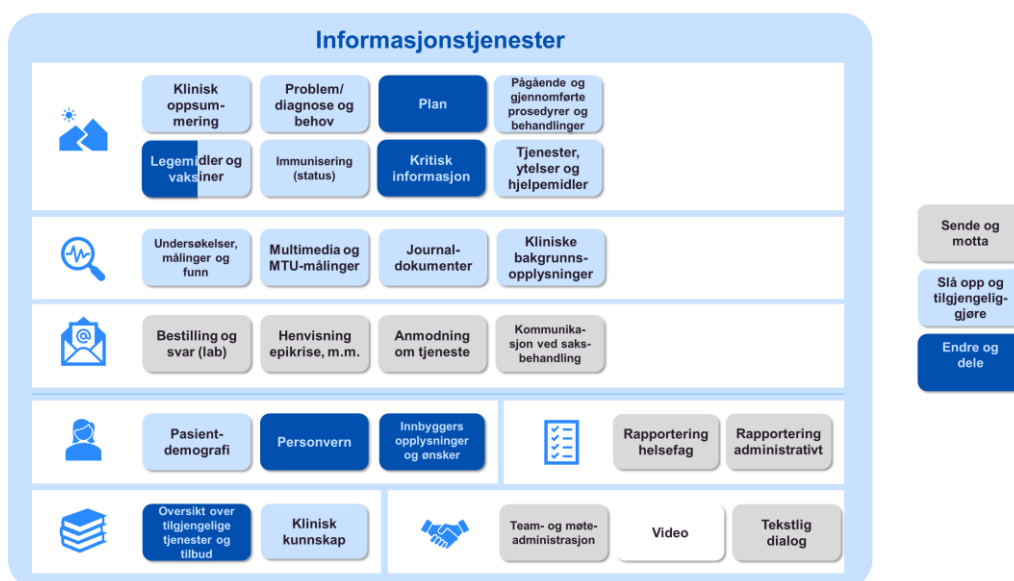
For å anskaffe, etablere, drifte, forvalte og videreutvikle journalløsningen er det anbefalt å opprette en egen virksomhet kalt Akson journal AS. Selskapet skal i hovedsak eies av kommunene. Arbeidet med å fremskaffe et beslutningsgrunnlag for kommunene slik at de kan vurdere om de ønsker å etablere dette selskapet er nå i gang, med et felles prosjekt med deltakere fra staten, KS og kommunene (15).

Parallelt med arbeidet med Akson journal er det viktig at kommunene klarer å etablere god samhandling gjennom eksisterende løsninger og tilrettelegge for gradvis omstilling av arbeidsprosessene sine, slik at innbyggerne og helsepersonell i økende grad opplever sammenhengende helsetjenester på tvers av virksomheter. Her vil kjernejournal, e-resept og Helsenorge være avgjørende for samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten, sammen med elektroniske meldinger.

Gjennom kjernejournal vil helsepersonell få tilgang til et begrenset omfang av helseopplysninger sammenlignet med det som er tenkt gjennom Akson journal. I kjernejournal vil for eksempel ikke utvalgte journaldokumenter og oppsummeringer fra fastleger være tilgjengelig for helsepersonell på legevakt, hjemmebaserte tjenester eller sykehjem. Når kommunene tar i bruk Akson journal kan de i tillegg få funksjonalitet for avansert legemiddelhåndtering, for eksempel å administrere en legemiddelplan og tradisjonell kurvefunksjonalitet. Informasjonen som ligger i kjernejournal vil likevel ha nytte, og kan gi læring i omstillingsperioden. Kommuner som tar i bruk Akson journal vil etter planen kunne få sammenstilt opplysningene i kjernejournal med øvrige opplysninger i 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.

Program for helhetlig samhandling

I tillegg til Akson journal er det anbefalt å opprette et program for helhetlig samhandling. Målbildet for helhetlig samhandling (5) (16) er vist i Figur 12, og innebærer at nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter skal utvikles og gi innbyggere og helsepersonell bedre mulighet til å utveksle informasjon elektronisk. Det skal også legges til rette for bedre samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og andre statlige og kommunale tjenester, for eksempel NAV og barnevern.



Figur 12 Innhold i målbilde for helhetlig samhandling.
Se også Bilag G2 Helhetlig samhandling i sentralt styringsdokument for Akson (17)

Målbildet er omfattende, og samhandlingsbehovene planlegges dekket med en stegvis tilnærming. Steg 1 i den stegvise tilnærmingen inneholder fire prosjekter:

1. *Grunndata og tillitstjenester, inkludert API-management* som skal modernisere og videreutvikle grunndata og tillitstjenester, og gjøre det lettere for aktørene å møte kravene til tilgangsstyring ved dokument- og datadeling (se kapittel 7)
2. *Nytt API i kjernejournal*, som skal gjøre besøkshistorikken i spesialisthelsetjenesten (se kapittel 4.1) lettere tilgjengelig for integrasjon i journalløsninger.
3. *Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar (NILAR)*, som skal gjøre alle typer laboratorie- og radiologisvar tilgjengelig for helsepersonell og innbygger, uavhengig av hvor undersøkelsene er utført (5).
4. *Forprosjekt for steg 2 i utviklingsretning for samhandling*, hvor planene for neste steg mot målbildet skal legges, og hvor det skal vurderes hvordan nye tjenester innen elektronisk samhandling skal kunne utvikles så effektivt som mulig (5).

Veikart 2021 – 2025 inkluderer prosjektene i steg 1, men dekker kun utvalgte områder i målbildet vist i Figur 12. I hovedsak vil prosjektene i veikartet bidra på områdene *Legemidler og vaksiner*, *Kritisk informasjon*, *Journaldokumenter*, *Tekstlig dialog* og *Anmodning om tjeneste*. Ingen av disse områdene vil bli fullstendig dekket, og det gjenstår vesentlige samhandlingsbehov på det meste av målbildet for øvrig. Veikartet inneholder slik det fremstår nå ingen konkrete tiltak for å sikre samhandling mellom helsetjenesten og andre statlige og kommunale tjenester. Se kapittel 5.2.2 i veikartet (1) for detaljer.

Forprosjektet for steg 2 skal i løpet av 2021 legge planer ut fra ambisjonsnivået for helhetlig samhandling. Forprosjektet skal ta stilling til hvordan den videre utviklingen mot en helhetlig samhandlingsplattform bør foregå, hvordan samhandling med ulike aktører innen helse og andre sektorer skal prioriteres, og hvordan samhandlingen kan bidra til at innbygger møter en koordinert offentlig sektor.

9.3 Forholdet mellom nasjonale e-helseløsninger og Helseplattformen i Midt-Norge

Prosjektet Helseplattformen skal innføre ny, felles pasientjournal ved sykehus og kommuner i helseregion Midt-Norge. Regjeringen har besluttet at Helseplattformen skal gjennomføres som et regionalt utprøvningsprogram for det anbefalte nasjonale målbildet *Én innbygger – én journal*. Samtlige kommuner i helseregionen har signert opsjonsavtale om å ta løsningen i bruk. Fastleger og private avtalespesialister skal også tilbys løsningen. Helseplattformen har planlagt å sette ny felles journalløsning i drift på St. Olavs hospital, Trondheim kommune og to fastlegekontor 4. kvartal 2021. Seks måneder senere er det planlagt å sette journal-løsningen i drift ved Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal, begge med tilhørende kommuner og fastleger. På grunn av COVID-19-pandemien er imidlertid prosjektet forsinket, og det er en risiko for at innføringsplanen må forskyves. En beslutning om eventuell utsettelse forventes innen utløpet av 2020.

Helseplattformen vil ved oppstart være integrert med de nasjonale e-helseløsningene på ulike måter. Helseregion Midt-Norge planlegger å tilby innbyggertjenester for innsyn, administrasjon av timeavtaler og dialog som del av Helseplattformen. Det er planlagt at innbyggertjenestene i Helseplattformen og Helsenorge skal være integrerte. Så langt er arbeid med å integrere timeavtaler, få varsler om timeavtaler og motta digitale brev i Helsenorge satt i gang, og dette forventes ferdig i løpet av 2021. Kjernejournal vil være integrert i Helseplattformen og tilgjengelig for brukere både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste. På legemiddelområdet vil Helseplattformen integrere SFM ved hjelp av et grensesnitt (API, se kapittel 5.2). På grunn av korte frister før oppstart vurderes en midlertidig løsning hvor Helseplattformen bruker den eksisterende forskrivningsmodulen (FM), inntil Helseplattformen er fullt ut koblet på e-reseptkjeden med SFM.

10. Anbefaling

Vi anbefaler at kommunene allerede nå legger planer for å ta i bruk de nasjonale e-helseløsningene Helsenorge, kjernejournal og e-resept i helsetjenesteområder som hjemmebaserte tjenester, sykehjem, ØHD og helsestasjon. Helsenorge og kjernejournal inneholder i dag tjenester som er relevante for flere helsetjenesteområder, for eksempel elektronisk dialog mellom pasient og helsepersonell, kritisk informasjon, demografiske opplysninger og tilgang til resepthistorikk med utleveringsinformasjon.

I tillegg finnes det planer for videreutvikling av disse løsningene de nærmeste årene. Kjernejournal vil kunne tilby innsyn i journaldokumenter fra helseforetak, tettere integrasjon av kritisk informasjon, og deling av alle typer radiologi- og laboratoriesvar. E-resept er i gang med å utvikle sentralisert forskrivningsmodul (SFM), som vil tilby pasientens legemiddelliste og modernisert e-multidose. Innføring av de nye funksjonene i både kjernejournal og e-resept er avhengig av e-ID og grunnmurskomponentene felles tillitsmodell og moderniserte tillits- og grunndatatjenester.

Stegvis tilnærming til nasjonale e-helseløsninger

Gitt planene som foreligger, avhengighetene og de forutsetningene som kreves for å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger, gis det her noen anbefalinger om rekkefølgen for å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger. Nasjonale e-helseløsningene gir verdi i helsehjelpen allerede nå, og det er nyttig å bygge opp erfaring med bruk av samhandlingsløsninger før Akson journal tas i bruk.

Akson journal er planlagt innført i de første kommunene fra slutten av 2025, med innføring i alle kommunene som ønsker det i perioden frem mot 2030. Den vil ha støtte for alle de nasjonale e-helseløsningene, og det er forventet at e-helseløsningene vil være tettere integrert i den nye journalløsningen enn i andre.

Innføringen av journalløsningen vil være et stort løft for kommunene. For å fordele innføringsarbeidet for både organisasjon og ansatte over tid, og redusere belastningen ved overgang til Akson journal, vil det være en fordel å ha tatt i bruk de nasjonale e-helseløsningene på forhånd.

De nasjonale e-helseløsningene har lang forventet levetid, selv om løsningene for elektronisk samhandling er i rask utvikling. I fremtidige samhandlingsløsninger vil de kunne bli erstattet av ny teknologi, men måten de fremstår på for brukerne og måten de integreres i journalløsningene vil ikke nødvendigvis endres. Det langsiktige målbildet for de nasjonale e-helseløsningene innebærer at de skal gjøre informasjonen mest mulig tilgjengelig som en del av journalløsningene, og at det skal utvikles funksjonalitet på en rekke nye områder (17)

Helsenorge kan tas i bruk først

For kommunene som ønsker å komme i gang med elektronisk samhandling anbefales å ta i bruk Helsenorages løsninger for dialog med innbyggere og administrasjon av timeavtaler (DigiHelse, DigiHelsestasjon) for hjemmebaserte tjenester, helsestasjon og sykehjem og andre institusjonsbaserte tjenester. Dette er løsninger det forventes vesentlige gevinster av (18) (19), selv om erfaringene så langt tyder på at de ikke inntreffer om kun et fåtall innbyggere tar dem i bruk (20) For fastleger hvor kommunen har ansvaret for drift av journalløsningene anbefales at tjenestene som er utviklet gjennom prosjektet Digital dialog fastlege (DDFL) tas i bruk. Kommuner med selvstendig næringsdrivende fastleger anbefales å drøfte innføring av tjenestene i dialogen med legene.



Figur 13 Forenklet fremstilling av anbefaling om innføring av nasjonale e-helseløsninger

Autentiseringsløsninger og kjernejournal fra 2021

Neste steg kan være å ta i bruk kjernejournal i hjemmebaserte tjenester, og sykehjem og andre institusjonsbaserte tjenester. Helsepersonellet vil da få tilgang til informasjon fra innbygger og pårørende, felles kritisk informasjon og oversikt over resepter. Denne innføringen forutsetter at kommunen har tatt i bruk autentiseringsløsninger som BankID, Buypass eller Commfides på sikkerhetsnivå høyt (13). Innføring av autentiseringsløsning på dette nivået er en forutsetning for å ta i bruk kjernejournal og e-resept, og vil også være nødvendig for å ta i bruk Akson journal.

Moderniserte tillitstjenester med felles tillitsmodell forventes innført i HelseID fra 2023, og det vil gjøre det mulig for virksomheter som ikke deltar i utprøvingen av dokumentinnsyn å få innsyn i journaldokumenter fra helseforetakene. Det vil også gjøre det mulig for helsepersonell å få tilgang til å lese labsvar uavhengig av hvor prøven er tatt, når denne tjenesten er ferdig utviklet.

Innføring av kjernejournal er videre en forutsetning for å få full nytte av legemiddelområdet i alle helsetjenesteområder.

Legemiddelområdet fra 2022-2023

Legemiddelområdets nye sentraliserte forskrivningsmodul (SFM) forventes ferdig utviklet for fastleger, legevakt, ØHD og sykehjem fra 2022 og for øvrige helsetjenesteområder fra slutten av 2023. Kommunene kan da ta SFM i bruk, forutsatt at journalløsningene er tilrettelagt for det. Dette betyr at e-resept vil bli tilgjengelig for blant annet helsestasjon, sykehjem og andre institusjonsbaserte tjenester. E-multidose blir lettere tilgjengelig for både fastleger og andre behandlere, og hjemmebaserte tjenester vil lettere kunne kontrollere at innbyggere som bruker e-multidose får riktige legemidler. Det viktigste er likevel pasientens legemiddelliste, som gir helsepersonell som forskriver legemidler bedre mulighet til å holde oversikt over hvilke legemidler pasienten skal ta, og alle helsetjenesteområder som bruker SFM eller kjernejournal vil få tilgang til disse opplysningene.

Når Akson journal tas i bruk 2025-2030

Akson journal er ment å erstatte kommunens eksisterende journalsystem(er), og gjøre felles informasjon tilgjengelig på tvers av alle helsetjenesteområder som har tatt journalen i bruk. Innad i kommunen vil helsepersonellet forholde seg til informasjonen i løsningen, og denne vil bruke nasjonale e-helseløsninger til å integrere informasjon fra aktører som ikke bruker Akson journal, eller fra spesialisthelsetjenesten. Selv om Akson journal tilfører ny funksjonalitet, vil innholdet fra de nasjonale e-helseløsningene være kjent for brukerne.

Det er mulig å vente med å ta i bruk nasjonale e-helseløsningene til Akson journal er tilgjengelig. Av tiltakene som er nevnt forutsetter Akson journal kun at kommunen har tatt i bruk autentiseringsløsninger på forhånd (se kapittel 8 og 9.1). Det er imidlertid ikke anbefalt å vente, fordi innføring av Akson journal vil bli en omfattende omstilling for kommunal helse- og omsorgstjeneste. En slik omstilling får trolig lavere risiko jo flere endringer som kan gjøres på forhånd. I tillegg gir nasjonale e-helseløsninger verdi i seg selv, og innføring vil dermed kunne gi gevinster tidligere.

Risiko og usikkerhet i veikartet

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

- Når det gjelder *finansiering* er det særlig knyttet usikkerhet til pasientens legemiddelliste og e-multidose, integrasjon av kritisk informasjon i kjernejournal via API og tilrettelegging av nasjonale felleskomponenter for digital hjemmeoppfølging.
- Når det gjelder *tilslutning*, oppleves det som en usikkerhet om prosjektene er kommet langt nok til at det foreligger godt nok grunnlag for tilslutning for den enkelte virksomhet, spesielt for omfattende tjenester som pasientens legemiddelliste og innsyn i journaldokumenter.
- Når det gjelder selve *tilretteleggingen*, vurderes de tekniske og organisatoriske tilpasningene som er nødvendige i de ulike virksomhetene som komplekse. Dette vil sette høye krav til forberedelse, koordinering og gjennomføring.

Veien videre

Arbeidet med veikartet har avdekket en rekke behov, som er utdypet i kapittel 8 i veikartet (1). Det er funnet behov for en transparent og omforent prosess for hvordan aktørene i helse- og omsorgssektoren prioriterer tiltak som krever nasjonal innsats. For å gi bedre forutsigbarhet for både leverandører og aktører i helse- og omsorgstjenesten, er det behov for en samlet koordinering av innføringsaktiviteter og leverandører på tvers av kommuner, bygget på felles vurdering av prioritet og relevante konsekvensutredninger.

Underlaget for å vurdere gevinsten av de nasjonale e-helseløsningene bør utvides og suppleres med mer detaljerte analyser for flere tjenester og helsetjenesteområder. For å understøtte dette er det behov for bedre oversikt over hvem som har tatt i bruk de ulike tjenestene på de nasjonale e-helseløsningene, og hvilke erfaringer helsepersonell og innbyggere gjør seg. Det er behov for å utvide omfanget av veikartet utover de nasjonale e-helseløsningene, slik at andre tiltak av nasjonal betydning kan sees i sammenheng med veikartet for øvrig. Til slutt er det nødvendig å holde veikartet oppdatert og tilgjengelig elektronisk, slik at leseren både kan få oversikt og finne frem til detaljer.

Veikartet konkretiserer deler av målbildet for helhetlig samhandling, og 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. Pasienter og pårørende vil i økende grad kunne ha kontakt med helsepersonell gjennom en trygg, oversiktlig og sikker digital kanal. De vil i større grad kunne være trygge på at helsepersonellet alltid har oppdatert informasjon om pasientens legemidler, og de vil selv ha tilgang til disse opplysningene. 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.

De nasjonale e-helseløsningene, program helhetlig samhandling og Akson journal gir nye muligheter på mange viktige områder, sammen med den betydelige innsatsen som legges ned i digitalisering og innovasjon i sektoren for øvrig. Med dette er vi på god vei til å realisere målbildet i Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal*.

11. Referanser

1. **Direktoratet for e-helse.** Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021-2025. [Internett] 2020. [Sitert: 30 11 2020.] <https://ehelse.no/publikasjoner/veikart-for-nasjonale-e-helseløsninger/Veikart%20for%20nasjonale%20e-helse%C3%B8sninger.pdf>. IE-1071.
2. —. Underlag for "Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021-2025". [Internett] 2020. <https://ehelse.no/publikasjoner/veikart-for-nasjonale-e-helseløsninger/Underlag%20for%20veikart%20for%20nasjonale%20e-helse%C3%B8sninger.pdf>. IE-1073.
3. —. Kortversjon av veikart for nasjonale e-helseløsninger 2021-2025. [Internett] 2020. <https://ehelse.no/publikasjoner/veikart-for-nasjonale-e-helseløsninger/Kortversjon%20av%20veikart%20for%20nasjonale%20e-helse%C3%B8sninger.pdf>. IE-1072.
4. **KS.** Kjernejournal i sykehjem og hjemmetjeneste. *ks.no*. [Internett] 08 07 2020. [Sitert: 27 11 2020.] <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/utviklingsprosjekter/digitalisering-i-helse-og-omsorgsektoren-e-helse/ks-kompetansenettverk-for-e-helse-ks-e-komp/kjernejournal-i-sykehjem-og-hjemmetjeneste/>.
5. **Direktoratet for e-helse.** Sentralt styringsdokument Akson helhetlig samhandling og felles kommunal journal. [Internett] 03 2020. <https://ehelse.no/publikasjoner/sentralt-styringsdokument-akson-helhetlig-samhandling-og-felles-kommunal-journallosning>.
6. **Norsk Helsenett.** [Internett] [Sitert: 13 11 2020.] <https://www.helsenorge.no/kjernejournal/hva-er-kjernejournal/#kjernejournal-innhold>.
7. **Pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender".** Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" 24-7 2011-2013. [Internett] 2014. https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7/_attachment/inline/f6f29887-cc7c-4a78-b821-6bf90ae76053:511346d1c3a71542e5087a1b730c00f38421fb55/sluttrapport-for-pasientsikkerhetskampanjen-2011-2013.pdf.
8. **KS.** *Vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene av ny e-helselov - Kunnskapsoppsummering av nasjonale e-helseløsninger.* Oslo : s.n., 2020-04-02, med tilføyelser 2020-11-02.
9. **Direktoratet for e-helse.** Digital hjemmeoppfølging - tilnærming til helhetlig samhandling. [Internett] 2020. <https://ehelse.no/publikasjoner/rapport-digital-hjemmeoppfolging>. IE-1065.
10. —. Plan for utvikling av felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten. [Internett] 2019. <https://ehelse.no/publikasjoner/plan-for-utvikling-av-felles-grunnmur-for-digitale-tjenester-i-helse-og-omsorgstjenesten>. IE-1040.
11. **Norsk helsenett.** Persontjenesten. *www.nhn.no*. [Internett] <https://nhn.no/persontjenesten/>.
12. **Direktoratet for e-helse.** Anbefaling av tillitsmodell for data- og dokumentdeling - Tilgangsstyring i helse- og omsorgssektoren. [Internett] 2019. <https://ehelse.no/standarder/ikke-standarder/anbefaling-av-tillitsmodell-for-data-og-dokumentdeling>. HITR 1223:2019.

13. **Direktoratet for e-helse.** e-ID til ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste (under produksjon). [Internett]
14. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Meld.St. 9 (2021-2013) Én innbygger - én journal. [Internett] 2012. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>.
15. **KS.** ks.no/akson. ks.no. [Internett] 04 11 2020. [Sisert: 25 11 2020.] <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/utviklingsprosjekter/akson/kommunene-gar-tyngre-om-bord-i-arbeidet-med-akson-journal/>.
16. **Direktoratet for e-helse.** Konseptutvalgsutredning nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. [Internett] 2018. <https://ehelse.no/publikasjoner/sentralt-styringsdokument-akson-helhetlig-samhandling-og-felles-kommunal-journallosning/Sentralt%20styringsdokument%20Akson.pdf>.
17. —. Sentralt styringsdokument for Akson; Bilag G2 - Helhetlig samhandling. [Internett] 03 2020. <https://ehelse.no/publikasjoner/sentralt-styringsdokument-akson-helhetlig-samhandling-og-felles-kommunal-journallosning/Bilag%20G2%20Helhetlig%20samhandling.pdf>.
18. **KS.** Forenklet samfunnsøkonomisk analyse for hjemmebaserte tjenester - DigiHelse. [Internett] 2020. [Sisert: 26 11 2020.] <https://ehelse.no/prosjekt/digihelse-fase-2>.
19. —. *Vedlegg 3: Forenklet samfunnsøkonomisk analyse "DigiHelsestasjon", Prosjekt for digitale innbyggertjenester i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.* 2020.
20. **Linn Nathalie Støme, Tron Moger, Kristian Kidholm, Kari J Kværner.** A Web-based Communication Platform to Improve Home Care Services in Norway (DigiHelse): Pilot Study. *JMIR Formative Research.* 1, 20 01 2020, Vol. 4.
21. **Brønnøysundregistrene.** Åpne data. *brreg.no.* [Internett] 02 04 2020. [Sisert: 26 11 2020.] <https://www.brreg.no/produkter-og-tjenester/apne-data/>.
22. **Norsk senter for e-helseforskning (NSE).** Pasienter opplever bedre behandling med digital legetime. *forskning.no.* [Internett] 27 10 2020. [Sisert: 23 11 2020.] <https://forskning.no/helsetjenester-nasjonalt-senter-for-e-helse-forskning-partner/pasienter-opplever-bedre-behandling-med-digital-legetime/1755773>.
23. **Regjeringen.** Meld.St. 15 (2017-2018) Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre. *regjeringen.no.* [Internett] 04 05 2018. [Sisert: 26 11 2020.] <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>.
24. **Nasjonalt senter for e-helseforskning.** Multidose i e-resept: Erfaringer fra bruk av e-multidose i pilotkommuner. *ehealthresearch.no.* [Internett] 01 08 2016. [Sisert: 26 11 2020.] <https://ehealthresearch.no/rapporter/multidose-i-e-resept-erfaringer-fra-bruk-av-e-multidose-i-pilotkommuner>.
25. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.). [Internett] 2017. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-55?q=lov%20om%20endringer%20i%20helselov>.
26. **Helsedirektoratet.** Nye nasjonale råd for multidose. *www.helsedirektoratet.no.* [Internett] 25 09 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/nye-nasjonale-faglige-rad-for-multidose>.

27. —. Velferdsteknologi. [Internett] [Sisert: 13 11 2020.]

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi>.

28. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Oppdragsdokument 2020 - Helse Sør-Øst RHF.* s.l. : Helse- og omsorgsdepartementet, 2020.

29. **Direktoratet for e-helse.** *Notat til HOD- plan for dokumentdeling.* Oslo : s.n., 1 november 2020.

30. **Linn Nathalie Støme, Arne Norrud, Martin Fjordholm og Kari J Kværner.** Evaluating the Design of a Digital Communication platform for Recipients of Home-Care services to Improve Municipal Care Services: A proof of Concept Study. *EC Nursing and Healthcare.* January 30, 2020.

12. Vedlegg 1 Beskrivelse av helsetjenesteområdene i kommunal helse- og omsorgstjeneste

I dette dokumentet beskriver vi de nasjonale e-helseløsningene ut fra ti områder av helsetjenester som yter helsehjelp innen kommunal helse- og omsorgstjenesten. Helsehjelp defineres som enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell.



Figur 14 Inndeling av helsetjenesteområder brukt i dette dokumentet

Inndelingen tar utgangspunkt i lovverket, men er likevel en forenkling. Følgende grep er gjort:

- Migrasjonshelsetjenester er satt sammen med fastlegetjenesten.
- Hjemmebaserte tjenester inkluderer opptrening i hjemmet og praktisk bistand.
- Sykehjem og andre institusjonsbaserte tjenester/boliger inkluderer boliger særskilt tilrettelagt for heldøgns pleie.
- Med habilitering/rehabilitering menes institusjonsbaserte tjenester for rehabilitering og rehabilitering.
- Fysioterapitjenester er fordelt på hjemmebaserte tjenester og habilitering/rehabilitering.
- Psykisk helse og avhengighet er i dokumentet beskrevet som del av hjemmebaserte tjenester, og sykehjem og andre institusjonsbaserte tjenester/boliger, men alle helsetjenesteområdene yter på ulike måter helsehjelp tilpasset denne pasientgruppen.
- Helsestasjon/jordmor/skolehelsetjeneste inkluderer helsestasjon for ungdom.
- Med tjenestetildeling forstås både valg og tilpasning av tjeneste til innbyggers behov.



12.1 Fastlegetjenesten

Kommunen skal sørge for en fastlegeordning, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 4. Kommunen kan organisere fastlegetjenester ved å ansette leger i kommunale stillinger, eller ved å inngå fastlegeavtale med leger som driver sin virksomhet som selvstendig næringsdrivende.

For de pasientene som står på fastlegens liste, har fastlegen ansvar for alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus dersom ikke annet er presisert i lov eller forskrift (det såkalte listeansvaret), jf. fastlegeforskriften.

Fastlegen skal prioritere personene på sin liste foran andre, med unntak av lovpålagte øyeblikkelig hjelp-henvendelser eller andre forpliktelser som er pålagt i medhold av lov, forskrift eller som er avtalt med kommunen.

Allmennlegeoppgaver som ivaretas i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, ved sykehjem, fengsler og andre kommunale institusjoner med en organisert legetjeneste inngår ikke i listeansvaret.

Migrasjonshelsetjenesten er tett knyttet til fastlegetjenesten, og i dette dokumentet er de behandlet under ett. Migrasjonshelse er et fagfelt som omfatter utdanning, forskning og praksis som fokuserer på forholdet mellom migrasjon og helse.

Fagfeltet er utpreget tverrfaglig med utøvere fra en rekke helse- og samfunnsfagsdisipliner, og Helsedirektoratet anbefaler i veileder IS-1022 at kommuner etablerer tverrfaglige helseteam for likeverdige helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Tjenestene er pålagt å bruke kvalifisert tolk ved behov.



12.2 Legevakt og legevaktsentral

Kommunens ansvar for legevaksordning og medisinsk nødmeldetjeneste er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 3 og utdypet i forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften).

Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordningen skal blant annet vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp, diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt spesialisthelsetjeneste, samt yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.

Kommunen har ansvar for å være tilknyttet legevaktsentral (LV-sentral) som skal ha et døgnbemannet telefonnummer med nødvendig linjekapasitet for kobling til det nasjonale sekssifrede legevaktnummeret 116 117, samt å etablere et fast og offentlig kjent 8-sifret direktenummer til legevaktsentralen.

Legevaktsentralene skal motta og håndtere henvendelser om øyeblikkelig hjelp innenfor legevaktdistriktet og kunne gi medisinskfaglige råd og veiledning, prioritere, registrere, iverksette og følge opp henvendelser om behov for øyeblikkelig hjelp, blant annet å videreformidle henvendelser til helse- og omsorgstjenesten i kommunen, lege i vakt, fastlege, jordmor, kriseteam og andre relevante instanser.

Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder både pasienter med somatisk sykdom, pasienter med psykiske helseproblemer og pasienter med rusmiddelproblemer som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd.



12.3 Øyeblikkelig hjelp døgnplasser (ØHD, KAD)

Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Denne plikten gjelder også for pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer. Hensikten med tilbudet er å unngå innleggelse i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering.



12.4 Sykehjem og andre institusjonsbaserte tjenester / boliger

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c skal kommunen ha tilbud om «plass i institusjon, herunder sykehjem». Sykehjemmene har en sentral plass i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En plikt for kommunen til å ha sykehjem fremgår derfor av lovteksten.

Lovteksten er ikke begrenset til sykehjem. Som eksempel på institusjoner som omfattes av bestemmelsen nevner forskrift om kommunale helse- og omsorgsinstitusjon § 1 institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester (barnebolig), herunder avlastningsboliger, institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige, aldershjem og døgnplasser for øyeblikkelig hjelp. En videreutvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan innebære at kommuner også ønsker å bygge opp andre kommunale institusjoner.

Opphold i institusjon kan tilbys som opphold i ubegrenset tid (langtidsopphold), eller som et tidsavgrenset tilbud (korttidsopphold). Korttidsopphold i institusjon kan ha ulike formål, f.eks. rehabilitering eller vurdering etter skade eller etter sykehusopphold, eller som et tilbud når hjemmet skal tilrettelegges med hjelpemidler. Korttidsopphold kan også gis når nær familie som bidrar mye i hverdagen trenger fritid, og tilbudet er da å anse som avlastning (se pkt. 2.2.9 nedenfor). Korttidsoppholdets form og lengde vurderes ut fra den enkeltes behov.

I henhold til forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie skal det i tilknytning til oppholdet være bl.a. organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleiertjeneste.

I dette dokumentet omfatter dette tjenesteområdet også særskilt tilrettelagte boliger.



12.5 Hjemmebaserte tjenester

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a omfatter "helsetjenester i hjemmet". Med «helsetjenester i hjemmet» siktes det til ulike helsetjenester som ytes hjemme hos pasienten (hjemme kan også være andre boformer, for eksempel omsorgsbolig). Det er ikke innført noen rettslige grenser for omfang og type tjenester som kan ytes hjemme; dette vil bero på en konkret forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering.

Helsetjenester i hjemmet vil i første rekke omfatte sykepleie (hjemmesykepleie), f.eks. hjelp til administrering av medisiner, observasjon av sykdomsutvikling, lindrende pleie og omsorg, sårskift, injeksjoner, blodprøver, mm.

I tillegg kan f.eks. ergoterapi, fysioterapi og fotterapi være aktuelle tjenester som kan gis som helsetjenester i hjemmet.



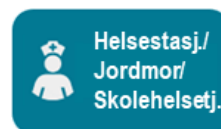
12.6 Habilitering og rehabilitering

Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator §§ 1 og 3.

Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud. Både kommuner og helseforetak skal sikre tilbud som bidrar til læring og mestring. Kommunale lærings og mestringstilbud, herunder tilbudet i frisklivssentraler, er en del av sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

I dette dokumentet fokuseres det primært på institusjonsbasert habilitering og rehabilitering.



12.7 Helsestasjon, jordmortjeneste og skolehelsetjeneste

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 1 at kommunen skal tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsetjenester i skoler (skolehelsetjeneste) og helsestasjonstjeneste. Innholdet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er nærmere beskrevet i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten §§ 5 og 6. og i Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.

Helsestasjonstjenestens tilbud gjelder for barn og unge 0-20 år og deres foreldre. Det tilbys standardkonsultasjoner til alle barn under 5 år, med formål å fremme fysisk og psykisk helse og livsmestring og forebygge vold, overgrep og omsorgssvikt. Gjennom konsultasjonene får familiene informasjon om et vidt spekter av temaer, fra amming, kosthold og fysisk aktivitet, til samspill, tilknytning og relasjoner, samt informasjon og tilbud om vaksiner i tråd med Barnevaksinasjonsprogrammet.

Mange kommuner har tilbud om helsestasjon for ungdom (HFU) som er et gratistilbud hvor ungdom har mulighet til å komme på ettermiddag uten timebestilling. Alle kommuner skal ha et helsestasjonstilbud for ungdom opp til 20 år som et supplement til skolehelsetjenesten. Tjenesten skal ha et særlig fokus på å fremme trivsel og mestring, forebygge uønskede svangerskap, forebygge og behandle seksuelt overførbare infeksjoner, samt forebygge og avdekke psykiske plager og lidelser. Et tilbud om helsetjeneste i skoler skal finnes på alle barne-, ungdoms- og videregående skoler. Alle barn bør få tilbud om en helsesamtale. Helsesamtalen skal bidra til en dialog med barnet/ungdommen og foreldre om trivsel og om vaner og valg som påvirker helsen. Skolehelsetjenesten bidrar i undervisning, gjennomfører konsultasjoner med elever, setter vaksiner i tråd med Barnevaksinasjonsprogrammet. Tjenesten skal være et tilbud med lav terskel, som skal være tilgjengelig for elevene ved behov.

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 2 at kommunen skal tilby svangerskaps- og barselomsorgstjenester. Tjenestene tilbys delvis av helsestasjonstjenesten og delvis av fastlegetjenesten. Innholdet er nærmere beskrevet i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 5, samt i Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen og Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen – Nytt liv og trygg barseltid for familien.

Psykisk helse og avhengighet

12.8 Psykisk helse og avhengighet

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester omtaler pasient- og brukergrupper med psykisk sykdom og rusmiddelproblem i §3-1, krav om psykolog i §3-2 og krav om eventuelle tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige i kapittel 10. Det gis imidlertid ingen føringer for organisering av helse- og omsorgshjelpen innen psykisk helse og avhengighet. Helse- og omsorgshjelpen ytes på ulike måter, eksempelvis i form av ambulante tjenester, lavterskeltilbud, bemannede boliger eller egne konsultasjoner. Ut fra oppføringene i Enhetsregisteret i

Brønnøysundregistrene (21) er det mindre vanlig å organisere helse- og omsorgstjenester innen psykisk helse som egne virksomheter. Vi regner derfor med at helse- og omsorgshjelpen innen psykisk helse og avhengighet utføres sammen med annen helsehjelp, eventuelt av dedikerte organisatoriske enheter. Dette betyr at behovene som er særskilte for psykisk helse må dekkes i journaløsningene benyttet av virksomheten som helhet. I dette dokumentet er derfor status og relevans av de nasjonale e-helseløsningene for helse- og omsorgshjelp innen psykisk helse og avhengighet beskrevet under helsetjenesteområdene *Hjemmebaserte tjenester* og *Sykehjem og andre institusjoner og boliger*.

12.9 Tjenestetildeling



Tjenestetildeling mottar og saksbehandler søknader om helse- og velferdstjenester i kommunen. Tjenestetildeling fattar vedtak om disse etter helse- og omsorgstjenesteloven.

12.10 Fengselshelsetjeneste



I de kommunene hvor det ligger fengsler i kriminalomsorgen skal kommunen ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de innsatte, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9. Tilbudet i fengslene skal være likeverdig med det tilbudet som gis til den øvrige befolkningen. De innsatte skal gis et helsetilbud tilpasset den enkeltes behov etter en individuell vurdering.

12.11 Kommunelege inkludert smittevern



Kommunelegen har ansvaret for medisinskfaglig rådgivning, smittevern, miljørettet helsevern og fagledelse av legetjenesten.

13. Vedlegg 2 – Tabeller over nasjonale e-helseløsninger og deres relevans for ulike helsetjenesteområder

Tabellene i dette dokumentet inneholder beskrivelser av hvilken verdi innbygger, pårørende og helsepersonell opplever at tjenestene i de nasjonale e-helseløsningene har for ulike helsetjenesteområder, og dermed hvilken relevans de har. Beskrivelsene er basert på tidligere kartleggingsarbeid av samhandlingsbehov i forprosjekt Akson (17), informasjon fra produktmiljøene for de nasjonale e-helseløsningene og intervjuer av helsepersonell knyttet til innføringsprosjekt Kjernejournal i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Der det er identifisert relevante samfunnsøkonomiske analyser eller forskningsstudier, er dette brukt til å utdype beskrivelsene.

Vi sammenligner med en situasjon hvor behovet tjenesten i den nasjonale e-helseløsningen er ment for ikke er dekket av noen IT-løsninger. Virkeligheten er mer sammensatt, hvor ulike tjenester kan dekke det samme behovet, og være innført i ulik grad i kommunene. Beskrivelsene i disse tabellene er videre rent kvalitative, og er basert på et begrenset materiale. Angivelsen av fase av en tjeneste for helsetjenesteområdet er basert på informasjon som hele tiden endrer seg. Senere kartlegginger og analyser vil kunne gi et annet og mer nyansert bilde når det gjelder både faseangivelse og eventuelle gevinster. Innholdet må derfor tolkes med forbehold, og ses på som et utgangspunkt for videre detaljering og oppdatering.

For å gi bedre oversikt er de tekstlige beskrivelsene gradert på følgende måte:

Gradering av relevans	Betydning
Stor	Verdien av tjenesten i den nasjonale e-helseløsningen er opplevd som stor. Med dette menes at tjenesten har verdi i det daglige arbeidet, eller har så stor betydning for kvaliteten av helsetjenesten at det oppleves som viktig selv om behovet opptrer sjelden.
Middels	Verdien av tjenesten i den nasjonale e-helseløsningen er opplevd som middels stor. Med dette menes at tjenesten kan ha verdi, men at det ikke skjer ofte, eller kun har en middels påvirkning på kvaliteten av helsetjenesten.
Begrenset	Tjenesten i den nasjonale e-helseløsningen kan ha verdi, men det skjer sjelden eller har begrenset påvirkning på kvaliteten av helsetjenesten.
Liten	Tjenesten i den nasjonale e-helseløsningen har liten påvirkning på ytelse av helsehjelp for dette helsetjenesteområdet


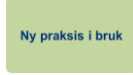




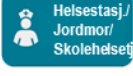







På noen områder er det stor variasjon i hvordan ulike kilder har vurdert relevansen av en tjeneste for et helsetjenesteområde, og her har vi markert relevansen med stjerne (*).

13.1 Helsenorge

Nytten beskrevet her gjelder tjenester for å administrere timeavtaler og ha dialog mellom helsepersonell og innbygger (DigiHelse, DigiHelsestasjon og DDFL). Se kapittel 2.2.7 i underlag for veikart (2) for beskrivelser av funksjonalitet som er under utvikling.

13.1.1 Dialogtjenester


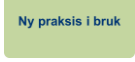

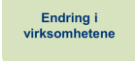
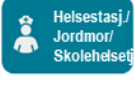

Denne tjenesten er beskrevet nærmere i kapittel 3.1.





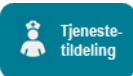








Helsetjeneste-område	Fase	Relevans for innbygger og helsepersonell	Beskrivelse
 Fastlege		Stor	Elektronisk dialog gjør det mulig å følge opp problemstillinger utenom timeavtalene, bestille resepter og gjennomføre konsultasjoner i form av meldinger eller video (e-konsultasjon). Det er tidligere vist at mange innbyggere opplever at det er bedre for dem å formulere seg skriftlig enn muntlig (22) og en del problemstillinger kan følges opp uten at fysisk tilstedeværelse er nødvendig.
 Hjemmebaserte tjenester		Stor	Elektronisk dialog kan benyttes til å løpende koordinere tjenester i hjemmet etter innbyggers behov og ønsker (18). I tillegg kan pårørende med fullmakt ha dialog noe som gir trygghet og bedre mulighet for involvering (23). Verdien er imidlertid avhengig av at bruken er over et minimumsnivå (20).
 Sykehjem og andre inst./boliger		Stor	Elektronisk dialog kan gi stor verdi i dialog mellom sykehjem og pårørende, for eksempel for å orientere seg om beboers helsetilstand. Pårørende blir i mindre grad avhengig av telefontilgjengeligheten til helsekontakter og de vil kunne oppleve større mulighet for å være involvert, noe som igjen kan bidra til større trygghet. Ved korttidsopphold kan det være relevant med dialog mellom innbygger og institusjonen før og etter oppholdet.
 Helsestasjon Jordmor/Skolehelsetjeneste		Stor	Elektronisk dialog kan bidra til avklaringer utenom timeavtaler. Innbygger blir mindre avhengig av åpningstider og telefontilgjengelighet og noen kan oppleve det lettere å formulere seg skriftlig.
 Legevakt og legevakt sentral		Stor*	Elektronisk dialog kan være nyttig for å få besvart spørsmålene som oppstår etter at pasienten har forlatt legevakta, for eksempel om forventet varighet av smerter, om når en skade kan belastes, etc.
 Habilitering og rehab.		Stor	Digital dialog kan ha verdi ved planlegging av opphold og eventuelle konsultasjoner, samt ved formidling av informasjonsmaterieill til pasient.
 Tjenestetildeling		Stor	Elektronisk dialog mellom tildelingskontor og innbygger kan bidra til å tilpasse tjenestetilbudet til innbyggers behov og ønsker, og begge parter blir mindre avhengige av åpningstider og

Helsetjeneste-område	Fase	Relevans for innbygger og helsepersonell	Beskrivelse
			tefontilgjengelighet.
 Øyeblikkelig hjelp døgn-plasser	 Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Begrenset	Elektronisk dialog kan være nyttig for å få besvart spørsmålene som oppstår etter at pasienten har forlatt avdelingen. Dette kan antagelig også brukes for å avtale besøk av pårørende på ØHD.
 Fengsels-helsetj.	 Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Liten	Elektronisk dialog er lite relevant i fengselshelse-tjenesten, med unntak av eventuell kommunikasjon om helsehjelpen etter at den innsatte er løslatt.
 Kommune-lege og smittevern	-	Stor	Digital dialog med innbygger kan ha vesentlig verdi ved oppfølging av smittetilfeller og nærkontakter. Det er ikke identifisert prosjekter som jobber med dette.

13.1.2 Administrasjon av timeavtaler

Denne tjenesten er beskrevet nærmere i kapittel 3.1.

Helsetjeneste-område	Fase	Relevans for innbygger og helsepersonell	Beskrivelse
 Fastlege	 Ny praksis i bruk	Stor	Elektronisk administrasjon av timeavtaler kan gjøre det lettere for fastlegekontoret å få utnyttet kapasiteten. For helsesekretærer kan det være ressursbesparende ikke å måtte bruke like mye tid til å besvare telefoner. Færre telefoner kan gi bedre kapasitet til å svare de som likevel ringer og andre henvendelser kan fordeles og besvares uavhengig av telefontid. For innbygger kan det være tidsbesparende når man slipper å være avhengig av åpningstiden og kapasiteten på telefon for å bestille en time. Det å kunne se de ledige timene selv kan gjøre det lettere å finne en tid som passer.
 Hjemme-baserte tjenester	 Endring i virksomhetene	Stor	Det er stor forventet verdi av denne funksjonen i hjemmebaserte tjenester. Administrasjon av timeavtaler kan brukes til å avtale eller avlyse besøk fra hjemmebaserte tjenester og fra innbygger selv eller pårørende. Kalenderfunksjonen vil vise innbygger og pårørende når besøk er planlagt, og dette kan redusere antall telefonhenvendelser. I tillegg kan pårørende med fullmakt få varsel etter gjennomført besøk noe som kan bidra til trygghet. Verdien er imidlertid avhengig av at bruken er over et minimumsnivå (20).
 Helsestasj./Jordmor/Skolehelsetj.	 Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Stor	Administrasjon av timeavtaler har stor forventet verdi ved helsestasjoner og i skolehelsetjenesten (19)






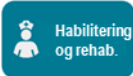

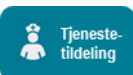
Helsetjeneste-område	Fase	Relevans for innbygger og helsepersonell	Beskrivelse
 Legevakt og legevakt sentral	 Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Stor	En del kommuner har tilgjengeliggjort mulighet til å bestille time for COVID-19 testing på legevakt. Administrasjon av timeavtaler kan videre ha verdi der pasienter skal tilbake til legevakten for kontroll av gitt behandling.
 Habilitering og rehab.	 Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Stor	Administrasjon av timeavtaler kan ha verdi ved planlegging av konsultasjoner og opphold på institusjoner innen habilitering og rehabilitering.
 Tjenestetildeling	 Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Begrenset	Administrasjon av timeavtaler kan ha en rolle i å avtale vurderingsbesøk, men dette forutsetter at tjenesten i Helsenorge kan benyttes <i>før</i> innbygger er tildelt en kommunal helsetjeneste.
 Sykehjem og andre inst./boliger	 Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Liten	Det er ikke funnet verdi av timeavtaler på sykehjem og andre institusjonsbaserte tjenester/boliger.
 Øyeblikkelig hjelp døgnplasser	 Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Liten	Behovet for å administrere timeavtaler ved ØHD antas å være lite.
 Fengsels-helsetj.	 Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Liten	Administrasjon av timeavtaler med Helsenorge har liten relevans for fengselshelsetjenesten.
 Kommunelege og smittevern	-	Liten	Administrasjon av timeavtaler som sådan har liten relevans for kommunelege, men ved oppfølging av for eksempel smittede med COVID-19 over telefon, kan det være aktuelt å administrere telefonavtaler i en kalender.


13.2 Kjernejournal

13.2.1 Kritisk informasjon integrert i journalløsningen (API)

Her vurderes status og verdi av å ha kritisk informasjon integrert som en del av journalløsningen, slik at informasjonen kan oppdateres ett sted. Denne løsningen er under utvikling. Dagens portal løsning for kritisk informasjon i kjernejournal er i bruk av fastleger, legevakt og ØHD, men den krever manuell registrering både i journalløsningen og i kjernejournal, og er oppdatert kun for et mindretall av pasientene for mer informasjon se kapittel 2.3.6 Underlag for veikart for nasjonale e-helseløsninger (2).





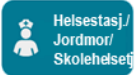

Helsetjeneste-område	Fase	Relevans for helsepersonell	Beskrivelse
 Fastlege	 Nasjonal tilrettelegging	Stor	Fastleger har behov for tilgang til kritisk informasjon for å tilpasse utredning og behandling, og redusere risiko for pasientskade, for eksempel ved legemiddelallergier og ved medisinsk tilstand som krever særlig oppmerksomhet. Dette er spesielt








Helsetjeneste-område	Fase	Relevans for helsepersonell	Beskrivelse
			viktig ved nye pasienter. En felles fremstilling av kritisk informasjon kan spare tid, og sikre at beskrivelser fra andre aktører i helsetjenesten når frem til fastlegen.
 Legevakt og legevakt sentral	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Helsepersonell ved legevakt har behov for tilgang til kritisk informasjon for å tilpasse utredning og behandling, og redusere risiko for pasientskade. Dette er særlig nyttig der legevaktslegen ikke kjenner pasienten fra før av. En felles fremstilling av kritisk informasjon kan spare tid.
 Fengsels-helsetj.	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Fengselsleger har av og til behov for å forskrive legemidler i fengselet, og trenger da tilgang til kritisk informasjon. Ved første gangs vurdering av innsatte er kritisk informasjon viktig kilde for å komplettere journalføringen, som er vesentlig for å tolke eventuelle akutte tilstander riktig.
 Øyeblikkelig hjelp døgn-plasser	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Leger ved ØHD/KAD har behov for tilgang til kritisk informasjon for å tilpasse utredning og behandling, og redusere risiko for pasientskade. En felles fremstilling av kritisk informasjon kan også spare tid.
 Sykehjem og andre inst./boliger	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Helsepersonell ved sykehjem og andre institusjoner eller boliger har behov for tilgang til kritisk informasjon for å tilpasse utredning og behandling, og redusere risiko for pasientskade. En felles fremstilling av kritisk informasjon kan også spare tid ved innleggelse, utskriving og endring av legemiddelbehandling.
 Hjemme-baserte tjenester	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Ved mistanke om overfølsomhetsreaksjon på legemidler eller andre akutte tilstander kan helsepersonell i hjemmebaserte tjenester ha nytte av tilgang til kritisk informasjon.
 Habilitering og rehab.	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Ved mistanke om overfølsomhetsreaksjon på legemidler eller andre akutte tilstander kan helsepersonell innen habilitering og rehabilitering ha nytte av tilgang til kritisk informasjon.
 Helsestasj./Jordmor/Skolehelsetj.	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Helsesykepleiere og jordmødre forskriver legemidler og har behov for tilgang til kritisk informasjon for å tilpasse utredning og behandling, og redusere risiko for pasientskade. Om pasienten for eksempel har allergier mot egg, kan dette gi kryssallergi mot en del vaksintyper. En felles fremstilling av kritisk informasjon kan også spare tid.
 Tjeneste-tildeling	Nasjonal tilrettelegging	Begrenset	Helsepersonell som tildeler tjenester utøver ikke pasientrettede helsetjenester og har sjelden behov for å håndtere en akutt situasjon som krever at du har tilgang på kritisk informasjon. Informasjon om medisinsk kritiske tilstander og omfanget av legemiddelbehandling kan gi indikasjoner på hvor omfattende omsorg innbygger har behov for. Denne

Helsetjeneste-område	Fase	Relevans for helsepersonell	Beskrivelse
			type informasjon vil likevel ofte være oppgitt i dokumentasjon rundt søknaden om tjenester.
 Kommunale lege og smittevern	-	Begrenset	Det er foreløpig ikke identifisert direkte nytteverdi for kommunelegen å ha tilgang til kritisk informasjon i kjernejournal, unntatt i de tilfellene kommunelegen selv følger opp utredning og behandling av pasienten.

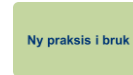
13.2.2 Journalinnsyn (dokumentdeling)


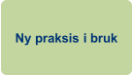








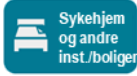

Se kapittel 2.3.7 (2) Underlag for veikart for nasjonale e-helseløsninger for nærmere beskrivelse av denne tjenesten.






Helsetjeneste-område	Fase	Relevans for helsepersonell	Beskrivelse
 Fastlege	Nasjonal tilrettelegging	Stor	For fastlegene er det nyttig å kunne innhente journalopplysninger fra helseforetak i tilfellene hvor informasjonen som er formidlet i vanlige kanaler som epikrise ikke er tilstrekkelig.
 Legevakt og legevakt sentral	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Legevakt kan ha stor nytte av å innsyn i pasientjournal ved helseforetak, siden de ofte ikke mottar epikrise når en pasient skrives ut. Tilgangen til opplysningene kan forhindre unødvendige reinnleggelses, f.eks. ved å avklare tilstander som allerede er under behandling andre steder.
 Fengselshelsetj.	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Fengselshelsetjenesten kan med journalinnsyn få raskere avklart en helsetilstand og behov for helsetjenester hos en innsatt når vedkommende er ukjent for fengselshelsetjenesten og er eller har vært under behandling andre steder.
 Øyeblikkelig hjelp døgnplasser	Nasjonal tilrettelegging	Stor	ØHD kan med journalinnsyn innhente opplysninger som ikke allerede er formidlet med innleggesskrivet eller henvisningen, og dette kan ha betydning for videre utredning og behandling.
 Helsestasjon Jordmor/Skolehelsetj.	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Ved parallell oppfølging av barn både i helseforetak og på helsestasjon kan helsestasjon ha nytte av å innhente utfyllende informasjon, for eksempel vurdering av barnelege. Når en gravid følges opp ved både av jordmor ved helsestasjon og gynekolog ved helseforetak, kan journalinnsyn ha tilsvarende nytte.
 Sykehjem og andre inst./boliger	Nasjonal tilrettelegging	Middels*	Sykehjem og andre institusjoner kan med journalinnsyn innhente informasjon som supplerer informasjonen som følger beboer ved mottak. Dette er viktig ved overgang mellom omsorgsnivåer, men det er også aktuelt etter polikliniske vurderinger for eksempel sårklinikk

			eller øyelege i tilfeller hvor svaret ikke sendes institusjonen.
		Middels*	Det er stor spredning i verdien helsepersonell opplever at journalinnsyn har for hjemmebaserte tjenester. Noen opplever den som stor, andre som middels eller begrenset. Hjemmebaserte tjenester kan med journalinnsyn få utfyllende informasjon som ellers ikke er formidlet via meldingsutveksling etter utskrivelser, eller når pasienten ankommer hjemmet. Dette kan også være aktuelt etter polikliniske vurderinger som påvirker sykepleien, for eksempel om det er gjort endringer på sårprosedyre.
		Middels	Ved innleggelse kan journalinnsyn bidra med utfyllende informasjon. Journalinnsyn kan gi utfyllende informasjon når dette eventuelt mangler i overføringsnotatet eller epikrisen. Fysio- og ergoterapi tjenesten kan for eksempel ha behov for utfyllende informasjon om funksjonsevne før og etter sykehusopphold, blant annet for å tilpasse mål for behandlingen.
		Begrenset*	Tildelingskontoret kan ha nytte av å innhente utfyllende informasjon om innbyggers tilstand for å vurdere funksjonsnivå og behov for tjenester når dette er beskrevet i helseforetakets journal.
	-	Liten	Det er foreløpig ikke identifisert direkte nytteverdi for kommunelegen (i administrativ stilling) i å ha tilgang til journalinnsyn i helseforetak, unntatt i de tilfellene kommunelegen selv følger opp utredning og behandling av pasienten.

13.2.3 Legemidler i kjernejournal

Helsetjenesteområde	Fase	Relevans for helsepersonell	Beskrivelse
		Stor	Fastleger har allerede tilgang til legemiddelinformasjon i pasientjournalen og via e-resept. Kjernejournal gir fastlegen resepthistorikk for 3 år, samt at den også viser hva slags legemidler som er hentet ut. I tilfeller hvor legemidler følges opp i for eksempel primærteam ved fastlegekontorer kan helsepersonell uten rekvireringsrett få god oversikt over pasientens legemiddelbruk. Også nytte å se grafisk på omfang av utlevering av legemidler i kjernejournal – får oversikt raskt.


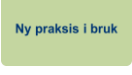






Helsetjeneste-område	Fase	Relevans for helsepersonell	Beskrivelse
		Stor	Legemidler i kjernejournal gir oversikt over legemidler som er tatt ut, og kan derfor gi legen et bedre bilde av hvilke legemidler som faktisk er i bruk. Det gir også god informasjon om legemiddelbruk over tid, står pasienten på antipsykotika eller B-preparater, kan det også si mye om helsesituasjonen.
		Stor	Helsepersonell vil lettere få oversikt over innsattes bruk av legemidler der fengselshelsetjenestens journal ikke har oppdaterte opplysninger om dette.
		Stor	Ved ØHD kan helsepersonell ha nytte av legemidler i kjernejournal, spesielt ved innkomst av nye pasienter og det ikke er registrert legemiddel-informasjon om pasienten i journalen. Leger ved ØHD vil kunne bruke dette til for å sammenstille og dokumentere legemiddel forordning i journalen.
		Stor	Helsepersonell som bistår pasienten med å ta legemidler vil ha stor nytte av å få tilgang til resepter og legemiddel-lister i kjernejournal for å kontrollere at riktige legemidler blir delt ut. I tillegg er dette en viktig kilde til å se hvilke resepter som snart må fornyes for å unngå opphold i legemiddelbehandlingen. Denne nytten vil øke etter hvert som e-multidose og pasientens legemiddelliste blir utbredt.
		Stor	Inntil e-resept blir innført på helsestasjon og i skolehelsetjenesten blir kjernejournalen en viktig kilde til å få oversikt over hvilke legemidler som eventuelt er forskrevet allerede.
		Middels*	Ved innleggelse på sykehjem følger det som oftest med relevante helseopplysninger som for eksempel legemiddelbehandling, sykdomshistorie og ADL. Det er få sykehjemsleger som har tilgang på e-resept. Inntil dette er innført på sykehjem vil de ha nytte av å få tilgang til resepter og legemiddellister i kjernejournal når de skal vurdere legemiddelbehandlingen. Helsepersonell som administrere legemidler til beboerne vil også ha kunne bruke dette for å kontrollere at riktige legemidler er registrert, spesielt ved mottak av nye pasienter.



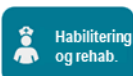

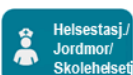

Helsetjeneste-område	Fase	Relevans for helsepersonell	Beskrivelse
 Habilitering og rehab.	 Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Middels	Lege, og helsepersonell som administrerer legemiddel har behov for oversikt over legemiddel tatt ut og gyldige resepter. Legemidler i kjernejournal vil derfor være et hjelpemiddel for bedre oversikt. Fysioterapeuter og annet helsepersonell vil lettere kunne tilpasse opptrening og andre tiltak til pasientens legemiddelbruk (eks. bruk av blodtrykkssenkende eller blodfortynnende legemidler).
 Tjenestetildeling	 Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Begrenset	Ved vurderinger av tilpasning av tjenester kan det være nyttig å få informasjon om innbyggers bruk av legemidler, for eksempel hvor ofte innbygger skal få bistand til å ta legemidler hver dag. Dette er imidlertid avhengig av organisering av tjenestetildelingen, og hva slags informasjon som behøves.
 Kommunelege og smittevern	-	Liten	Det er foreløpig ikke identifisert direkte nytteverdi for kommunelegen i administrativ stilling å ha tilgang til legemidler i kjernejournal.

13.2.4 Tilgang til laboratoriedata

Tilgang til COVID-19 prøvesvar (luftveispanel)

Her beskrives av dagens tilgang til COVID-19 prøvesvar i kjernejournal. Den samme nytteeffekten forventes å gjelde også ved andre allmenfarlige smittsomme sykdommer.



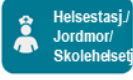




Helsetjeneste-område	Fase	Relevans for helsepersonell	Beskrivelse
 Fastlege	 Ny praksis i bruk	Stor	Innhenting av pasientens resultater av SARS-Cov-2 (COVID 19) tester, uavhengig av hvor prøven er tatt, har vesentlig verdi
 Legevakt og legevakt sentral	 Endring i virksomhetene	Stor	Innhenting av pasientens resultater av SARS-Cov-2 (COVID 19) tester, uavhengig av hvor prøven er tatt har vesentlig verdi i pasientarbeidet.
 Fengselshelsetj.	 Endring i virksomhetene	Middels	Innhenting av pasientens resultater av SARS-Cov-2 (COVID 19) tester, uavhengig av hvor prøven er tatt. Tjenesten kan ha nytte for å kunne styre smitteverntiltak for innsatte hvor journalen ikke er tilgjengelig, men det vanligste er at fengselshelsetjenesten tar prøvene selv.
 Øyeblikkelig hjelp døgnplasser	 Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Stor	Innhenting av pasientens resultater av SARS-Cov-2 (COVID 19) tester, uavhengig av hvor prøven er tatt har vesentlig verdi i pasientarbeidet.

Helsetjeneste-område	Fase	Relevans for helsepersonell	Beskrivelse
 Hjemmebaserte tjenester	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Stor	Innhenting av pasientens resultater av SARS-Cov-2 (COVID 19) tester, uavhengig av hvor prøven er tatt. Dette gir bedre mulighet til å velge rekkefølge og identifisere behov for smittevernstiltak ved hjemmebesøk.
 Sykehjem og andre inst./boliger	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Middels*	Innhenting av pasientens resultater av SARS-Cov-2 (COVID 19) tester, uavhengig av hvor prøven er tatt. Nyttien er satt til middels, fordi institusjoner ofte vil stå som rekvirent og da mottar svarene direkte fra laboratoriet. Laboratoriesvar i kjernejournal kan spille en rolle for å styre smitteverntiltak for beboere når institusjonen ikke selv står som rekvirent.
 Habilitering og rehab.	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Middels	Innhenting av pasientens resultater av SARS-Cov-2 (COVID 19) tester, uavhengig av hvor prøven er tatt. Laboratoriesvar i kjernejournal kan spille en rolle for å styre smitteverntiltak for beboere når institusjonen ikke selv står som rekvirent.
 Tjenestetildeling	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Begrenset	Innhenting av pasientens resultater av SARS-Cov-2 (COVID 19) kan i visse tilfeller påvirke beslutning om tidspunkt for tildeling av tjenester.
 Helsestasjon/Jordmor/Skolehelsetj.	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Begrenset	Innhenting av pasientens resultater av SARS-Cov-2 (COVID 19) kan i visse tilfeller påvirke koordinering av tjenesten, hvis smittestatus ikke er kjent for pasienten.
 Kommunelege og smittevern	-	Middels	Tilgang til resultater av SARS-Cov-2 (COVID 19) kan være nyttig ved oppfølging av hver nærkontakt, men det kan ikke erstatte varsling av nye smittetilfeller og de løsningene kommunene benytter i smittesporingsarbeid

Tilgang til nasjonal informasjonstjeneste for laboratorie- og radiologisvar (NILAR)











Her beskrives antatt nytte ved at helsepersonellet får tilgang til radiologiske svarrapporter og prøvesvar innen medisinsk biokjemi, immunologi og transfusjonsmedisin, farmakologi, mikrobiologi, patologi og genetik. Nyttien av å ha tilgang til smittestatus ved allmennfarlige smittsomme sykdommer er holdt utenfor i vurderingen, fordi det er dekket i forrige tabell.

Helsetjeneste-område	Fase	Relevans for helsepersonell	Beskrivelse
 Fastlege	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Tilgang til laboratorie- og radiologisvar fra andre aktører har ofte nytte i situasjoner der eventuelle tidligere gjennomførte undersøkelser har betydning for vurderingen. Det er også nyttig for å se etter trender i svarene, ved å sammenligne nye resultater med eldre.
 Legevakt og legevakt sentral	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Tilgang til laboratorie- og radiologisvar fra andre aktører har ofte nytte der pasienten har et uavklart helseproblem.
 Fengselshelsetj.	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Tilgang til laboratoriedata fra andre aktører vil ha nytte når fengselshelsetjenestens journal ikke har oppdaterte opplysninger og den innsatte har et

			uavklart helseproblem. Videre kan tilgangen til radiologiske svarrapporter spare ressurskrevende transport av innsatte om den aktuelle undersøkelse allerede er gjennomført et annet sted.
	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Tilgang til laboratorie- og radiologisvar fra andre aktører har ofte nytte der pasienten har et uavklart helseproblem og henvisningen eller journalløsningen ikke inneholder tilstrekkelige opplysninger. Det er også nyttig for å se etter trender i svarene, ved å sammenligne nye resultater med eldre.
	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Tilgang til laboratorie- og radiologisvar fra andre aktører vil kunne ha nytte der pasienten har et uavklart helseproblem ved inntak og henvisningen eller journalløsningen ikke inneholder tilstrekkelige opplysninger. Effekten regnes som større her enn for sykehjem, fordi oppholdene er kortere.
	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Hvis pasienten for eksempel har en Leidenmutasjon eller annet som er kontraindikasjon mot hormonell prevensjon, er det viktig for helsesykepleier eller jordmor å kunne slå opp labsvar før de forskriver, eventuelt sjekke kritisk informasjon i kjernejournal.
	Nasjonal tilrettelegging	Middels	Tilgang til laboratorie- og radiologisvar fra andre aktører vil kunne ha nytte der pasienten har et uavklart helseproblem ved inntak og henvisningen eller journalløsningen ikke inneholder tilstrekkelige opplysninger.
	Nasjonal tilrettelegging	Begrenset	I hjemmebaserte tjenester er det begrenset nytte av prøvesvar fra laboratoriet, da de ofte får den informasjon via fastlege, eller gjennom epikriser om pasienten har vært innlagt i spesialisthelsetjenestene. I de situasjoner hvor hjemmebaserte tjeneste samarbeider tett om medisinsk oppfølging av pasienten er det likevel relevant informasjon eksempelvis oppfølging av INR ved antikoagulasjonsbehandling.
	Nasjonal tilrettelegging	Liten	Det er ikke identifisert vesentlig nytte for tjenestetilordelingskontoret av å ha tilgang til laboratorie- og radiologisvar ved vurdering eller utforming av tjenester til innbygger. Det kan være vesentlig ved for eksempel MRSA eller andre infeksjonssykdommer, men denne informasjonen vil mest sannsynlig være tilgjengelig via fastlege eller i søknadspapirer eller overføringspapirer fra sykehus.
	-	Liten	Det er ikke identifisert direkte nytteverdi for kommunelege i administrativ stilling å ha tilgang til laboratorie- og radiologisvar.







13.3 E-resept

13.3.1 E-resepter (elektronisk forskrivning)









Helsetjeneste-område	Fase	Relevans for helsepersonell	Beskrivelse
 Fastlege	Ny praksis i bruk	Stor	Fastleger forskriver legemidler flere ganger daglig, og i praksis bruker alle e-resept i dag.
 Legevakt og legevakt sentral	Ny praksis i bruk	Stor	Legevaktsleger forskriver legemidler flere ganger daglig, og de fleste bruker e-resept i dag.
 Fengsels-helsetj.	Endring i virksomhetene	Middels	Leger i fengselshelsetjenesten kan ha nytte av e-resept når de innsatte har behov for å fortsette behandling med legemidler ved løslatelse.
 Øyeblikkelig hjelp døgn-plasser	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Leger ved ØHD/KAD har ofte behov for å forskrive legemidler når pasienter skrives ut til hjemmet.
 Habilitering og rehab.	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Leger som arbeider ved rehabiliteringsinstitusjoner har behov for å forskrive legemidler når pasienten skrives ut. For annet helsepersonell, se "Legemidler i kjernejournal"
 Helsestasj./Jordmor/Skolehelsetj.	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Helsesykepleiere og jordmødre forskriver utvalgte legemidler, f.eks. p-piller til ungdom.
 Sykehjem og andre inst./boliger	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Leger har behov for å forskrive legemidler når pasienten forlater en institusjon, for eksempel etter et korttidsopphold. Helsepersonell med rekvireringsrett ved andre institusjoner har tilsvarende behov.
 Kommune-lege og smittevern	-	Liten	Det er foreløpig ikke identifisert direkte nytteverdi av e-resept for kommuneleger.
 Tjeneste-tildeling	-	-	Se "Legemidler i kjernejournal"
 Hjemme-baserte tjenester	-	-	Se "Legemidler i kjernejournal"







13.3.2 E-multidose

Helsetjeneste-område	Fase	Relevans for innbygger og helsepersonell	Beskrivelse
		Stor	Fastlege er som regel ansvarlig for å vedlikeholde lista over legemidler for innbyggere som har behov for multidose. Dette arbeidet er lettere med e-multidose enn med papirbaserte skjema. Enkelte fastleger har støtte for e-multidose i sine journalløsninger, men videre utbredelse er i praksis avhengig av SFM. (24)
		Stor	Når en innbygger som bruker multidose skrives ut, er det viktig å ha god elektronisk støtte til å oppdatere lista over legemidler, slik at produksjonen av nye multidosestrimler blir riktig. Helsepersonellet vil også ha nytte av å se lista over legemidler for disse innbyggerne. Enkelte sykehjem vurderer i tillegg å bruke multidose for å forenkle legemiddeladministrasjonen.
		Stor	Når en innbygger bruker multidose, er det viktig å ha god elektronisk støtte til å kunne endre lista over legemidler ved utskrivelse, slik at produksjonen av nye multidosestrimler blir riktig, og behandling ikke stopper opp inntil fastlegen kan vurdere dette nærmere. Helsepersonellet vil også ha nytte av å se lista over legemidler for disse innbyggerne.
		Stor	Hjemmebaserte tjenester har en sentral rolle i administrasjon av legemidler, også ved multidose. Tilgang på ordinasjonskortet i e-multidose integrert i journalløsningen vil ha vesentlig betydning. (24) Virkningen er også indirekte, ved at flere trolig vil bruke multidose ved bedre elektronisk støtte. Se også "Legemidler i kjernejournal".
		Middels*	Legevaktsleger vil ofte tilpasse faste legemidler og gi legemidler som kur, men om pasienten bruker multidose, vil de oftest ikke endre multidoseforordningen til apoteket. Helsepersonellet vil ha nytte av å se lista over legemidler, som er tilgjengelig for pasienter som bruker e-multidose både ved endring av eksisterende medikasjon og ved forskrivning av nye medikamenter.
		Middels	Leger ved habilitering- og rehabiliteringsinstitusjoner vil ha nytte av å oppdatere pasientens legemiddelliste for multidose ved utskrivelse. For annet helsepersonell, se "Legemidler i kjernejournal"

Helsetjeneste-område	Fase	Relevans for innbygger og helsepersonell	Beskrivelse
 Fengsels-helsetj.	 Nasjonal tilrettelegging	Begrenset	Tilgang til en felles oppdatert legemiddelliste er viktig for vurdering av innsattes helsetilstand der journalen i fengselshelsetjenesten inneholder få opplysninger. Det har også verdi å kunne oppdatere multidoser ved løslatelse. Vi antar imidlertid at begge deler gjelder få pasienter.
 Helsestasj./Jordmor/Skolehelsetj.	 Nasjonal tilrettelegging	Begrenset	Få gravide, barn eller ungdom bruker multidoser. For de innbyggere dette gjelder, vil helsepersonell ha nytte av å kunne lese innbyggers liste over legemidler.
 Tjenestetildeling	-	Begrenset	E-multidose kan være relevant for tjenestetildeling, for eksempel ved vedtak om hjelp til legemiddelhåndtering. Verdien beskrives som begrenset da de primært har behov for å vite at innbygger har behov for multidoser. Se for øvrig "Legemidler i kjernejournal"
 Kommunelege og smittevern	-	Liten	Det er ikke identifisert direkte nytteverdi av e-multidose for kommuneleger.

13.3.3 Pasientens legemiddelliste

Helsetjeneste-område	Fase	Relevans for innbygger og helsepersonell	Beskrivelse
 Fastlege	 Nasjonal tilrettelegging	Stor	PLL kan gi økt pasientsikkerhet og spare tid for fastlegen som ellers går med til å samstemme legemiddellista.
 Legevakt og legevakt sentral	 Nasjonal tilrettelegging	Stor	En oppdatert legemiddelliste gir et bedre grunnlag for legevakt til utredning og behandling av pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.
 Sykehjem og andre inst./boliger	 Nasjonal tilrettelegging	Stor	Helsepersonell ved sykehjem og andre institusjoner kan lettere få oversikt over hvilke legemidler innbygger tar ved innleggelse, og kan formidle oppdatert legemiddelliste ved utskriving. Nyten er størst ved korttidsavdelinger.
 Øyeblikkelig hjelp døgnplasser	 Nasjonal tilrettelegging	Stor	Helsepersonell ved KAD/ØHD kan lettere få oversikt over hvilke legemidler innbygger tar ved innleggelse, og kan formidle oppdatert legemiddelliste ved utskriving.

Helsetjeneste-område	Fase	Relevans for innbygger og helsepersonell	Beskrivelse
	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Helsepersonell ved helsestasjon og skolehelsetjeneste kan lettere få oversikt der innbygger bruker legemidler, og dette kan gjøre det tryggere å forskrive legemidler (jordmødre og helsesykepleiere)
	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Tilgang til en felles oppdatert legemiddelliste er viktig for vurdering av innsattes helsetilstand der journalen i fængsels-helsetjenesten inneholder få opplysninger.
	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Leger og ved habilitering- og rehabiliteringsinstitusjoner vil ha nytte av pasientens legemiddelliste ved mottak og ved utskrivelse. For annet helsepersonell, se "Legemidler i kjernejournal"
	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Hjemmebaserte tjenester har en sentral rolle i administrasjon av legemidler, og tilgang pasientens legemiddelliste integrert i journalløsningen vil ha stor betydning. Se også "Legemidler i kjernejournal"
	-	(Middels)	Virkningen er indirekte. Se "Legemidler i kjernejournal"
	-	Liten	Det er ikke identifisert direkte nytteverdi av pasientens legemiddelliste i kommunelegens oppgaver.

14. Vedlegg 3 – Tabeller over helsetjenesteområder og relevansen ulike nasjonale e-helseløsninger har for dem

Disse tabellene har samme innhold som i Vedlegg 2 (se kapittel 13), men er organisert etter helsetjenesteområde. Tjenestene i nasjonale e-helseløsninger er sortert fallende etter fase i verdikjeden (se kapittel 1.2) og antatt relevans for helsetjenesteområdet. Beskrivelse av relevans må tolkes med forsiktighet, da det er basert på et begrenset materiale, og relevansen av tjenestene kan endres over tid.



Fastlege

14.1 Fastleger

Tjeneste i nasjonal e-helseløsning	Fase	Relevans	Beskrivelse
HelseNorge: Dialogtjenester	Ny praksis i bruk	Stor	Elektronisk dialog gjør det mulig å følge opp problemstillinger utenom timeavtalene, bestille resepter og gjennomføre konsultasjoner i form av meldinger eller video (e-konsultasjon). Det er tidligere vist at mange innbyggere opplever at det er bedre for dem å formulere seg skriftlig enn muntlig (22) og en del problemstillinger kan følges opp uten at fysisk tilstedeværelse er nødvendig.
HelseNorge: Administrasjon av timeavtaler	Ny praksis i bruk	Stor	Elektronisk administrasjon av timeavtaler kan gjøre det lettere for fastlegekontoret å få utnyttet kapasiteten. For helsesekretærer kan det være ressursbesparende ikke å måtte bruke like mye tid til å besvare telefoner. Færre telefoner kan gi bedre kapasitet til å svare de som likevel ringer, og andre henvendelser kan fordeles og besvares uavhengig av telefontid. For innbygger kan det være tidsbesparende når man slipper å være avhengig av åpningstiden og kapasiteten på telefon for å bestille en time. Det å kunne se de ledige timene selv kan gjøre det lettere å finne en tid som passer.
Kjernejournal: Legemidler i kjernejournal	Ny praksis i bruk	Stor	Fastleger har allerede tilgang til legemiddelinformasjon i pasientjournalen og via e-resept. Kjernejournal gir imidlertid fastlegen resepthistorikk for 3 år, samt at den også viser hva slags legemidler som er hentet ut. I tilfeller hvor legemidler følges opp i for eksempel primærteam ved fastlegekontorer, kan helsepersonell uten rekvireringsrett få god oversikt over pasientens legemiddelbruk. Det er også nyttig å se grafisk på omfang av utlevering av legemidler i kjernejournal – man får oversikt raskt.
Kjernejournal: Tilgang til COVID-19 prøvesvar (luftveis-panel)	Ny praksis i bruk	Stor	Innhenting av pasientens resultater av SARS-Cov-2 (COVID 19) tester, uavhengig av hvor prøven er tatt, har vesentlig verdi.
E-resept: E-resepter (elektronisk forskrivning)	Ny praksis i bruk	Stor	Fastleger forskriver legemidler flere ganger daglig, og i praksis bruker alle e-resepter i dag.

Tjeneste i nasjonal e-helseløsning	Fase	Relevans	Beskrivelse
Kjernejournal: Kritisk informasjon integrert i journalløsningen (API)	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Fastleger har behov for tilgang til kritisk informasjon for å tilpasse utredning og behandling, og redusere risiko for pasientskade, for eksempel ved legemiddelallergier og ved medisinsk tilstand som krever særlig oppmerksomhet. Dette er spesielt viktig ved nye pasienter. En felles fremstilling av kritisk informasjon kan spare tid, og sikre at beskrivelser fra andre aktører i helsetjenesten når frem til fastlegen.
Kjernejournal: Journalinnsyn (dokumentdeling)	Nasjonal tilrettelegging	Stor	For fastlegene er det nyttig å kunne innhente journalopplysninger fra helseforetak i tilfellene hvor informasjonen som er formidlet i vanlige kanaler som epikrise ikke er tilstrekkelig.
Kjernejournal: Tilgang til nasjonal informasjonstjeneste for laboratorie- og radiologisvar	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Tilgang til laboratorie- og radiologisvar fra andre aktører har ofte nytte i situasjoner der eventuelle tidligere gjennomførte undersøkelser har betydning for vurderingen. Det er også nyttig for å se etter trender i svarene, ved å sammenligne nye resultater med eldre.
E-resept: E-multidose	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Fastlege er som regel ansvarlig for å vedlikeholde lista over legemidler for innbyggere som har behov for multidose. Dette arbeidet er lettere med e-multidose enn med papirbaserte skjema. Enkelte fastleger har støtte for e-multidose i sine journalløsninger, men videre utbredelse er i praksis avhengig av SFM. (24)
E-resept: Pasientens legemiddelliste	Nasjonal tilrettelegging	Stor	PLL kan gi økt pasientsikkerhet og spare tid for fastlegen som ellers går med til å samstemme legemiddellista.



14.2 Legevakt og legevaktssentral

På legevakt benyttes som regel fastlegesystemer.

Tjeneste i nasjonal e-helseløsning	Status	Relevans	Beskrivelse
Kjernejournal: Legemidler i kjernejournal	Ny praksis i bruk	Stor	Legemidler i kjernejournal gir oversikt over legemidler som er tatt ut, og kan derfor gi legen et bedre bilde av hvilke legemidler som faktisk er i bruk. Det gir også god informasjon om legemiddelbruk over tid, står pasienten på antipsykotika eller B-preparater, kan det si mye om helsesituasjonen.
E-resept: E-resepter (elektronisk forskrivning)	Ny praksis i bruk	Stor	Legevaktsleger forskriver legemidler flere ganger daglig, og de fleste bruker e-resept i dag.
Kjernejournal: Tilgang til COVID-19 prøvesvar (luftveispanel)	Ny praksis i bruk	Stor	Innhenting av pasientens resultater av SARS-Cov-2 (COVID 19) tester, uavhengig av hvor prøven er tatt har vesentlig verdi i pasientarbeidet.

Tjeneste i nasjonal e-helseløsning	Status	Relevans	Beskrivelse
HelseNorge: Dialogtjenester	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Stor*	Elektronisk dialog kan være nyttig for å få besvart spørsmålene som oppstår etter at pasienten har forlatt legevakta, for eksempel om forventet varighet av smerter, når en skade kan belastes, etc.
HelseNorge: Administrasjon av timeavtaler	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Stor	En del kommuner har tilgjengeliggjort mulighet til å bestille time for COVID-19 testing på legevakt. Administrasjon av timeavtaler kan videre ha verdi der pasienter skal tilbake til legevakten for kontroll av gitt behandling.
Kjernejournal: Kritisk informasjon integrert i journalløsningen (API)	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Helsepersonell ved legevakt har behov for tilgang til kritisk informasjon for å tilpasse utredning og behandling, og redusere risiko for pasientskade. Dette er særlig nyttig der legevaktslegen ikke kjenner pasienten fra før av. En felles fremstilling av kritisk informasjon kan spare tid.
Kjernejournal: Journalinnsyn (dokumentdeling)	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Legevakt kan ha stor nytte av innsyn i pasientjournal ved helseforetak, siden de ofte ikke mottar epikrise når en pasient skrives ut. Tilgangen til opplysningene kan forhindre unødvendige reinnleggelse, f.eks. ved å avklare tilstander som allerede er under behandling andre steder.
Kjernejournal: Tilgang til nasjonal informasjonstjeneste for laboratorie- og radiologisvar	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Tilgang til laboratorie- og radiologisvar fra andre aktører har ofte nytte der pasienten har et uavklart helseproblem.
E-resept: Pasientens legemiddelliste	Nasjonal tilrettelegging	Stor	En oppdatert legemiddelliste gir et bedre grunnlag for legevakt til utredning og behandling av pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.
E-resept: E-multidose	Nasjonal tilrettelegging	Middels*	Legevaktsleger vil ofte tilpasse faste legemidler og gi legemidler som kur, men om pasienten bruker multidose, vil de oftest ikke endre multidoseforordningen til apoteket. Helsepersonellet vil ha nytte av å se lista over legemidler, som er tilgjengelig for pasienter som bruker e-multidose både ved endring av eksisterende medikasjon og ved forskrivning av nye medikamenter.



14.3 Øyeblikkelig hjelp døgnplasser (ØHD/KAD)

Ved ØHD brukes dels pleie- og omsorgsløsninger og dels fastlegesystemer. Tjenestene beskrevet under vil være i ulike faser for ulike journalløsninger, og mer detaljerte kartlegginger vil derfor kunne nyansere bildet vesentlig.

Tjeneste i nasjonal e-helseløsning	Fase	Relevans	Beskrivelse
Kjernejournal: Tilgang til COVID-19 prøvesvar (luftveispanel)	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Stor	Innhenting av pasientens resultater av SARS-Cov-2 (COVID 19) tester, uavhengig av hvor prøven er tatt har vesentlig verdi i pasientarbeidet.
Kjernejournal: Legemidler i kjernejournal	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Stor	Ved ØHD kan helsepersonell ha nytte av legemidler i kjernejournal, spesielt ved innkomst av nye pasienter og det ikke er registrert legemiddelinformasjon om pasienten i journalen ennå. Leger ved ØHD vil kunne bruke dette til for å sammenstille og dokumentere legemiddel forordning i journalen.
HelseNorge: Dialogtjenester	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Begrenset	Elektronisk dialog kan være nyttig for å få besvart spørsmålene som oppstår etter at pasienten har forlatt avdelingen. Dette kan antagelig også brukes for å avtale besøk av pårørende på ØHD.
HelseNorge: Administrasjon av timeavtaler	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Liten	Behovet for å administrere timeavtaler ved ØHD antas å være lite.
Kjernejournal: Kritisk informasjon integrert i journalløsningen (API)	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Leger ved ØHD/KAD har behov for tilgang til kritisk informasjon for å tilpasse utredning og behandling, og redusere risiko for pasientskade. En felles fremstilling av kritisk informasjon kan også spare tid.
Kjernejournal: Journalinnsyn (dokumentdeling)	Nasjonal tilrettelegging	Stor	ØHD kan med journalinnsyn innhente opplysninger som ikke allerede er formidlet med innleggesskrivet eller henvisningen, og dette kan ha betydning for videre utredning og behandling.
Kjernejournal: Tilgang til nasjonal informasjonstjeneste for laboratorie- og radiologisvar	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Tilgang til laboratorie- og radiologisvar fra andre aktører har ofte nytte der pasienten har et uavklart helseproblem og henvisningen eller journalløsningen ikke inneholder tilstrekkelige opplysninger. Det er også nyttig for å se etter trender i svarene, ved å sammenligne nye resultater med eldre.
E-resept: E-resept (elektronisk forskrivning)	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Leger ved ØHD/KAD har ofte behov for å forskrive legemidler når pasienter skrives ut til hjemmet.
E-resept: E-multidose	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Når en innbygger bruker multidose, er det viktig å ha god elektronisk støtte til å kunne endre lista over legemidler ved utskrivelse, slik at produksjonen av nye multidosestrimler blir riktig, og behandling ikke stopper opp inntil fastlegen kan vurdere dette nærmere. Helsepersonellet vil også ha nytte av å se lista over legemidler for disse innbyggerne.
E-resept: Pasientens legemiddelliste	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Helsepersonell ved KAD/ØHD kan lettere få oversikt over hvilke legemidler innbygger tar ved innleggelse, og kan formidle oppdatert legemiddelliste ved utskriving.

14.4 Sykehjem og andre institusjonsbaserte tjenester / boliger



Her brukes som regel journalløsninger for pleie og omsorg.

Tjeneste i nasjonal e-helseløsning	Fase	Relevans	Beskrivelse
HelseNorge: Dialogtjenester	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Stor	Elektronisk dialog kan gi stor verdi i dialog mellom sykehjem og pårørende, for eksempel for å orientere seg om beboers helsetilstand. Pårørende blir i mindre grad avhengig av telefontilgjengeligheten til helsekontakter og de vil kunne oppleve større mulighet for å være involvert, noe som igjen kan bidra til større trygghet. Ved korttidsopphold kan det være relevant med dialog mellom innbygger og institusjonen før og etter oppholdet.
Kjernejournal: Legemidler i kjernejournal	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Middels*	Ved innleggelse på sykehjem følger det som oftest med relevante helseopplysninger som for eksempel legemiddelbehandling, sykdomshistorie og ADL. Det er få sykehjemsleger som har tilgang på e-resept. Inntil dette er innført på sykehjem vil de ha nytte av å få tilgang til resepter og legemiddellister i kjernejournal når de skal vurdere legemiddelbehandlingen. Helsepersonell som administrere legemidler til beboerne vil også ha kunne bruke dette for å kontrollere at riktige legemidler er registrert, spesielt ved mottak av nye pasienter.
Kjernejournal: Tilgang til COVID-19 prøvesvar (luftveispanel)	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Middels	Innhenting av pasientens resultater av SARS-Cov-2 (COVID 19) tester, uavhengig av hvor prøven er tatt. Nyttien er satt til middels, fordi institusjoner ofte vil stå som rekvirent og da mottar svarene direkte fra laboratoriet. Laboratoriesvar i kjernejournal kan spille en rolle for å styre smitteverntiltak for beboere når institusjonen ikke selv står som rekvirent
HelseNorge: Administrasjon av timeavtaler	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Liten	Det er ikke funnet verdi av timeavtaler på sykehjem og andre institusjonsbaserte tjenester/boliger.
Kjernejournal: Kritisk informasjon integrert i journalløsningen (API)	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Helsepersonell ved sykehjem og andre institusjoner eller boliger har behov for tilgang til kritisk informasjon for å tilpasse utredning og behandling, og redusere risiko for pasientskade. En felles fremstilling av kritisk informasjon kan også spare tid ved innleggelse, utskriving og endring av legemiddelbehandling.
E-resept: E-resepter (elektronisk forskrivning)	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Leger har behov for å forskrive legemidler når pasienten forlater en institusjon, for eksempel etter et korttidsopphold. Helsepersonell med rekvireringsrett ved andre institusjoner har tilsvarende behov.

Tjeneste i nasjonal e-helseløsning	Fase	Relevans	Beskrivelse
E-resept: E-multidose	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Når en innbygger som bruker multidose skrives ut, er det viktig å ha god elektronisk støtte til å oppdatere lista over legemidler, slik at produksjonen av nye multidosestrimler blir riktig. Helsepersonellet vil også ha nytte av å se lista over legemidler for disse innbyggerne. Enkelte sykehjem vurderer i tillegg å bruke multidose for å forenkle legemiddeladministrasjonen.
E-resept: Pasientens legemiddelliste	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Helsepersonell ved sykehjem og andre institusjoner kan lettere få oversikt over hvilke legemidler innbygger tar ved innleggelse, og kan formidle oppdatert legemiddelliste ved utskrivning. Nytteten er størst ved korttidsavdelinger.
Kjernejournal: Journalinnsyn (dokumentdeling)	Nasjonal tilrettelegging	Middels	Sykehjem og andre institusjoner kan med journalinnsyn innhente informasjon som supplerer informasjonen som følger beboer ved mottak. Dette er viktig ved overgang mellom omsorgsnivåer, men det er også aktuelt etter polikliniske vurderinger for eksempel sårklinikk eller øyelege i tilfeller hvor svaret ikke sendes institusjonen.
Kjernejournal: Tilgang til nasjonal informasjonstjeneste for laboratorie- og radiologisvar	Nasjonal tilrettelegging	Middels	Tilgang til laboratorie- og radiologisvar fra andre aktører vil kunne ha nytte der pasienten har et uavklart helseproblem ved inntak og henvisningen eller journalløsningen ikke inneholder tilstrekkelige opplysninger.



14.5 Hjemmebaserte tjenester

Hjemmebaserte tjenester benytter journalløsninger for pleie og omsorg.

Tjeneste i nasjonal e-helseløsning	Fase	Relevans	Beskrivelse
HelseNorge: Dialogtjenester	Endring i virksomhetene	Stor	Elektronisk dialog kan benyttes til å løpende koordinere tjenester i hjemmet etter innbyggers behov og ønsker (18) I tillegg kan pårørende med fullmakt ha dialog noe som gir trygghet og bedre mulighet for involvering (23). Verdien er imidlertid avhengig av at bruken er over et minimumsnivå (20).
HelseNorge: Administrasjon av timeavtaler	Endring i virksomhetene	Stor	Det er stor forventet verdi av denne funksjonen i hjemmebaserte tjenester. Administrasjon av timeavtaler kan brukes til å avtale eller avlyse besøk fra hjemmebaserte tjenester og fra innbygger selv eller pårørende. Kalenderfunksjonen vil vise innbygger og pårørende når besøk er planlagt, og dette kan redusere antall telefonhenvendelser. I tillegg kan pårørende med fullmakt få varsel etter gjennomført besøk noe som kan bidra til trygghet. Verdien er imidlertid avhengig av at bruken er over et minimumsnivå (20).

Tjeneste i nasjonal e-helseløsning	Fase	Relevans	Beskrivelse
Kjernejournal: Legemidler i kjernejournal	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Stor	Helsepersonell som bistår pasienten med å ta legemidler vil ha stor nytte av å få tilgang til resepter og legemiddel-lister i kjernejournal for å kontrollere at riktige legemidler blir delt ut. I tillegg er dette en viktig kilde til å se hvilke resepter som snart må fornyes for å unngå opphold i legemiddelbehandlingen. Denne nytten vil øke etter hvert som e-multidose og pasientens legemiddelliste blir utbredt.
Kjernejournal: Tilgang til COVID-19 prøvesvar (luftveispanel)	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Stor	Innhenting av pasientens resultater av SARS-Cov-2 (COVID 19) tester, uavhengig av hvor prøven er tatt. Dette gir bedre mulighet til å velge rekkefølge og identifisere behov for smittevernstiltak ved hjemmebesøk.
Kjernejournal: Kritisk informasjon integrert i journalløsningen (API)	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Ved mistanke om overfølsomhetsreaksjon på legemidler eller andre akutte tilstander kan helsepersonell i hjemmebaserte tjenester ha nytte av tilgang til kritisk informasjon.
E-resept: E-multidose	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Hjemmebaserte tjenester har en sentral rolle i administrasjon av legemidler, også ved multidose. Tilgang på ordinasjonskortet i e-multidose integrert i journalløsningen vil ha vesentlig betydning. (24) Virkningen er også indirekte, ved at flere trolig vil bruke multidose ved bedre elektronisk støtte. Se også "Legemidler i kjernejournal".
E-resept: Pasientens legemiddelliste	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Hjemmebaserte tjenester har en sentral rolle i administrasjon av legemidler, og tilgang pasientens legemiddelliste integrert i journalløsningen vil ha stor betydning. Se også "Legemidler i kjernejournal"
Kjernejournal: Journalinnsyn (dokumentdeling)	Nasjonal tilrettelegging	Middels*	Det er stor spredning i verdien helsepersonell opplever at journalinnsyn har for hjemmebaserte tjenester. Noen opplever den som stor, andre som middels eller begrenset. Hjemmebaserte tjenester kan med journalinnsyn få utfyllende informasjon som ellers ikke er formidlet via meldingsutveksling etter utskrivelser, eller når pasienten ankommer hjemmet. Dette kan også være aktuelt etter polikliniske vurderinger som påvirker sykepleien, for eksempel om det er gjort endringer på sårprosedyre.
Kjernejournal: Tilgang til nasjonal informasjonstjeneste for laboratorie- og radiologisvar	Nasjonal tilrettelegging	Begrenset	I hjemmebaserte tjenester er det begrenset nytte av prøvesvar fra laboratoriet, da de ofte får den informasjon via fastlege, eller gjennom epikriser om pasienten har vært innlagt i spesialisthelsetjenestene. I de situasjoner hvor hjemmebaserte tjeneste samarbeider tett om medisinsk oppfølging av pasienten er det likevel relevant informasjon eksempelvis oppfølging av INR ved antikoagulasjonsbehandling.
E-resept: E-resepter (elektronisk forskrivering)	-	-	Se "Legemidler i kjernejournal"

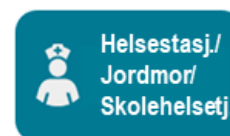


14.6 Habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering bruker som regel journalløsninger for pleie og omsorg.

Tjeneste i nasjonal e-helseløsning	Fase	Relevans	Beskrivelse
HelseNorge: Dialogtjenester	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Stor	Digital dialog kan ha verdi ved planlegging av opphold og eventuelle konsultasjoner, samt ved formidling av informasjonsmateriell til pasient.
HelseNorge: Administrasjon av timeavtaler	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Stor	Administrasjon av timeavtaler kan ha verdi ved planlegging av konsultasjoner og opphold på institusjoner innen habilitering og rehabilitering.
Kjernejournal: Legemidler i kjernejournal	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Middels	Lege, og helsepersonell som administrerer legemiddel har behov for oversikt over legemiddel tatt ut og gyldige resepter. Legemidler i kjernejournal vil derfor være et hjelpemiddel for bedre oversikt. Fysioterapeuter og annet helsepersonell vil lettere kunne tilpasse opptrening og andre tiltak til pasientens legemiddelbruk (eks. bruk av blodtrykkssenkende eller blodfortynnende legemidler).
Kjernejournal: Tilgang til COVID-19 prøvesvar (luftveispanel)	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Middels	Innhenting av pasientens resultater av SARS-Cov-2 (COVID 19) tester, uavhengig av hvor prøven er tatt. Laboratoriesvar i kjernejournal kan spille en rolle for å styre smitteverntiltak for beboere når institusjonen ikke selv står som rekvirent.
Kjernejournal: Kritisk informasjon integrert i journalløsningen (API)	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Ved mistanke om overfølsomhetsreaksjon på legemidler eller andre akutte tilstander kan helsepersonell innen habilitering og rehabilitering ha nytte av tilgang til kritisk informasjon.
Kjernejournal: Tilgang til nasjonal informasjonstjeneste for laboratorie- og radiologisvar	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Tilgang til laboratorie- og radiologisvar fra andre aktører vil kunne ha nytte der pasienten har et uavklart helseproblem ved inntak og henvisningen eller journalløsningen ikke inneholder tilstrekkelige opplysninger. Effekten regnes som større her enn for sykehjem, fordi oppholdene er kortere.
E-resept: E-resepter (elektronisk forskrivning)	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Leger som arbeider ved rehabiliteringsinstitusjoner har behov for å forskrive legemidler når pasienten skrives ut. For annet helsepersonell, se "Legemidler i kjernejournal"
E-resept: Pasientens legemiddelliste	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Leger og ved habilitering- og rehabiliteringsinstitusjoner vil ha nytte av pasientens legemiddelliste ved mottak og ved utskrivelse. For annet helsepersonell, se "Legemidler i kjernejournal"
Kjernejournal: Journalinnsyn (dokumentdeling)	Nasjonal tilrettelegging	Middels	Når fysio- og ergoterapitjenesten følger opp en pasient etter et sykehusopphold kan journalinnsyn gi utfyllende informasjon når dette eventuelt mangler i overføringsnotatet eller epikrisen. De kan for eksempel ha behov for utfyllende informasjon om funksjonsevne før og etter sykehusopphold, blant annet for å tilpasse mål for behandlingen.
E-resept: E-multidose	Nasjonal tilrettelegging	Middels	Leger ved habilitering- og rehabiliteringsinstitusjoner vil ha nytte av å oppdatere pasientens legemiddelliste for multidose ved utskrivelse. For annet helsepersonell, se "Legemidler i kjernejournal"

14.7 Helsestasjon, jordmortjeneste og skolehelsetjeneste



Helsestasjon, jordmortjeneste og skolehelsetjeneste bruker som regel egne journalløsninger.

Tjeneste i nasjonal e-helseløsning	Fase	Relevans	Beskrivelse
HelseNorge: Dialogtjenester	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Stor	Elektronisk dialog kan bidra til avklaringer utenom timeavtaler. Innbygger blir mindre avhengig av åpningstider og telefontilgjengelighet og noen kan oppleve det lettere å formulere seg skriftlig.
HelseNorge: Administrasjon av timeavtaler	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Stor	Administrasjon av timeavtaler har stor forventet verdi ved helsestasjoner og i skolehelsetjenesten (19)
Kjernejournal: Legemidler i kjernejournal	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Stor	Inntil e-resept blir innført på helsestasjon og i skolehelsetjenesten blir kjernejournalen en viktig kilde til å få oversikt over hvilke legemidler som eventuelt er forskrevet allerede.
Kjernejournal: Tilgang til COVID-19 prøvesvar (luftveispanel)	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Begrenset	Innhenting av pasientens resultater av SARS-Cov-2 (COVID 19) kan i visse tilfeller påvirke koordinering av tjenesten, hvis smittestatus ikke er kjent for pasienten.
Kjernejournal: Kritisk informasjon integrert i journalløsningen (API)	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Helsesykepleiere og jordmødre forskriver legemidler og har behov for tilgang til kritisk informasjon for å tilpasse utredning og behandling, og redusere risiko for pasientskade. Om pasienten for eksempel har allergier mot egg, kan dette gi kryssallergi mot en del vaksintyper. En felles fremstilling av kritisk informasjon kan også spare tid.
Kjernejournal: Journalinnsyn (dokumentdeling)	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Ved parallell oppfølging av barn både i helseforetak og på helsestasjon kan helsestasjon ha nytte av å innhente utfyllende informasjon, for eksempel vurdering av barnelege. Når en gravid følges opp ved både av jordmor ved helsestasjon og gynekolog ved helseforetak, kan journalinnsyn ha tilsvarende nytte.
Kjernejournal: Tilgang til nasjonal informasjonstjeneste for laboratorie- og radiologisvar	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Hvis pasienten for eksempel har en Leiden-mutasjon eller annet som er kontraindikasjon mot hormonell prevensjon, er det viktig for helsesykepleier eller jordmor å kunne slå opp labsvar før de forskriver, eventuelt sjekke kritisk informasjon i kjernejournal.
E-resept: E-resepter (elektronisk forskrivning)	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Helsesykepleiere og jordmødre forskriver utvalgte legemidler, f.eks. p-piller til ungdom.
E-resept: Pasientens legemiddelliste	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Helsepersonell ved helsestasjon og skolehelsetjeneste kan lettere få oversikt der innbygger bruker legemidler, og dette kan gjøre det tryggere å forskrive legemidler (jordmødre og helsesykepleiere)
E-resept: E-multidose	Nasjonal tilrettelegging	Begrenset	Få gravide, barn eller ungdom bruker multidose. For de innbyggere dette gjelder, vil helsepersonell ha nytte av å kunne lese innbyggers liste over legemidler.

Tjeneste-
tildeling

14.8 Tjenestetildeling

Tjenestetildeling bruker journalløsninger for pleie og omsorg, sammen med administrative løsninger.

Tjeneste i nasjonal e-helseløsning	Status	Relevans	Beskrivelse
HelseNorge: Dialogtjenester	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Stor	Elektronisk dialog mellom tildelingskontor og innbygger kan bidra til å tilpasse tjenestetilbudet til innbyggers behov og ønsker og begge parter blir mindre avhengige av åpningstider og telefontilgjengelighet.
HelseNorge: Administrasjon av timeavtaler	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Begrenset	Administrasjon av timeavtaler kan ha en rolle i å avtale vurderingsbesøk, men dette forutsetter at tjenesten i Helsenorge kan benyttes før innbygger er tildelt en kommunal helsetjeneste.
Kjernejournal: Legemidler i kjernejournal	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Begrenset	Ved vurderinger av tilpasning av tjenester kan det være nyttig å få informasjon om innbyggers bruk av legemidler, for eksempel hvor ofte innbygger skal få bistand til å ta legemidler hver dag. Dette er imidlertid avhengig av organisering av tjenestetildelingen, og hva slags informasjon som behøves.
Kjernejournal: Tilgang til COVID-19 prøvesvar (luftveispanel)	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Begrenset	Innhenting av pasientens resultater av SARS-Cov-2 (COVID 19) kan i visse tilfeller påvirke beslutning om tidspunkt for tildeling av tjenester.
Kjernejournal: Kritisk informasjon integrert i journalløsningen (API)	Nasjonal tilrettelegging	Begrenset	Helsepersonell som tildeler tjenester utøver ikke pasientrettede helsetjenester og har sjelden behov for å håndtere en akutt situasjon som krever at du har tilgang på kritisk informasjon. Informasjon om medisinsk kritiske tilstander og omfanget av legemiddelbehandling kan gi indikasjoner på hvor omfattende omsorg innbygger har behov for. Denne type informasjon vil likevel ofte være oppgitt i dokumentasjon rundt søknaden om tjenester.
Kjernejournal: Journalinnsyn (dokumentdeling)	Nasjonal tilrettelegging	Begrenset	Tildelingskontoret kan ha nytte av å innhente utfyllende informasjon om innbyggers tilstand for å vurdere funksjonsnivå og behov for tjenester når dette er beskrevet i helseforetakets journal.
Kjernejournal: Tilgang til nasjonal informasjonstjeneste for laboratorie- og radiologisvar	Nasjonal tilrettelegging	Liten	Det er ikke identifisert vesentlig nytte for tjenestetildelingskontoret av å ha tilgang til laboratorie- og radiologisvar ved vurdering eller utforming av tjenester til innbygger. Det kan være vesentlig ved for eksempel MRSA eller andre infeksjonssykdommer, men denne informasjonen vil mest sannsynlig være tilgjengelig via fastlege eller i søknadspapirer eller overføringspapirer fra sykehus.
E-resept: E-multidose	-	Begrenset	E-multidose kan være relevant for tjenestetildeling, for eksempel ved vedtak om hjelp til legemiddelhåndtering. Verdien beskrives som begrenset da de primært har behov for å vite at innbygger har behov for multidose. . Se for øvrig "Legemidler i kjernejournal"

Tjeneste i nasjonal e-helseløsning	Status	Relevans	Beskrivelse
E-resept: E-resept (elektronisk forskrivning)	-	-	Se "Legemidler i kjernejournal"
E-resept: Pasientens legemiddelliste	-	-	Virkningen er indirekte. Se "Legemidler i kjernejournal"



14.9 Fengselshelsetjeneste

Fengselshelsetjenesten bruker som regel fastlegesystemer.

Tjeneste i nasjonal e-helseløsning	Status	Relevans	Beskrivelse
Kjernejournal: Legemidler i kjernejournal	Endring i virksomhetene	Stor	Helsepersonell vil lettere få oversikt over innsattes bruk av legemidler over tid der fengselshelsetjenestens journal ikke har oppdaterte opplysninger om dette.
Kjernejournal: Tilgang til COVID-19 prøvesvar (luftveispanel)	Endring i virksomhetene	Middels	Innhenting av pasientens resultater av SARS-Cov-2 (COVID 19) tester, uavhengig av hvor prøven er tatt. Tjenesten kan ha nytte for å kunne styre smitteverntiltak for innsatte hvor journalen ikke er tilgjengelig, men det vanligste er at fengselshelsetjenesten tar prøvene selv.
E-resept: E-resept (elektronisk forskrivning)	Endring i virksomhetene	Middels	Leger i fengselshelsetjenesten kan ha nytte av e-resept når de innsatte har behov for å fortsette behandling med legemidler ved løslatelse.
HelseNorge: Dialogtjenester	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Liten	Elektronisk dialog og administrasjon av timeavtaler er lite relevant i fengselshelsetjenesten, med unntak av evt. kommunikasjon om helsehjelpen etter at den innsatte er løslatt.
HelseNorge: Administrasjon av timeavtaler	Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten	Liten	Administrasjon av timeavtaler i Helsenorge har liten forventet nytteverdi i fengselshelsetjenesten.
Kjernejournal: Kritisk informasjon integrert i journalløsningen (API)	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Fengselsleger har av og til behov for å forskrive legemidler i fengselet, og trenger da tilgang til kritisk informasjon. Ved første gangs vurdering av innsatte er kritisk informasjon viktig kilde for å komplettere journalføringen, som er vesentlig for å tolke eventuelle akutte tilstander riktig.

Tjeneste i nasjonal e-helseløsning	Status	Relevans	Beskrivelse
Kjernejournal: Journalinnsyn (dokumentdeling)	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Fengselshelsetjenesten kan med journalinnsyn få raskere avklart en helsetilstand og behov for helsetjenester hos en innsatt når vedkommende er ukjent for fengselshelsetjenesten og er eller har vært under behandling andre steder.
Kjernejournal: Tilgang til nasjonal informasjonstjeneste for laboratorie- og radiologisvar	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Tilgang til laboratoriedata fra andre aktører vil ha nytte når fengselshelsetjenestens journal ikke har oppdaterte opplysninger og den innsatte har et uavklart helseproblem. Videre kan tilgangen til radiologiske svarrapporter spare ressurskrevende transport av innsatte om den aktuelle undersøkelse allerede er gjennomført et annet sted.
E-resept: Pasientens legemiddelliste	Nasjonal tilrettelegging	Stor	Tilgang til en felles oppdatert legemiddelliste er viktig for vurdering av innsattes helsetilstand der journalen i fengselshelsetjenesten inneholder få opplysninger.
E-resept: E-multidose	Nasjonal tilrettelegging	Begrenset	Tilgang til en felles oppdatert legemiddelliste er viktig for vurdering av innsattes helsetilstand der journalen i fengselshelsetjenesten inneholder få opplysninger. Det har også verdi å kunne oppdatere multidose ved løslatelse. Vi antar imidlertid at begge deler gjelder få pasienter.



14.10 Kommunelege og smittevern

Tjeneste i nasjonal e-helseløsning	Status	Relevans	Beskrivelse
HelseNorge: Dialogtjenester	-	Stor	Digital dialog med innbygger kan ha vesentlig verdi ved oppfølging av smittetilfeller og nærkontakter.
Kjernejournal: Tilgang til COVID-19 prøvesvar (luftveispanel)	-	Middels	Tilgang til resultater av SARS-Cov-2 (COVID 19) kan være nyttig ved oppfølging av hver nærkontakt, men det kan ikke erstatte varsling av nye smittetilfeller og de løsningene kommunene benytter i smittesporingsarbeidet.
Kjernejournal: Kritisk informasjon integrert i journal-løsningen (API)	-	Begrenset	Det er foreløpig ikke identifisert direkte nytteverdi for kommunelegen å ha tilgang til kritisk informasjon i kjernejournal, unntatt i de tilfellene kommunelegen selv følger opp utredning og behandling av pasienten.
HelseNorge: Administrasjon av timeavtaler	-	Liten	Administrasjon av timeavtaler som sådan har liten relevans for kommunelege, men ved telefonisk oppfølging av for eksempel smittede med COVID-19, kan det være aktuelt å administrere telefonavtaler i en kalender.

Tjeneste i nasjonal e-helseløsning	Status	Relevans	Beskrivelse
Kjernejournal: Journalinnsyn (dokumentdeling)	-	Liten	Det er foreløpig ikke identifisert direkte nytteverdi for kommunelegen (i administrativ stilling) i å ha tilgang til journalinnsyn i helseforetak, unntatt i de tilfellene kommunelegen selv følger opp utredning og behandling av pasienten.
Kjernejournal: Legemidler i kjernejournal	-	Liten	Det er foreløpig ikke identifisert direkte nytteverdi for kommunelegen i administrativ stilling å ha tilgang til legemidler i kjernejournal.
Kjernejournal: Tilgang til nasjonal informasjonstjeneste for laboratorie- og radiologisvar	-	Liten	Det er ikke identifisert direkte nytteverdi i kommunelegens oppgaver å ha tilgang til laboratorie- og radiologisvar.
E-resept: E-resept (elektronisk forskrivning)	-	Liten	Det er foreløpig ikke identifisert nytteverdi av e-resept i kommunelegens oppgaver.
E-resept: E-multidose	-	Liten	Det er ikke identifisert nytteverdi av e-multidose i kommunelegens oppgaver.
E-resept: Pasientens legemiddelliste	-	Liten	Det er ikke identifisert nytteverdi av pasientens legemiddelliste i kommunelegens oppgaver.

14.11 Psykisk helse og avhengighet

Behovene for helsetjenesten psykisk helse og avhengighet er omtalt i tabellene for hjemmebaserte tjenester, og sykehjem og andre institusjonsbaserte tjenester/boliger.

