

Program digital samhandling – forprosjekt steg 2

**Prioritering av tiltak for steg 2 i program
digital samhandling**

- FORELØPIG UTKAST -

FORELØPIG UTKAST

Innhold

1. Innledning.....	2
2. Tiltak som er vurdert for steg 2.....	2
3. Kriterier for prioritering.....	5
3.1 Hvorfor prioritere?	5
3.2 Modell for prioritering.....	5
3.2.1 Inngangskriterier	6
3.2.2 Prioriteringskriterier	7
4. Resultater av prioriteringsmodellen.....	8
5. Diskusjon	10
6. Konklusjon	10
7. Vedlegg 1: Detaljerte vurderinger av hvert tiltak.....	11
7.1.1 Pasientens legemiddelliste.....	11
7.1.2 Dokumentdeling	11
7.1.3 Kritisk informasjon.....	12
7.1.4 Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	13

1. Innledning

Program for digital samhandling har, med utgangspunkt i eksisterende veikart for nasjonale e-helseløsninger og helsepolitiske mål, gjort en gjennomgang av aktuelle tiltaksområder. Basert på denne gjennomgangen har forprosjektet analysert en rekke tiltak, med det formål å prioritere hvilke tiltakspakker, herunder konkrete tiltak, som kan utgjøre steg 2 i program digital samhandling. Prioriteringen er gjort ved hjelp av en prioriteringsmodell utarbeidet av forprosjektet³.

2. Tiltak som er vurdert for steg 2

Basert på gjennomgangen av veikartet er følgende tiltaksområder med tilhørende tiltak analysert og prioritert.

Tabell 1 Oversikt over tiltaksområder/tiltak som er vurdert for steg 2

Tiltaks-ID	Navn på tiltaksområde/tiltak	Kort beskrivelse
DHO	Digital hjemmeoppfølging	Digital hjemmeoppfølging, tidligere medisinsk avstandsoppfølging, er bruk av teknologisk 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 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	Beskrive referansearkitektur for datadeling for digital hjemmeoppfølging	Tiltaket skal tilrettelegge for at nye eksterne digitale løsninger raskere skal kunne utnyttes av innbyggere og helse- og omsorgstjenesten ifm behandling og oppfølging av pasienter utenfor behandlingssted.
DBEP	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	Formålet med prosjektet er å utvikle en felles behandlings- og egenbehandlingsplan som kan deles med pasient og helsepersonell på tvers av forvaltningsnivå gjennom kjernejournal og helsenorge.no.
DBEP - 1	Innføring av digital behandling- 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 KJ, 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 behandling- 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
JD	Dokumentdeling	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	Tilrettelegge for at legevakt og ØHD kan dele journaldokumenter med andre aktører gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.

	legevakt og ØHD til andre aktører	
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	Alle helseaktører deler journaldokumenter med andre helseaktører (NB. forutsetter JD-1 – JD-4)	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 info	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>alle aktører i spesialisthelsetjenesten</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	Alle 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	Pasientens legemiddelliste (PLL) skal tilgjengeliggjøre pasientens legemiddelopplysninger i én felles, nasjonal oversikt.

FH	Felles hjelpenummer	Det er 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
----	---------------------	---

3. 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. Kriteriene er satt av forprosjektet og modellen skal diskuteres videre med Programstyret.

3.1 Hvorfor prioritere?

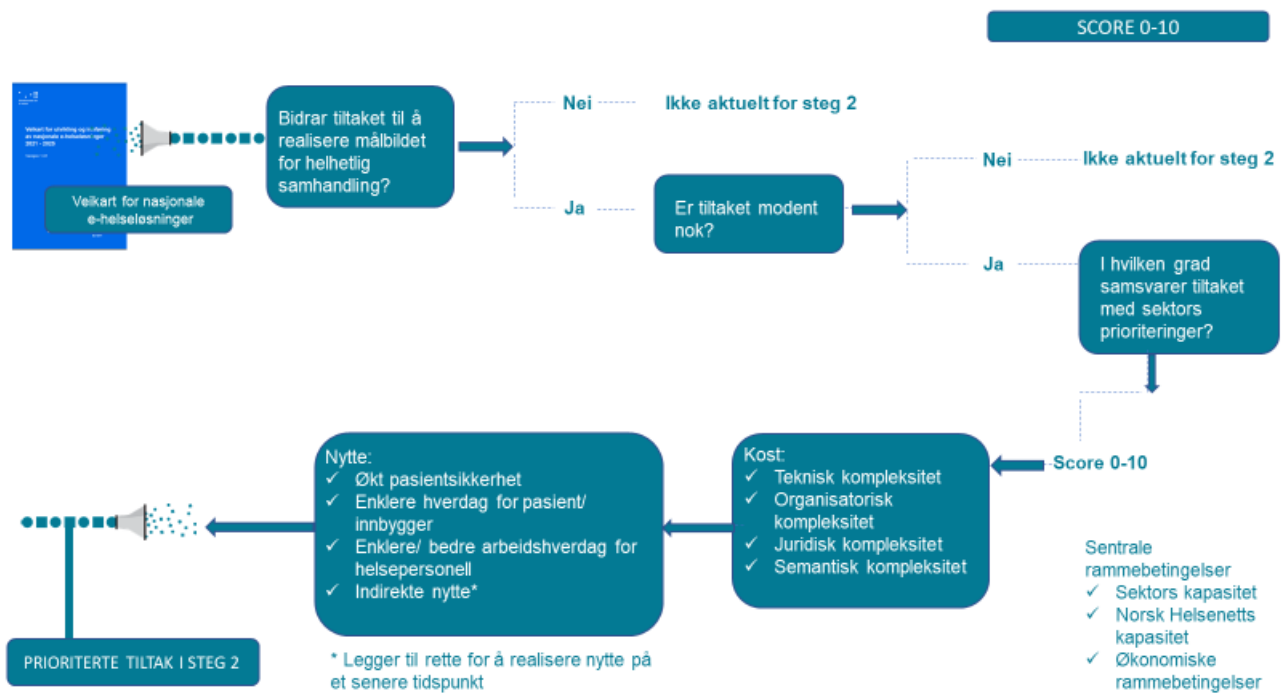
Forprosjektet mener det er nødvendig å prioritere mellom de ulike tiltakene på grunn av både budsjett- og ressursbegrensninger. Listen gjengitt i Tabell 1 er svært omfattende og det er lite sannsynlig at det antatte styringsmålet som er satt for steg 2 er tilstrekkelig til å dekke alle de vurderte tiltakene. Det er også rimelig å anta at partene i sektoren ikke har kapasitet til å ta imot og implementere mange større tiltak samtidig. Det legges derfor opp til en stegvis tilnærming hvor hvert steg inneholder tiltak i prioritert rekkefølge.

3.2 Modell for prioritering

Figur 1 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 toppscore¹. Poengsummen til hvert tiltak er mindre relevant, men hvordan tiltakene står relativt mot hverandre må vurderes.

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

Figur 1 Modell for prioritering



3.2.1 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 tilfredsstillende prioriteringskriteriene, 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-/tjeneste vil det ikke være relevant for steg 2. Videre vil alle tiltak som ikke er beskrevet i veikartet derfor 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 det 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 2). 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, om ikke umulig, å forprosjekttere. Tiltak som er i gevinstrealiseringsfasen, er de lokale virksomhetenes ansvar og derfor ikke relevant. Tiltak som er i fase 2-4 anses å være relevante for steg 2.

Figur 2 verdikjeden for tilrettelegging og tilgjengeliggjøring av nasjonale e-helseløsninger



3.2.2 Prioriteringskriterier

Dersom tiltaket tilfredsstillende inngangskriteriene, kan det sees **relativt opp** mot andre tiltak ved hjelp av prioriteringskriteriene. Tiltaket gis en score fra 0-10 for hvert spørsmål under kriteriene. For eksempel så 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-/tjeneste realiseres og hvorvidt tiltaket samsvarer med sektorens prioriteringer.²

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 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 endrete 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* gjøres det en vurdering av hvorvidt 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, funksjonelle krav og standarder m.m.)

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

² Vurderingen av sektorens prioriteringer er utarbeidet av direktoratet og ikke forankret med sektoren. Vurderingene baserer seg på tilbakemeldinger gitt i tidligere arbeid.

4. Resultater av prioriteringsmodellen

Forprosjektet har satt sammen en arbeidsgruppe bestående av samfunnsøkonomer, arkitekter og helsepersonell for å prioritere tiltakene. Dette arbeidet vil være et utgangspunkt for diskusjon med programstyrets representanter i arbeidsmøtet 26. august. Resultatet kan sees i Tabell 2 og utdypes ytterligere under tabellen.

Resultatene fra prioriteringsmodellen viser at pasientens legemiddelliste er høyest prioritert av alle tiltak. Tiltaket har høyest måloppnåelse og størst nytte for både pasienter og helsepersonell. Det forventes at tiltaket har store kostnader, særlig organisatoriske. Men på tross av det får det høyere poengsum enn de andre tiltakene.

Dokumentdeling hos spesialisthelsetjenesten prioriteres som nummer 2. Dette skyldes i hovedsak en kombinasjon av høy måloppnåelse, stor nytte for både pasienter og innbyggere til forholdsvis lave kostnader. Det blir prioritert lavere enn PLL, men høyere enn kritisk informasjon. Kritisk informasjon i spesialisthelsetjenesten prioriteres også høyt, men lavere enn dokumentdeling.

Tabell 2 Resultater fra prioriteringsmodellen

Tiltaksnavn (ID)	Kort vurdering	Resultat fra prioriteringsmodellen
Tiltak som tilfredsstiller 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
Kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-3)	Modent, behov og del av veikartet.	5
Innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan for enkelte diagnoser (DBEP-1)	Del av veikartet og stort behov. Må inkludere DBEP-2 og DBEP-3	6
Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD til andre aktører (JD-2)	Modent, behov og del av veikartet	7

Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører (JD-4)	Mindre modent enn de andre tiltakene på dokumentdeling. Tilfredsstillter inngangskriteriene.	8
Innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til andre aktører (JD-3)	Modent, behov og del av veikartet	9
Alle helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-4)	Modent, noe behov og del av veikartet.	10
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 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)	Vurdere å anbefale en konseptvalgutredning i fremtiden	Tilfredsstillter ikke inngangskriteriene
Alle helseaktører deler journalldokumenter med andre helseaktører (NB. forutsetter JD-1 – JD-4)(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 journalldokumenter 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 skatt. Ikke aktuelt som selvstendig tiltak i steg 2.	Tilfredsstillter ikke inngangskriteriene

5. Diskusjon

Forprosjektet ønsker å diskutere følgende spørsmål:

- Vurderes kriteriene i modellen som en riktig tilnærming?
- Er tiltakene riktig prioritert med bakgrunn i kriteriene i prioriteringsmodellen??
- Hvilket omfang skal steg 2 ha, og over hvor lang tid?
 - Hvor mange tiltak kan steg 2 bestå av?
- Om tiltak som ikke prioriteres i steg 2 skal vurderes for et fremtidig steg 3

6. Konklusjon

Digital samhandling ved forprosjektet har analysert og prioritert en rekke tiltak med utgangspunkt i veikartet for å kunne vurdere hvilke tiltak som skal inngå i steg 2. Ved hjelp av en prioriteringsmodell har forprosjektet ekskludert noen tiltak, og vurdert andre 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. Prioriteringscoren for tiltakene kan sees under:

Tiltak	Prioriteringsnummer
Videre innføring av pasientens legemiddelliste	1
Videre innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører	2
Spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	3
Fastleger og avtalespesialister tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	4
Kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	5
Innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan for enkelte diagnoser	6
Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD til andre aktører	7
Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører	8
Alle helseaktører deler journaldokumenter med andre helseaktører (NB. forutsetter JD-1 – JD-4)	9
Alle helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	10

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 eller som en del av steg 2.

7. Vedlegg 1: Detaljerte vurderinger av hvert tiltak

Under følger mer detaljerte vurderinger av hvert enkelt tiltak.

7.1.1 Pasientens legemiddelliste

Måloppnåelse: Dette tiltaket vil omfatte siste rest av innføring og utvikling av SFM og realisering og innføring av PLL. Tiltaket realiserer i stor grad informasjonstjenesten legemidler og vaksiner, men det vil fortsatt gjenstå arbeid. Dette er særlig knyttet til administrasjon av legemidler. Tiltaket vil heller ikke dekke vaksiner. Det er imidlertid det viktigste og mest omtalte tiltaket. Tiltaket får derfor nesten full pott på kriteriet.

Kostnader: Det skal være marginalt med 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 marginalt med juridisk og semantisk utvikling. Dette forutsetter at tiltaket kritisk informasjon også tar den semantiske utviklingen knyttet kritisk informasjon om legemidler.

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 etter planen skal skje før steg 2 iverksettes.³

7.1.2 Dokumentdeling

Måloppnåelse: Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten Journaldokumenter gjennom å tilfredsstille en rekke informasjonsbehov. Sektoren prioriterer dokumentdeling i spesialisthelsetjenesten størst da innføring allerede er startet i Helse Sør-Øst. Deling av dokumenter fra legevakt/ØHD 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 spesialisthelsetjenesten kan man i hovedsak gjenbruke eksisterende moduler. Tiltaket er derfor lite teknisk komplekst sammenliknet med de andre aktørene når det gjelder dokumentdeling. Det kan imidlertid være mer teknisk krevende for avtalespesialistene. For legevakt/ØHD og andre kommunale helse -og omsorgstjenester er ikke arkitekturen like tydelig. 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 spesialisthelsetjenesten antas det at dette er relativt enkelt. Det forutsetter imidlertid at tilgangsstyring dekkes av steg 1 gjennom felles tillitsmodell. Legevakt/ØHD og andre kommunale helse og omsorgstjenester er relativt likt spesialisthelsetjenesten, men mer komplekst fordi det er ikke er gjort noe tidligere. Dette gjelder også fastlegene, men det antas at motivasjonen for å dele er mindre.

Det antas videre at det juridiske for spesialisthelsetjenesten, legevakt/ØHD og andre kommunale helse- og omsorgstjenester ivaretas gjennom kjernejournalforskriften. Men for fastlegene blir dette mer komplisert da det finnes mange ulike avtaler. Det semantiske antas være ivaretatt for spesialisthelsetjenesten. For legevakt/ØHD er det mer usikkert og for andre kommunale helse- og omsorgstjenester må standarder lages. For fastlegen er det per i dag liten struktur og mye som ikke er avklart.

³ Dersom det ikke gis penger til realisering av SFM i statsbudsjettet for 2022 må dette inkluderes i steg 2.

Nytte: Det antas at tiltaket vil gi nytte til 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 å være bærer av egen informasjon. Pasientsikkerheten antas å øke mer i spesialisthelsetjenesten enn hos de andre aktørene. Dette skyldes at mye behandling og utredning skjer hos spesialist, og at deling av disse dokumentene er viktige. Det antas videre at deling av dokumenter fra 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 refleksjon. Dette må da føres et annet sted. Dette gjelder særlig spesialist, men også fastleger. Det kan være vanskelig å delen en journal 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 i utprøving. For legevakt/ØHD, fastleger og andre kommunale helse- og omsorgstjenester kan det være behov for flere komponenter, da særlig knyttet til sentrale komponenter for å lagre og dele.

7.1.3 Kritisk informasjon

Måloppnåelse: Det vurderes at kritisk informasjon i større grad bidrar til å realisere informasjonsbehov-/tjenester enn dokumentdeling. Dette skyldes at det på sikt realiserer en autorativ kilde og ingen master. Dette forutsetter imidlertid at det gjøres noe juridisk, og det er usikker om det er på plass i steg 2. Spesialisthelsetjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenester og andre helseaktører prioriterer dette lavere enn dokumentdeling, mens fastlegene og avtalespesialistene prioriterer kritisk informasjon høyere.

Kostnader: Kritisk informasjon i spesialisthelsetjenesten krever at informasjonen er harmonisert på tvers av alle fagsystemer. Dette vil sannsynligvis ta mange år. 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 spesialisthelsetjenesten. 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 til både helsepersonell og pasienter. Nyten 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 antallet berørte er lavere i dokumentdeling; på tross av økt alvorlighet. Det antas at tiltaket bidrar til høyere pasientsikkerhet enn dokumentdeling i hos de andre aktørene. Tiltaket vil også bidra til en enklere hverdag for pasientene da de slipper å være bærere av egen informasjon. Det antas at denne nyten er større enn for dokumentdeling, bortsett fra i spesialisthelsetjenesten.

Helsepersonellet vil ha tilgang til viktig informasjon, men det vil sannsynligvis bidra til noe merarbeid. Nyten for helsepersonell er lavere enn for dokumentdeling. Tiltaket bidrar i en viss grad til å realisere sentral infrastruktur da det bygger opp under plattformtankegangen.

7.1.4 Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner

Måloppnåelse: Tiltaket inkluderer innføring av digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner, herunder SMART on FHIR og verktøy for maler for planer som er nødvendig for å lykkes. 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 gå opp og det vil sannsynligvis 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 den enkelt EPJ.

Nytte: Tiltaket antas å øke pasientsikkerheten betydelig. Mangelen på 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 høyere nytte for pasienter enn både dokumentdeling og kritisk informasjon.

For helsepersonell vil tiltaket bli enklere for de som må forholde seg til planer, da særlig de som skal følge opp flere. 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 vil påvirke beslutninger om innleggelse. Tiltaket er vurdert å gi mer nytte for helsepersonell enn kritisk informasjon. Det vil bidra til å realisere kritisk infrastruktur på lik linje med kritisk informasjon og dokumentdeling.