



Direktoratet for
e-helse

Sentralt styringsdokument

Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg K Prioritering av tiltak i steg 2

Publikasjonens tittel:

Sentralt styringsdokument
Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg K: Prioritering av tiltak i steg 2

Rapportnummer

IE-1087

Utgitt:

Januar 2022

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

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

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Innhold

1	Innledning	4
2	Modell for prioritering av tiltak	4
2.1	Omfang som ble vurdert	5
2.2	Kriterier for prioritering	7
2.2.1	Modell for prioritering	7
2.2.2	Inngangskriterier	7
2.2.3	Prioriteringskriterier	8
2.3	Første vurderinger av måloppnåelse, kost og nytte per samhandlingsområde	9
2.3.1	Pasientens legemiddelliste	9
2.3.2	Dokumentdeling	10
2.3.3	Kritisk informasjon	10
2.3.4	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	11
2.3.5	Generiske tjenester for datadeling for digital hjemmeoppfølging	12
2.4	Resultater av første prioriteringsrunde	12
2.4.1	Konklusjon fra første prioriteringsrunde	14
3	Andre prioriteringsrunde – ytterligere kost- og nyttevurderinger	15
3.1	Omfang som ble vurdert	15
3.2	Vurderinger	16
3.2.1	Pasientens legemiddelliste	16
3.2.2	Dokumentdeling	18
3.2.3	Kritisk informasjon	20
3.2.4	Utvikling av nasjonale tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging	21
3.2.5	Foreløpig vurdering av tiltak som ikke bør inngå i steg 2	22
3.3	Resultat	23
3.3.1	Konklusjon	23

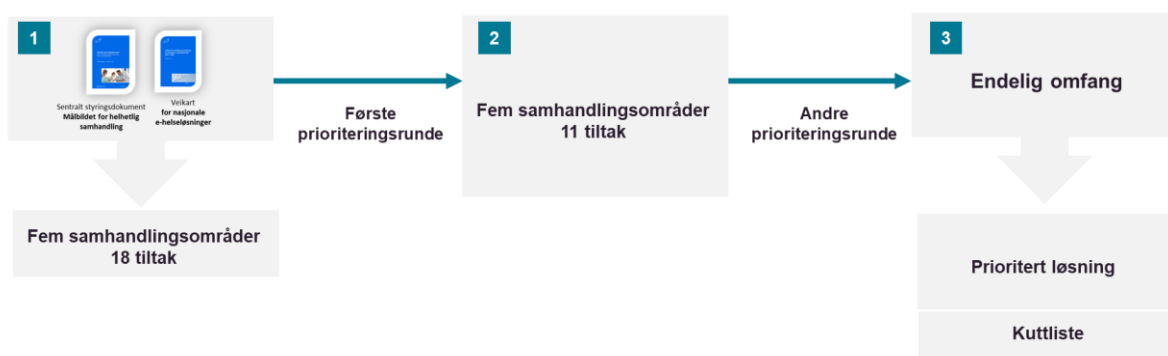
1 Innledning

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

Dokumentet er skrevet slik at det kan leses selvstendig og er ment som mer detaljerte beskrivelser av prioriteringer av omfang som er gjort for steg 2 i utviklingsretningen for samhandling.

Program digital samhandling har gjort en gjennomgang av aktuelle samhandlingsområder. Disse ble valgt på bakgrunn av oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartement og i dialog med programstyret for digital samhandling. Det er tatt utgangspunkt i veikart for nasjonale e-hesløløsninger, helsepolitiske mål og informasjonsbehovene som ble kartlagt i forprosjektet for Felles kommunal journal og helhetlig samhandling¹. Resultatet av denne gjennomgangen var et forslag til omfang med fem samhandlingsområder og 18 tiltak. Forslagene til tiltakene ble identifisert i tett samarbeid med de ulike program/prosjektmiljøene som gjennomfører pågående tiltak i det nasjonale veikartet, og bygger videre på arbeid utført i disse prosjektene. Se vedlegg B for ytterligere beskrivelse av samarbeidet. Tiltakene er vurdert og prioritert underveis og dette dokumentet skal beskrive prosessene for dette, samt hvilke vurderinger som er gjort og hva som ble endelig omfang for steg 2. Prosessen for å prioritere tiltak er overordnet beskrevet i Figur 1.

Endelig anbefalt omfang av steg 2 er beskrevet i sentralt styringsdokument for steg 2 for digital samhandling. Ytterligere detaljer av omfang er beskrevet i Vedlegg G Omfang.



Figur 1 Prosess for prioritering av tiltak

2 Modell for prioritering av tiltak

Det ble i juni 2021 satt ned en intern arbeidsgruppe for å prioritere de 18 ulike tiltakene som var identifisert. Arbeidsgruppen besto av både arkitekter, helsepersonell og økonomer. Modellen er diskutert og endret etter innspill fra programstyret, KS' fag- og prioriteringsutvalg og pågående prosjekter og programmer.

Forprosjektet mener det er nødvendig å prioritere mellom de ulike tiltakene på grunn av både budsjett- og ressursbegrensninger. De fem samhandlingsområdene med tilhørende 18 tiltak er svært omfattende, og styringsmålet (2,4 milliarder P50) som er satt for steg 2 er ikke

tilstrekkelig til å dekke alle de vurderte tiltakene. Det vil også være svært krevende for sektoren å ta imot og implementere mange større tiltak samtidig. Til dette ble det utarbeidet en prioriteringsmodell med utgangspunkt i noen sentrale kriterier. Dette kapitlet beskriver den første prioriteringsrunden.

2.1 Omfang som ble vurdert

Utgangspunktet for den første prioriteringsrunden var fem samhandlingsområder med til sammen 18 tiltak, og i tillegg tiltak for Felles hjelpenummer. Tabell 1 gir et kort sammendrag av tiltakene og samhandlingsområdene. Det er verdt å merke seg at noen begreper og omfangsbeskrivelser har endret seg fra juni 2021 og frem til leveransen av sentralt styringsdokument 20.12.2021. Tabellen gjengir et utdrag av den informasjonen som vurderingene og prioriteringene ble gjort på grunnlag av.

Tabell 1 Oversikt over samhandlingsområder og tiltak i første prioriteringsrunde

Tiltaks-ID	Navn på samhandlingsområde/tiltak	Kort beskrivelse
DBEP	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	Formålet med samhandlingsområdet er å utvikle en felles behandlings- og egenbehandlingsplan som kan deles med pasient og helsepersonell på tvers av forvaltningsnivå gjennom kjernejournal og Helsenorge.
DBEP-1	Innføring av digital behandlings- og egenbehandlingsplan for enkelte diagnoser	Tiltaket innebærer en helhetlig innføring av DBEP
DBEP-2	Innføring av felleskomponent SMART-on-FHIR	Utvikling av SMART-on-FHIR-utgave av DBEP i kjernejournal, koordinering av utvikling av støtte for SMART-on-FHIR i EPJ, og koordinering av integrasjon av DBEP som SMART-on-FHIR
DBEP-3	Verktøy for helhetlig innføring av digital behandlings- og egenbehandlingsplan	Utvikling eller anskaffelse og tilpasning av verktøy eller plattform som 1) støtter prosessen i helsefaglige miljøer for å utvikle innholdet i maler for planer og 2) gjør det enkelt for forvaltere å opprette nye maler og overføre dem til DBEP.
DBEP-4	Konseptutredning for individuell plan	Konseptutredning for individuell plan
DHO	Digital hjemmeoppfølging	Digital hjemmeoppfølging, tidligere medisinsk avstandsoppfølging, er bruk av teknologiske løsninger som gjør at pasienten kan følges opp av helse- og omsorgstjenesten hjemme.
DHO-1	Tilpasning av HL7 FHIR-profiler for bruk i Norge	Forsterke prosessen for å utvikle og bruke FHIR-profiler i Norge, og sørge for å utvikle eller bidra til utvikling av profiler for utvidet Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) og andre relevante samhandlingsprosjekter som går samtidig. I tillegg legge til rette for at EPJ og andre fagsystemer kan ta i bruk FHIR-baserte API. Dette inkluderer drift og vedlikehold av FHIR-profiler
DHO-2	Tilrettelegge felleskomponent for lokalisering av pasientinformasjon	Opprettelse av Nasjonal pasientinformasjonslokalisator (PIL) for å støtte aktuelle informasjonstjenester.

DHO-3	Generiske tjenester for datadeling for digital hjemmeoppfølging	Tiltaket skal tilrettelegge for at nye eksterne digitale løsninger raskere skal kunne utnyttes av innbyggere og helse- og omsorgstjenesten i forbindelse med behandling og oppfølging av pasienter utenfor behandlingssted.
JD	Dokumentdeling	Samhandlingsområdet omfatter deling av journaldokumenter på tvers av forvaltningsnivåer gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen
JD - 1	Videre innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører	Tilrettelegge for at alle aktørene i spesialisthelsetjenesten kan dele journaldokumenter med helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste, samt innbygger
JD - 2	Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD/KAD til andre aktører	Tilrettelegge for at legevakt og øyeblikkelig hjelp døgnenhet (ØHD)/kommunal akutt døgnenhet (KAD) kan dele journaldokumenter med andre aktører gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
JD - 3	Innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til andre aktører	Tilrettelegge for at kommunal helse- og omsorgstjeneste kan dele journaldokumenter med andre aktører gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
JD - 4	Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører	Tilrettelegge for at fastleger kan dele journaldokumenter med andre aktører gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
JD - 5	Andre helseaktører deler journaldokumenter med andre helseaktører	Tilrettelegge for at andre helseaktører kan dele journaldokumenter med andre aktører gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
JD - 6	Tilrettelegge for oppslag og visning av journaldokumenter utenfor kjernejournal	Legge til rette for at konsumenter kan få tilgang til å lese journaldokumenter fra andre aktører uten å bruke kjernejournal.
KI	Kritisk informasjon	Samhandlingsområdet innebærer at kritisk informasjon kan endres og deles av aktørene i helse- og omsorgstjenesten gjennom et felles grensesnitt i kjernejournal
KI - 1	Spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av <i>helseforetakene</i> gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
KI - 2	Fastleger og avtalespesialister tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av <i>fastleger og avtalespesialister</i> gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
KI - 3	Kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av <i>kommunale helse- og omsorgstjenester</i> gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
KI - 4	Andre helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av <i>andre helseaktører</i> gjennom felles grensesnitt i kjernejournal

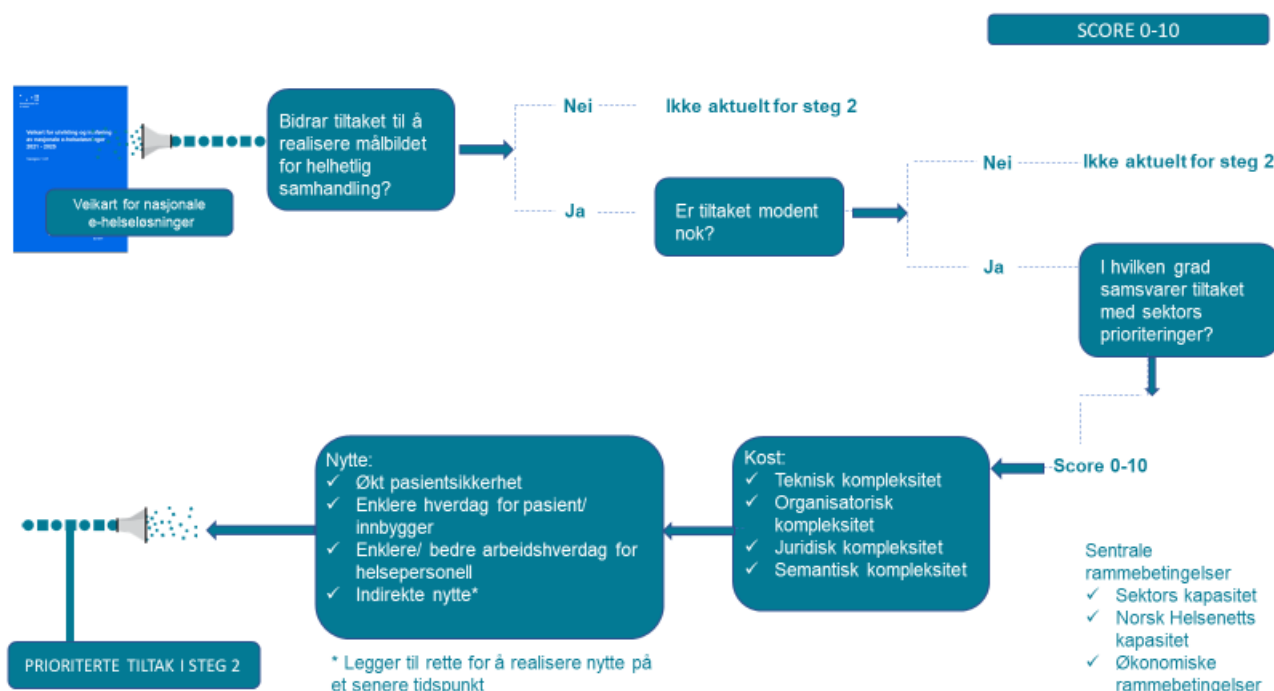
LM	Videre innføring av pasientens legemiddelliste	Samhandlingsområdet innebærer at pasientens legemiddelliste (PLL) skal tilgjengeliggjøre pasientens legemiddelopplysninger i én felles, nasjonal oversikt.
FH	Felles hjelpenummer	Omfatter behov for en tredje personidentifikator utover fødsels- og D-nummer for personer som enten ikke kvalifiserer til å bli tildelt F- eller D-nummer, eller der man ikke kjenner identiteten til vedkommende

2.2 Kriterier for prioritering

Forprosjektet har utarbeidet en modell for å prioritere hvilke tiltak som bør inngå som en del av steg 2 i program for digital samhandling. Modellen er et verktøy for å systematisere og synliggjøre fordeler og ulemper basert på utvalgte kriterier.

2.2.1 Modell for prioritering

Figur 2 viser prioriteringsmodellen som er utarbeidet av forprosjektet. Den er delt i *inngangskriterier* på venstre side og *prioriteringskriterier* på høyre side. Modellen baserer seg på prinsipper for kost-nytte, men kun kvalitative vurderinger i første omgang. Alle tiltakene sees relativt opp mot hverandre og gis en score fra 0-10 på prioriteringskriteriene hvor 10 er toppscore². Poengsummen til hvert tiltak er mindre relevant, men hvordan tiltakene står relativt mot hverandre må vurderes.



Figur 2 Modell for prioritering

2.2.2 Inngangskriterier

Inngangskriteriene skal avgjøre hvorvidt tiltaket skal vurderes ved hjelp av prioriteringskriteriene eller om det uansett ikke er aktuelt for steg 2. Dersom tiltaket ikke

² For kostnadskriteriet gis det 10 ved antatt lave kostnader og 1 ved antatt høye kostnader.

tilfredsstillende inngangskriteriene, det vil si at det ikke er mulig å svare ja på spørsmål om *modenhet* og *måloppnåelse*, er ikke tiltaket vurdert som relevant for steg 2.

Først og fremst må det vurderes om tiltaket bidrar til å realisere målbildet for helhetlig samhandling. Dersom tiltaket ikke bidrar til å realisere noen informasjonsbehov i målbildet vil det være uaktuelt for steg 2. Videre vil tiltak som ikke er inkludert i veikartet for nasjonale e-helseløsninger vurderes som uaktuelle for steg 2. Dette er i tråd med føringer fra Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) og innspill fra Programstyret.

For det andre må det vurderes om tiltaket har den *modenheten* som er nødvendig for å inngå i steg 2. Med modenhet menes om det er mulig og hensiktsmessig å planlegge realiseringen av tiltak på en måte som tilfredsstillende kravene til et sentralt styringsdokument, slik de er beskrevet i Statens prosjektmodell. Dette vurderes ved hjelp av verdikjeden for tilrettelegging og tilgjengeliggjøring av nasjonale e-helseløsninger (Figur 3). Forprosjektet har vurdert at tiltak som er i konseptfasen (fase 1) eller i gevinstrealiseringsfasen (fase 5) er uaktuelle for steg 2. Tiltak hvor det ikke er gjort et konseptvalg er svært krevende å forprosjekttere. Tiltak som er i gevinstrealiseringsfasen, er de lokale virksomhetenes ansvar, og derfor ikke aktuelle. Tiltak som er i fase 2-4 anses å være aktuelle for steg 2.



Figur 3 verdikjeden for tilrettelegging og tilgjengeliggjøring av nasjonale e-helseløsninger

2.2.3 Prioriteringskriterier

Dersom tiltaket tilfredsstillende inngangskriteriene, kan det vurderes relativt opp mot andre tiltak ved hjelp av prioriteringskriteriene. Tiltaket gis en score fra 0-10 for hvert spørsmål under kriteriene. For eksempel gis det poeng for hvert spørsmål under kostnadskriteriet. Totalsummen for kostnadskriteriet blir da snittet av spørsmålspoengene.

Prioriteringskriteriene er *måloppnåelse*, *kostnader* og *nytte*. Disse vektet likt i totalsummen.

Måloppnåelse

Under dette kriteriet gjøres det en vurdering av i hvor stor grad informasjonsbehov i målbildet for helhetlig samhandling realiseres, og hvorvidt tiltaket samsvarer med sektorens prioriteringer.³

Kostnader

Under dette kriteriet gjøres det en vurdering av tiltakets antatte kostnader. Dette inkluderer en vurdering av både teknisk og organisatorisk kompleksitet. Med dette menes det

³ Vurderingen av sektorens prioriteringer er utarbeidet av direktoratet og ikke forankret med sektoren. Vurderingene baserer seg på tilbakemeldinger gitt i tidligere arbeid.

henholdsvis om det er behov for teknisk utvikling/tilrettelegging nasjonalt og/eller lokalt, og om det er behov for et stort innføringsløp med tilhørende opplæringsaktiviteter og endrede arbeidsprosesser. Det blir i tillegg vurdert om det er behov for juridisk og/eller semantisk utvikling.

Nytte

Under dette kriteriet gjøres det en vurdering av tiltakets antatte nytte. Dette inkluderer nytte for pasienter/innbyggere og helsepersonell, samt indirekte nytte. For *pasientene* defineres nytte ved at det gjøres en vurdering av om tiltaket bidrar til økt pasientsikkerhet og en enklere hverdag for pasient/innbygger, inkludert pårørende. Dette kriteriet vektet høyere enn de andre nyttekriteriene dersom tiltak kommer likt ut. For *helsepersonell* vurderes det i hvor stor grad tiltaket bidrar til en enklere/bedre arbeidshverdag for helsepersonell, og gjør de tryggere på at beslutningsgrunnlaget er riktig.

Til sist er det et kriterium for indirekte nytte hvor det gjøres en vurdering av hvorvidt tiltaket bidrar til å realisere sentral infrastruktur som legger til rette for fremtidig realisering av nytte (for eksempel plattform, samhandlingskomponenter (eksempel HelseID og felles språk), funksjonelle krav og standarder m.m.)

Basert på vurderingene av hvert kriterium gis tiltaket en totalsum som er summen av snittscoren per prioriteringskriterium.

2.3 Første vurderinger av måloppnåelse, kost og nytte per samhandlingsområde

Under følger mer detaljerte vurderinger av samhandlingsområder og prioriterte tiltak, slik det ble vurdert i første runde prioriteringsprosessen. Det er beskrevet vurdering for alle samhandlingsområder/tiltak som tilfredstilte inngangskriteriene i prioriteringsmodellen. Dette er en overordnet og foreløpig vurdering, og vurderingene ble bearbeidet og nyansert gjennom videre arbeid i forprosjektet. Merk at vurderingene av spesialisthelsetjenesten ikke inkluderer vurderinger av Helse Midt-Norge (Helseplattformen).

2.3.1 Pasientens legemiddelliste

Måloppnåelse: Dette tiltaket vil omfatte innføring og utvikling av sentral forskrivningsmodul (SFM) og realisering og innføring av pasientens legemiddelliste (PLL). Tiltaket realiserer i stor grad informasjonstjenesten legemidler og vaksiner, men det vil fortsatt gjenstå arbeid, særlig knyttet til administrasjon av legemidler og vaksiner. Tiltaket er imidlertid det viktigste for å realisere informasjonstjenesten og får derfor meget høy score på kriteriet.

Kostnader: Det skal være lite teknisk utvikling og tilrettelegging både nasjonalt og lokalt når steg 2 iverksettes. Det vil imidlertid være et svært komplekst innføringsløp med store endringer i arbeidsprosesser. Dette vil medføre store kostnader til innføring og opplæringsaktiviteter. Det vil gjenstå lite juridisk og semantisk utvikling.

Nytte: Det antas at tiltaket gir stor nytte for både helsepersonell og pasient/innbygger, men at tiltaket som del av steg 2 ikke bidrar til å realisere sentral infrastruktur. Dette vil skje gjennom sentral forskrivningsmodul (SFM), som i hovedsak utvikles før og i parallell med steg 2.⁴

⁴ Det er gitt midler til SFM til kommunal pleie- og omsorgstjeneste i statsbudsjettet for perioden 2022-2024

2.3.2 Dokumentdeling

Måloppnåelse: Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten Journaldokumenter gjennom å realisere en rekke informasjonsbehov. Sektoren prioriterer dokumentdeling i spesialisthelsetjenesten høyest da den påbegynte innføringen som allerede er startet i Helse Sør-Øst viser betydelige gevinster. Deling av dokumenter fra legevakt/ØHD/KAD og fastlegene er også høyt prioritert, men noe lavere enn i spesialisthelsetjenesten. De andre kommunale helse- og omsorgstjenestene nedprioriteres da de i større grad tar imot dokumenter enn deler.

Kostnader: I helseforetakene kan man i hovedsak gjenbruke eksisterende moduler. Tiltaket er derfor lite teknisk komplekst sammenliknet med de andre tiltakene. Det kan imidlertid være mer teknisk krevende for avtalespesialistene. For legevakt, ØHD/KAD og andre kommunale helse -og omsorgstjenester er ikke arkitekturen avklart. Det er mer teknisk komplekst lokalt da det må skje utvikling hos alle lokale EPJ-leverandører. Det samme gjelder også fastlegene, men her må det i tillegg utvikles en løsning for å sammenstille dokumenter.

Det er også variasjon mellom aktørene i organisatorisk kompleksitet. For helseforetakene antas det at dette er relativt enkelt, også for avtalespesialistene. Det forutsetter imidlertid at tilgangsstyring dekkes av steg 1 gjennom felles tillitsmodell. Legevakt, ØHD/KAD og andre kommunale helse og omsorgstjenester er relativt likt spesialisthelsetjenesten, men mer komplekst fordi det er ikke gjort et tilsvarende arbeid tidligere.

Det antas videre at det juridiske for helseforetakene inkl. avtalespesialistene, legevakt, ØHD/KAD og andre kommunale helse- og omsorgstjenester ivaretas gjennom kjernejournalforskriften. Det semantiske antas være ivaretatt for helseforetakene inkl. avtalespesialistene. For legevakt og ØHD/KAD er det mer usikkert og for andre kommunale helse- og omsorgstjenester må standarder lages. For fastlegene er det per i dag mindre struktur enn hos de andre aktørene og mye som ikke er avklart.

Nytte: Det antas at tiltaket vil gi nytte for både pasienter og helsepersonell. Det er svært mange pasienter som vil være berørt, og økt tilgang på informasjon vil gi bedre beslutninger. Pasientene slipper også i større grad å være bærer av egen informasjon. Pasientsikkerheten antas å øke mer i helseforetakene inkl. avtalespesialistene enn hos de andre aktørene.. Det antas videre at deling av dokumenter vil bidra til at helsepersonell får en enklere og bedre arbeidshverdag gjennom tilgang på dokumenter man tidligere måtte skaffe på annet vis. Samtidig vil delingen kunne medføre økt bruk av tid for helsepersonellet da mye av det som føres i dag blir brukt til egne notater. Dette gjelder særlig helseforetakene inkl. avtalespesialistene, men også fastleger. Det kan være vanskelig å dele en journaldokumenter når konteksten ikke er tilpasset. Tiltaket bidrar i liten grad til å realisere sentral infrastruktur da ingen nye komponenter skal utvikles. Komponenten finnes i spesialisthelsetjenesten og er under utprøving. For legevakt, ØHD/KAD, fastleger og andre kommunale helse- og omsorgstjenester kan det være behov for flere tekniske komponenter, da særlig knyttet til sentrale komponenter for å lagre og dele.

2.3.3 Kritisk informasjon

Måloppnåelse: Det vurderes at samhandlingsområdet kritisk informasjon i større grad bidrar til å realisere informasjonsbehov enn dokumentdeling. Dette skyldes at det på sikt realiserer én autorativ kilde for kritisk informasjon. Dette forutsetter imidlertid at det gjøres noe juridisk, og det er usikkert om det er på plass i steg 2. Helseforetakene, kommunale helse- og omsorgstjenester og andre helseaktører prioriterer kritisk informasjon lavere enn

dokumentdeling, mens fastlegene og avtalespesialistene prioriterer kritisk informasjon høyere.

Kostnader: Kritisk informasjon i helseforetakene krever at hver region har en kilde for dette. Det vil være krevende å etablere denne kilden, da informasjonen i dag ligger i ulike systemer. Teknisk kreves det en integrasjon mellom EPJ og kjernejournal. For kommunale helse- og omsorgstjenester vil dette være krevende teknisk da det må håndtere kompleksiteten fra alle systemene. Fastlegene har kun ett system per fastlege, men det er mange forskjellige systemer. For de andre helseaktørene er det høy teknisk kompleksitet da det er flere løsninger, større variasjon og dermed økt kompleksitet.

Fra et organisatorisk perspektiv er ikke kritisk informasjon spesielt krevende for helseforetakene. Det må avklares hvem som skal holde det oppdatert og hvem som skal godkjenne endringer. For fastleger og avtalespesialister og kommunale helse- og omsorgstjenester er det mer komplekst da det er behov for strukturering og de organisatoriske strukturene er ulike. Fastlegene og avtalespesialistene er i stor grad selvstendig næringsdrivende. Man vil derfor mangle ordinær linjevei for implementering. Behovet for juridisk og semantisk utvikling er lite, bortsett fra for andre helseaktører der det er usikkerhet rundt behovet.

Nytte: Det antas at tiltaket gir nytte for både helsepersonell og pasienter. Nyttien vil øke jo flere aktører som tar tiltaket i bruk. Tiltaket vil bidra til økt pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten, men i mindre grad enn dokumentdeling. Dette skyldes at det er relativt få pasienter som har kritisk informasjon, selv om denne informasjonen ofte er svært viktig. Tiltaket vil bidra til en enklere hverdag for pasientene da de i større grad slipper å være bærere av egen informasjon.

Helsepersonellet vil ha tilgang til viktig informasjon, men det vil sannsynligvis også bidra til noe merarbeid. Nyttien for helsepersonell er lavere enn for dokumentdeling. Tiltaket bidrar i liten grad til å realisere sentral infrastruktur da mesteparten av løsningene etableres lokalt.

2.3.4 Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner

Måloppnåelse: Tiltaket inkluderer innføring av digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner. Tiltaket realiserer flere informasjonsbehov, men blir ikke like høyt prioritert av sektoren som PLL og dokumentdeling i spesialisthelsetjenesten.

Kostnader: Det antas at tiltaket vil være mer teknisk komplekst enn mange av de andre tiltakene. Både kritisk informasjon og dokumentdeling i spesialisthelsetjenesten, og PLL antas å være mindre teknisk komplekst.

Tiltaket antas å være svært organisatorisk komplekst. Det er svært mange aspekter som må avklares og det vil være kostbart. Det er noe juridisk utvikling knyttet til dataansvar, men det meste er på plass gjennom kjernejournal. Semantisk utvikling knyttet til selve planen er på plass, men det må mappes til det enkelte EPJ.

Nytte: Tiltaket antas å øke pasientsikkerheten betydelig. Mangelen på tilgjengelighet til strukturerte planer er en vesentlig kilde til feil og det er i stor grad manglende koordinering. Det gjør også hverdagen til pasienten enklere da de vet hvor de skal, og når. Tiltaket antas å ha høyere nytte for pasienter enn både dokumentdeling og kritisk informasjon.

For helsepersonell vil tiltaket bidra til en enklere arbeidshverdag for de som må forholde seg til planer, og særlig for helsepersonell som må forholde seg til flere typer planer. Det vil imidlertid medføre merarbeid for de som må registrere. Tiltaket vil gi mer informasjon ved å få vite hva som er planen fremover. Dette kan påvirke beslutninger om innleggelse. Tiltaket

er vurdert å gi mer nytte for helsepersonell enn kritisk informasjon. Det vil bidra til å realisere sentral infrastruktur på lik linje med kritisk informasjon og dokumentdeling.

2.3.5 Generiske tjenester for datadeling for digital hjemmeoppfølging

Måloppnåelse: I dette tiltaket vil det trinnvis utvikles generiske tjenester for datadeling i Norsk helsenett SF sin samhandlingsplattform.

Dette tiltaket vil bidra til en raskere realisering av en rekke av informasjonstjenestene, og er en forutsetning for å realisere flere av informasjonsbehovene som er prioritert av sektoren. Det bidrar imidlertid ikke i seg selv til å realisere informasjonsbehov, og antas derfor å ha lavere direkte nytteverdi enn de andre tiltakene, på tross av at sektoren uttrykker et ønske om datadelingstjenester. Nytteverdien vil i første omgang tas ut gjennom Velferdsteknologiprogrammet.

Kostnader: Tiltaket innebærer hovedsakelig arbeid av teknisk art, og forventes å ha lave kostnader, sammenliknet med de andre tiltakene.

Nytte: Felles arkitektur og standarder/normering vil bidra til et mer velfungerende marked hvor leverandørene konkurrerer om standardiserte løsninger fremfor å utvikle hver sin løsning med risiko for innlåsnings effekter og monopoltilpasninger.

2.4 Resultater av første prioriteringsrunde

Resultatet fra modellen viser at videre innføring av pasientens legemiddelliste, videre innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører og at spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon blir høyest prioritert. Ytterligere resultater kan sees i Tabell 2, og ytterligere vurderinger kan leses i kapittel 2.3. Disse samhandlingsområdene/tiltakene vil i stor grad bidra til å realisere målbildet for helhetlig samhandling og gi høy nytte for både pasienter og helsepersonell.

Tabell 2 Resultater fra den første prioriteringsrunde

Tiltaksnavn	Kort vurdering	Resultat av prioriteringsmodellen
Tiltak som tilfredsstillter inngangskriteriene og er prioritert		
Videre innføring av pasientens legemiddelliste (LM)	Modent, stort behov og del av veikartet.	1
Videre innføring av dokumentdeling hos spesialisthelsetjenesten (JD-1)	Allerede startet innføringen. Modent, stort behov og del av veikartet.	2
Spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-1)	Modent, stort behov og del av veikartet.	3
Fastleger og avtalespesialister tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-2)	Modent, stort behov og del av veikartet.	4

Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD/KAD til andre aktører (JD-2)	Modent, middels behov og del av veikartet	5
Generiske tjenester for datadeling	Infrastrukturtiltak som er nødvendig for å realisere flere av informasjonsbehovene i målbildet.	6
Innføring av digital behandlings- og egenbehandlingsplan for enkelte diagnoser (DBEP-1)	Del av veikartet og stort behov. Er vurdert samlet med DBEP-2 og DBEP-3	7
Kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-3)	Modent, noe behov og del av veikartet.	8
Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører (JD-4)	Mindre modent enn de andre tiltakene på dokumentdeling.	9
Innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til andre aktører (JD-3)	Mindre modent, noe behov og del av veikartet	10
Andre helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-4)	Modent, noe behov og del av veikartet.	11
Tiltak som ikke tilfredsstillter inngangskriteriene		
Tilpasning av HL7 FHIR-profiler for bruk i Norge (DHO- 1)	Grunnmurstiltak, men ikke med i veikartet. Ikke aktuelt som et selvstendig tiltak i steg 2, men bør inngå som en del av arbeidet med FHIR i DBEP.	Tilfredsstillter ikke inngangskriteriene
Tilrettelegge felleskomponent for lokalisering av pasientinformasjon (DHO-2)	Konseptet for en pasientinformasjonslokalisator (PIL) har behov for nærmere utredning med tanke omfang og detaljering, samt valg og implementering av standard. Tiltaket regnes som grunnmurstiltak, og ikke aktuelt som selvstendig tiltak i steg 2.	Tilfredsstillter ikke inngangskriteriene
Beskrive referansearkitektur for datadeling for digital hjemmeoppfølging (DHO-3)	For umodent konsept selv om det er med i veikartet. Ikke aktuelt som selvstendig tiltak i steg 2.	Tilfredsstillter ikke inngangskriteriene
Konseptutredning for individuell plan (DBEP-4)	For umodent konsept. Vurdere å anbefale en konseptvalgutredning senere.	Tilfredsstillter ikke inngangskriteriene
Andre helseaktører deler journaldokumenter med andre helseaktører (JD-5)	Vanskelig å vurdere da konseptet er umodent. Ikke aktuelt som et selvstendig tiltak i steg 2.	Tilfredsstillter ikke inngangskriteriene
Tilrettelegge for oppslag og visning av journaldokumenter utenfor kjernejournal (JD-6)	Vanskelig å vurdere da konseptet er umodent. Ikke aktuelt som et selvstendig tiltak i steg 2, men kan være en aktuell løsning på lengre sikt	Tilfredsstillter ikke inngangskriteriene

Felles hjelpenummer (FH)	Ikke i veikartet, men del av grunnmur. Usikkerheter ved arbeidet til Skatteetaten. Ikke aktuelt som selvstendig tiltak i steg 2.	Tilfredsstillers ikke inngangskriteriene
--------------------------	--	--

2.4.1 Konklusjon fra første prioriteringsrunde

Forprosjektet for digital samhandling har analysert og prioritert en rekke tiltak med utgangspunkt i veikartet for å kunne vurdere hvilke tiltak som bør inngå i steg 2. Ved hjelp av prioriteringsmodellen beskrevet har forprosjektet ekskludert tiltak som ikke tilfredstilte inngangskriteriene, og vurdert de øvrige tiltakene ved hjelp av en kost-nytte-tilnærming. Resultatet fra modellen viser at videre innføring av pasientens legemiddelliste, videre innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører og at spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon blir høyest prioritert. Disse vil i stor grad bidra til å realisere målbildet for helhetlig samhandling og gi høy nytte for både pasienter og helsepersonell. Prioriteringsscoren for tiltakene kan sees under:

Tabell 3 Prioritering av 11 tiltak

Tiltak	Prioriteringsnummer
Videre innføring av pasientens legemiddelliste (LM)	1
Videre innføring av dokumentdeling hos spesialisthelsetjenesten (JD-1)	2
Spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-1)	3
Fastleger og avtalespesialister tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-2)	4
Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD til andre aktører (JD-2)	5
Generiske tjenester for datadeling	6
Innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan for enkelte diagnoser (DBEP-1)	7
Kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-3)	8
Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører (JD-4)	9
Innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til andre aktører (JD-3)	10
Alle helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-4)	11

Forprosjektet har videre identifisert et behov for tydeligere konseptvalg, både for enkelte pågående prosjekter og eventuelle fremtidige prosjekter. Dette behovet må løses for å lykkes med å realisere målbildet for helhetlig samhandling, enten i linjen i Direktoratet for e-helse eller som en del av senere steg i utviklingsretningen.

3 Andre prioriteringsrunde – ytterligere kost- og nyttevurderinger

Den første prioriteringsrunden avgrenset omfanget til 11 tiltak, men forprosjektet vurderte likevel at det var et behov for ytterligere prioriteringer. Det var blant annet behov for ytterligere vurderinger av kostnader og nytte, samt å etablere en prioritert løsning (minimumsløsning) for steg 2 med tilhørende kuttliste. Tiltakene ble også ytterligere konkretisert og ny informasjon dukket opp i dialog med programstyret, kommunene, helseforetakene og Norsk helsenett. Dette forsterket behovet for en ny prioriteringsrunde.

Hensikten med den andre prioriteringsrunden var å tydeliggjøre prosjektets leveranser og delleveranser. Arbeidet resulterte i en prosjektnebdrytingsstruktur som beskriver hvordan prosjektets løsningsomfang er delt opp i styrbare pakker.

Arbeidet med å prioritere tiltakene i steg 2 følger anbefalingene til ekstern kvalitetssikrer⁵ om en spesifisering av funksjoner og grensesnitt med klart definerte prioriterte løsninger for de ulike tiltakene. I arbeidet med prioriterte løsninger er det forsøkt å ivareta behovet for rask realisering av gevinster og nødvendigheten av mer langsiktige tiltak for å lykkes med målbildet for helhetlig samhandling.

3.1 Omfang som ble vurdert

Omfanget for andre vurderingsrunde er beskrevet i sin helhet i Vedlegg G Omfang. I tabellen under følger en kort beskrivelse av omfanget.

Tabell 4 Kort beskrivelse av tiltak per samhandlingsområde

Tiltaks-ID	Navn på samhandlingsområde/tiltak	Kort beskrivelse
LM	Pasientens legemiddelliste	
LM-1	Videre innføring av pasientens legemiddelliste	Koordinere nasjonal innføring av pasientens legemiddelliste (PLL), Sentral forskrivningsmodul (SFM) og elektronisk multidose.
JD	Dokumentdeling	
JD - 1	Videre innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører	Spesialisthelsetjenesten skal kunne dele journaldokumenter med andre aktører og innbyggere, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen,
JD - 2	Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD/KAD til andre aktører	Legevakt og ØHD/KAD skal kunne dele journaldokumenter med andre aktører og innbyggere, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.

⁵ Forprosjektet har hatt løpende dialog med ekstern kvalitetssikrer, og dermed fått konkrete råd i prosessen

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

3.2 Vurderinger

Løsningsomfanget er videre beskrevet ut fra et funksjonelt ståsted og et tjenesteperspektiv. Det funksjonelle bildet beskriver hvilke hovedfunksjoner og egenskaper løsningen skal ha, mens tjenesteperspektivet beskriver hvilke aktører som tar løsningen i bruk. Kapitlene nedenfor viser prioritert løsning og kuttlisten for de tiltakene som inngår i steg 2.

3.2.1 Pasientens legemiddelliste

Tiltaket omfatter innføring av pasientens legemiddelliste. Dette er svært høyt prioritert av aktørene i helse- og omsorgstjenesten, og forventes å gi høy nytte for både helsepersonell og innbygger. For å realisere disse gevinstene, vil det kreves endringer både i helsepersonells arbeidsprosesser, og i de IKT-verktøyene som understøtter disse

arbeidsprosessene. Som følge av dette er det også forventet at pasientens legemiddelliste vil ha store kostnader, men netto nåverdien antas å være svært høy.

Tiltaket vil realisere nytte hos både spesialisthelsetjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenester, fastleger og innbygger.

Forprosjektet anbefaler at tiltaket prioriteres svært høyt med følgende prioritert løsning og kuttliste:

Tabell 5 Prioritert løsning funksjonalitet og aktører for Pasientens legemiddelliste

Prioritert løsning- funksjonalitet	Prioritert løsning - aktører	Kuttliste
<ul style="list-style-type: none"> Liste over legemidler og kosttilskudd som pasientene, ifølge legen, til enhver tid bruker (reseptbelagte, reseptfrie) Oversikt over pasientens kritiske legemiddelreaksjoner (CAVE) Legens vurderinger av interaksjonsdata og av dobbeltforskrivninger Legens begrunnelse for endring i pågående behandling (medisinsk endring) Legens begrunnelse for seponering av legemiddelet Videreføring av multidose 	<p>Følgende aktører tar i bruk PLL: fastlegekontor, sykehus, legevakt, avtalespesialister, sykehjem, ØHD/KAD, og innbygger</p>	<p>Videreutvikling og forbedringer av SFM som ikke er kritisk for nasjonal innføring</p> <p>Nasjonal støtte og oppfølging av de siste innføringsområdene</p> <p>Innføring til aktører som kun leser legemiddellisten</p>

Det er viktig for både helsepersonell og innbygger at pasientens legemiddelliste realiserer en oversikt over legemidler og kosttilskudd i bruk (LiB). LiB-listen vil sammen med en oversikt over pasientens kritiske legemiddelreaksjoner utgjøre hoveddelen av nytten som realiseres, og sees derfor på som en prioritert løsning. Det er startet et arbeid i steg 1 som skal avklare hvordan legemiddelreaksjoner som del av pasientens legemiddelliste og kritisk informasjon skal håndteres nasjonalt.

Pasientens legemiddelliste er en samhandlingsløsning der aktørene i helsetjenesten må samarbeide for at helsepersonell med tjenstlig behov til enhver tid har oversikt over pasientens legemiddelopplysninger. Kvaliteten, tilliten og nytten av legemiddelopplysningene er avhengig av aktørenes aktive deltakelse og oppdatering av informasjon. Pasientens legemiddelliste må derfor innføres samtidig til de som gjør flest endringer på legemiddellisten. Hvis pasientens legemiddelliste kun innføres til f.eks. fastleger får fastlegene merarbeidet med å oppdatere legemiddellisten for avtalespesialister og leger ved sykehus, sykehjem, ØHD/KAD og legevakt. Dette vil også føre til risiko for at legemiddellisten ikke er oppdatert i perioder hvor pasienten benytter andre helsetjenester enn fastlegen. Dette vil redusere kvaliteten og dermed tilliten til legemiddellisten - noe som undergraver innføring og gevinstrealisering.

Tidlige innføringsområder prioriteres foran sene innføringsområder siden de tidlige områdene trolig vil få de mest omfattende forbedringstiltakene. Mindre statlig støtte og oppfølging i de sene områdene vil kunne føre til at ibrukttagelsen tar lengre tid. Det øker risikoen for at PLL ikke blir innført i området på en måte som sikrer at forventete gevinster kan realiseres.

Aktører som hyppig oppdaterer legemiddellisten prioriteres over de som kun leser legemiddellisten. Nytten for aktører som kun leser legemiddellisten forutsetter at de som oppdaterer listen gjør dette.

Videre innføring av pasientens legemiddelliste til andre aktører i helse- og omsorgstjenesten (eksempelvis helsestasjon eller tannlege) og eventuelt andre tiltak innen legemiddelfeltet, bør vurderes som en del av steg 3.

3.2.2 Dokumentdeling

Dokumentdeling innebærer at journaldokumenter gjøres tilgjengelig via grensesnitt i kjernejournal, slik at helsepersonell gjennom egen journalløsning, kan slå opp i aktuelle dokumenter som er lagret hos andre aktører. Løsningen gir helsepersonell i både kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten mulighet til å slå opp i utvalgte dokumenter fra andre tjenestesteder, der man før innhentet informasjonen gjennom manuelle rutiner. Dokumentene vil også tilgjengeliggjøres for innbyggere gjennom Helsenorger.

Dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører er allerede i gang i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest, og det vil dermed være gjort nødvendige investeringer for å tilgjengeliggjøre dokumentene i kjernejournal før 2023.

Foreløpige vurderinger basert på erfaringer fra utprøvingen viser at helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester har stor nytte av tilgang på spesialisthelsetjenestens dokumenter. Det bidrar blant annet til økt kvalitet og pasientsikkerhet, samt økt effektivitet i behandlingen.

Forprosjektet anbefaler at tiltaket prioriteres høyt med følgende prioritert løsning og kuttliste.

Tabell 6 Prioritert løsning funksjonalitet og aktører, samt kuttliste for dokumentdeling

Prioritert løsning- funksjonalitet	Prioritert løsning - aktører	Kuttliste
<p>Alle RHF/HF-ene deler de samme dokumenttypene, valgt ut etter erfaring fra utprøving.</p> <p>Etablere et nasjonalt prosjekt med formål å definere hvordan andre aktører enn RHF/HF skal dele dokumenter. Prosjektet må også definere hvilken type dokumenter som skal deles.</p>	<p>Sikre at kjernejournal er tilgjengelig for kommunale pleie- og omsorgstjenester (f.eks. hjemmetjenester og sykehjem), og ØHD/KAD. I tillegg sikre at aktører som har kjernejournal og tjenstlig behov får tilgang til å konsumere dokumenter.</p> <p>Videre innføring av dokumentdeling fra Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest slik at hele helsetjenesten har tilgang via kjernejournal</p> <p>Innføre dokumentdeling fra Helse Midt-Norge gjennom deling fra Helseplattformen slik at hele helsetjenesten har tilgang via kjernejournal</p> <p>Gjennomføre utprøving av dokumentdeling fra legevakt/ØHD og avtalespesialister</p>	<p>Innføring av dokumentdeling fra avtalespesialister slik at hele helsetjenesten har tilgang via kjernejournal</p> <p>Innføring av dokumentdeling fra legevakt/ØHD slik at hele helsetjenesten har tilgang via kjernejournal</p>

For at helsepersonell i kommunale pleie- og omsorgstjenester (f.eks. hjemmetjenester og sykehjem), og i ØHD/KAD skal kunne lese dokumenter fra spesialisthelsetjenesten må de ha tilgang til kjernejournal. Det er derfor viktig at kjernejournal er innført i pleie- og omsorgstjenesten. Videre er det forprosjektets vurdering at dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten har stor nytteverdi, og at steg 2 bør ha prioritere at helseforetak i alle regionene deler dokumenter. Som en prioritert løsning bør de dokumentene som prøves ut i dag deles, og den samme informasjonen bør også deles fra Helseplattformen.

Videre ser forprosjektet at det kan være stor nytte i å dele dokumenter fra andre aktører, som for eksempel fastleger, legevakt og ØHD/KAD. Det er i dag imidlertid ikke avklart *hvordan* delingen skal foregå og *hvilke* dokumenter som skal deles. Det foreslås derfor som en prioritert løsning at steg 2 avklarer de to problemstillingene. Det vil være særlig viktig å avklare dette for fastlegene.

Forprosjektet foreslår at utprøving av dokumentdeling fra legevakt, ØHD/KAD og avtalespesialister er en prioritert løsning. Legevakt og ØHD/KAD har allerede har dokumenter de deler i form av legevaktsnotat og utskrivningsnotat. Dokumentdeling fra avtalespesialistene, legevakt og ØHD/KAD forventes å gi positiv nytte for både kommuner, fastleger, helseforetak og innbygger. Dette er aktører som behandler svært mange pasienter og informasjonen som da finnes i deres dokumentasjon vil kunne ha stor nytte for flere enn de som mottar informasjonen som direkte mottakere. For legevakt og ØHD/KAD dreier det

seg oftest om pasienter med nyoppståtte og ulike grader av akutte tilstander der andre tjenestesteder i kjeden vil ha nytte av vurderinger som er gjort, spesielt nylig. Et stort volum av spesialisthelsetjenestens polikliniske virksomhet utøves av avtalespesialister.

Videre innføring av kjernejournal til eksempelvis helsestasjon, skolehelsetjeneste, tannhelse og andre aktører bør vurderes som en del av steg 3.

3.2.3 Kritisk informasjon

Kritisk informasjon er helseopplysninger om pasienten som det er viktig å kjenne til for å kunne gi god og sikker helsehjelp. I dag kan kritisk informasjon registreres av leger og enkelte andre via en portalløsning for kjernejournal. Norsk helsenett har ferdigstilt et grensesnitt for utveksling av kritisk informasjon med kjernejournal. API for direkte integrasjon regner man med vil øke hastigheten på registreringene og sikre bedre kvalitet i opplysningene. Grensesnittet støtter de seks ulike kategoriene av kritisk informasjon som er spesifisert i standarden for kritisk informasjon. Helsepersonell skal da, gjennom egen journalløsning, kunne endre eller dele kritisk informasjon som lagres i kjernejournal. Innbygger vil få innsyn i egen kritisk informasjon gjennom Helsenorge.

En utprøving av grensesnittet for kategorien overfølsomhetsreaksjoner er allerede i gang i Helse Vest. Det er startet et arbeid i steg 1 for å vurdere standard for kritisk informasjon i forhold til IPS (International Patient Summary) og legemiddelreaksjoner som registreres som del av e-resept kjeden.

Det er svært viktig for helsehjelp av noen pasienter i enkeltsituasjoner at kritisk informasjon er tilgjengelig til rett tid. I disse situasjonene kan nytten av løsningen være svært høy, og kan potensielt spare liv. Videre vil en løsning for å dele kritisk informasjon være viktig for å skape trygghet hos helsepersonell som står i en beslutningssituasjon. Hvor ofte det oppstår situasjoner der informasjonen ikke allerede er kjent, som for eksempel når pasienten er hos sin fastlege, er det likevel usikkerhet knyttet til.

Selv om det er usikkerhet knyttet til størrelsen på effekten av dette tiltaket er tiltaket prioritert høyt av sektor.

Forprosjektet anbefaler derfor at tiltaket prioriteres med følgende prioritert løsning og kuttliste.

Tabell 7 Prioritert løsning funksjonalitet og aktører, samt kuttliste for kritisk informasjon

Prioritert løsning- funksjonalitet	Prioritert løsning - aktører	Kuttliste
<p>Alle kategoriene for kritisk informasjon kan endres og deles via grensesnitt i kjernejournal.</p> <p>Kategoriene må som et minimum være integrert med det viktigste systemet for kritisk informasjon hos hver aktør.</p> <p>Informasjon som er registrert som kritisk informasjon i ulike journalsystem migreres ikke, men informasjon som allerede er lagret i kjernejournal beholdes.</p>	<p>Fastleger og spesialisthelsetjenesten, inkludert avtalespesialister, prøver ut og tar i bruk grensesnitt for kritisk informasjon mot kjernejournal.</p>	<p>Sykehjem og ØHD/KAD prøver ut og etablerer grensesnitt for kritisk informasjon mot kjernejournal.</p>

Det er forprosjektets vurdering at alle kategorier av kritisk informasjon skal kunne endres og deles via grensesnitt i kjernejournal hos fastleger og i spesialisthelsetjenesten, inkludert avtalespesialister, i prioritert løsning. Det har vært vurdert om det er hensiktsmessig å ha en

prioritert løsning der det lages grensesnitt for kun enkelte av kategoriene, men vi anbefaler ikke dette. Det har blitt brukt tid og ressurser på å etablere kategoriene og en endring av disse kan minske troverdigheten til kritisk informasjon. Merkostnadene ved å inkludere etablerte kategorier i kritisk informasjon er marginale og vil bidra til en høyere nytterealisering. Ved å inkludere samtlige kategorier fra oppstart kan også insentivene til å logge seg på kjernejournal og ta i bruk funksjonen øke noe. Det anbefales videre at kategoriene som et minimum må integreres med det systemet som registrerer mest kritisk informasjon hos hver aktør.⁶

Det anbefales ikke å inkludere migrering av kritisk informasjon som er registrert i ulike journalsystem, men informasjon som allerede er lagret i kjernejournal bør beholdes. Migrering er utfordrende siden strukturene lokalt og nasjonalt er så ulike. Kostnadene ved å kvalitetssikre og overføre historiske data vurderes som svært høye, mens nytten vurderes som begrenset.

Fastlegene og spesialisthelsetjenesten, inkludert avtalespesialister er de aktørene som registrerer mest kritisk informasjon, og er derfor i prioritert løsning. I de tilfeller hvor fastlegene og legevaktene bruker samme EPJ-system så vil det være mulighet for at disse legevaktene innfører API samtidig.

3.2.4 Utvikling av nasjonale tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging

I dette tiltaket vil Norsk helsenett SF trinnvis utvikle nasjonale tjenester for datadeling. Tjenestene skal kunne benyttes til forskjellige typer datadeling, både internt i virksomheter og mellom behandlingsnivåer, og må også kunne dekke datadelingsbehov mellom innbygger og helsepersonell knyttet til måleutstyr og pasientrapporterte skjema. Dette er et infrastrukturtiltak som vil legge til rette for et bedre fungerende marked og gjennom markedsmekanismer også kunne bidra til økt innovasjon og tjenesteutvikling. Det vil være en forutsetning for realisering av nytte i andre tiltak som benytter datadeling, eksempelvis tjenester for digital hjemmeoppfølging.

Det legges til grunn at Velferdsteknologiprogrammet videreføres ut 2024 uavhengig av steg 2, og at velferdsteknologisk knutepunkt overføres til Norsk helsenett SF som en nasjonal løsning. Velferdsteknologisk knutepunkt og nasjonale tjenester for datadeling må sees i sammenheng, hvor velferdsteknologisk knutepunkt fortløpende tar i bruk nasjonale tjenester for datadeling.

Forprosjektet anbefaler at tiltaket prioriteres høyt med følgende prioritert løsning og kuttliste.

Tabell 8 Prioritert løsning funksjonalitet og aktører, samt kuttliste for utvikling av nasjonale tjenester for datadeling

Prioritert løsning- funksjonalitet	Prioritert løsning - aktører	Kuttlisten
------------------------------------	------------------------------	------------

⁶ Dette gjelder i størst grad spesialisthelsetjenesten som ofte har flere fagsystemer som registrerer kritisk informasjon

<p>Utviklet nasjonale tjenester for datadeling som kan tas i bruk for digital hjemmeoppfølging.</p> <p>I første omgang skal løsningen fungere som et knutepunkt for datadeling mellom ulike fagsystemer og DHO-system, men der grensesnittene kun utveksler nødvendig informasjon om kontekst (pasient, informasjonskategori etc.)</p>	<p>Tas i bruk hos utvalgte aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste, fastleger og spesialisthelsetjenesten innenfor et område (gjøres gjennom velferdsteknologi-programmet).</p>	<p>Videreutvikle løsningen for datadeling til å håndtere mer strukturert informasjon.</p>
--	--	---

Prioritert løsning bør omfatte en begrenset mengde data, men som minimum ha strukturerte data for å koble til riktig innbygger og informasjonskategori. Nyttan av tiltaket er stort sett indirekte, da det legger til rette for bedre informasjonsflyt gjennom videreutvikling av samhandlingsplattformen. Det er velferdsteknologi-programmet som koordinerer innføring av de konkrete løsningene til innbygger og helsepersonell. Utvikling og tilgjengeliggjøring av tjenester for datadeling med standardiserte grensesnitt vil ha markede effekter og bidra til at leverandørene konkurrerer på like vilkår og bruker samme standarder. Dette reduserer risikoen for innlåsnings-effekter og vil over tid gi lavere kostnader enn om hver leverandør og kommune utvikler egne løsninger.

3.2.5 Foreløpig vurdering av tiltak som ikke bør inngå i steg 2

I den andre prioriteringsrunde ble ytterligere 5 tiltak prioritert ut av steg 2. Begrunnelsen for dette ligger i Tabell 9.

Tabell 9 Oversikt over tiltak som er vurdert utenfor steg 2

Beskrivelse av tiltak	Begrunnelse
<p>Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører</p>	<p>Det er uavklart hvilken informasjon som bør deles og hvilken nytte andre aktører vil ha av denne informasjonen. Mye av informasjonsbehovet antas dekket av pasientens legemiddelliste og kritisk informasjon.</p> <p>Kostnadene og belastningen på fastlegene ved innføring vurderes som svært høy.</p> <p>Dokumentdeling fra fastlege er fremdeles noe umodent. Fastlegenes kapasitet bør derfor prioriteres på de foreslåtte tiltakene i steg 2. Problemstillinger rundt hvilke dokumenter fastlegene skal dele, samt hvordan de skal deles avklares i steg 2 gjennom «Nasjonalt prosjekt for å avklare hvordan dokumenter skal deles og hvilke dokumenter»?</p>
<p>Innføring av dokumentdeling fra øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste (utenom fastleger, ØHD og legevakt) til andre aktører</p>	<p>Det er uavklart hvilken informasjon som bør deles fra øvrig helse- og omsorgstjeneste og hvilken nytte andre aktører vil ha av denne informasjonen. Mye av informasjonsbehovet antas dekket av pasientens legemiddelliste.</p> <p>Kostnadene vurderes som høye, samtidig som det også vil kreve kapasitet i kommunal helse- og omsorgstjenesten å innføre dokumentdeling med andre aktører. Kapasiteten i kommunal helse- og omsorgstjenesten til å innføre nye digitale løsninger bør prioriteres på de foreslåtte tiltakene i steg 2. Nyttan av at kommunal helse- og omsorgstjenesten deler dokumenter vurderes som positiv, men ikke tilstrekkelig positiv til at tiltaket anbefales prioritert i steg 2.</p>

Resterende helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Eksempel på aktører i denne gruppen er tannleger, private helseaktører uten avtale og forsvarrets sanitet. Det antas at disse relativt sjeldent vil ha behov for å registrere ny kritisk informasjon, og dersom det skulle være nødvendig vil de kunne registrere dette gjennom kjernejournal sin portal. Siden dette forekommer relativt sjeldent vil det være lite gevinster knyttet til at disse aktørene tar i bruk API. Aktører som ønsker å ta i bruk API vil likevel kunne gjøre dette uten at det gjennomføres et nasjonalt tiltak.
Innføring av digital behandlings- og egenbehandlingsplan for enkelte behandlingsgrupper	Helsedirektoratet har allerede fått investeringsmidler til dette prosjektet over medfinansieringsordningen til Digitaliseringsdirektoratet. Prosjektet vil videreføres i regi av Helsedirektoratet for å realisere nytte av disse tjenestene, og vil derfor ikke inkluderes som en del av steg 2.
Legevakt tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Legevakten kan manuelt registrere kritisk informasjon gjennom kjernejournal og den relative nytten av at legevakten deler kritisk informasjon gjennom et API anses å være lav. Legevaktens kapasitet til å ta i bruk ny funksjonalitet bør prioriteres på de andre tiltakene i steg 2 som potensielt gir høyere gevinster. I de tilfeller hvor fastlegene og legevaktene bruker samme EPJ-system så vil det være naturlig at disse innfører API samtidig.

3.3 Resultat

Basert på de vurderingene som ble gjort i andre prioriteringsrunde, beskrevet i kapittel 3.2, har forprosjektet konkludert med et endelig arbeidsomfang for steg 2, gjengitt i Tabell 10.

3.3.1 Konklusjon

Tabell 10 Endelig arbeidsomfang foreslått for steg 2

Arbeidsomfang i steg 2	
Samhandlingsområdet dokumentdeling	• Videre innføring av dokumentdeling fra helseforetakene
	• Sikre at kjernejournal innføres i pleie- og omsorgssektoren
	• Definere hvilke samarbeidsområder aktørene i helse- og omsorgssektoren skal danne for å kunne dele dokumenter, og avklare hvilke typer dokumenter som skal deles
	• Gjennomføre utprøving av dokumentdeling fra avtalespesialister, legevakt og ØHD/KAD
	• Innføre dokumentdeling for alle aktuelle avtalespesialister, legevakter og ØHD/KAD
Samhandlingsområdet kritisk informasjon	• Helseforetakene prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon.
	• Fastleger og avtalespesialister prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon

Arbeidsomfang i steg 2	
	<ul style="list-style-type: none"> • Sykehjem og ØHD/KAD prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon
Samhandlingsområdet datadeling for digital hjemmeoppfølging	<ul style="list-style-type: none"> • Utvikling av tjenester for datadeling som også dekker behov knyttet til digital hjemmeoppfølging
	<ul style="list-style-type: none"> • Videreutvikle tjenestene for datadeling til å håndtere større grad av strukturert informasjon
Samhandlingsområdet pasientens legemiddelliste	<ul style="list-style-type: none"> • Videre innføring av e-multidose • Innføring av pasientens legemiddelliste i område for område

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no