

DECEMBER 2022

Utredningsrapport

Behovsbild och väg framåt för
anslutning av tredjepartsprodukter



Innehåll

1. Om uppdraget	3
1.1 Bakgrund	3
1.2 Begrepp	4
1.3 Uppdraget.....	4
1.4 Avgränsningar	4
1.5 Deltagare	4
1.6 Bilagor.....	6
2. Juridiska förutsättningar	6
2.1 Från tidigare arbete	6
2.2 SSO Federation och iFrame.....	6
2.3 Direktåtkomst för patienten	7
2.4 Samtyckesbaserat utlämnande	7
2.5 Ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation	8
2.6 Förändrad lagstiftning.....	9
2.6.1 På nationell nivå eller EU-nivå	9
2.6.2 Förslaget om ny förordning inom EU, EHDS.....	9
3. Behovsbild	10
3.1 Sammanfattning av behoven.....	10
3.2 Behov av styrinformation	Fel! Bokmärket är inte definierat.
3.3 Konkreta behov är nödvändiga	11
3.4 Behov av att se och kunna hantera bokade tider	12
3.4.1 Inledning	12
3.4.2 Se information om bokade tider	12
3.4.3 Av- och omboka tider.....	13
3.4.4 Boka tider själv	13
3.4.5 Ankomstregistrering.....	13
3.4.6 Betalning.....	14
3.4.7 Få information om högkostnadsskydd i samband med betalning	15
3.5 Behov av specifik information vid digital triagering	15
3.5.1 En automatiserad tjänst utför triageringen	15
3.5.2 Juridiska frågeställningar.....	15
3.6 Behov av att kunna röra sig smidigt mellan olika tjänster	16
3.6.1 Inledning	16

3.6.2	Djuplänkning mellan 1177 och tredjepartsprodukter	16
3.6.3	Att röra sig mellan tjänster utan att behöva logga in på nytt	17
3.7	Behov av information om vårdval och listning	17
3.8	Behov av regelverk för enskilda direktåtkomst i regionala invånartjänster	18
3.8.1	Inledning	18
3.8.2	Ärendets innehåll	18
3.8.3	Utredningens analys	18
3.8.4	Utredningens rekommendation	19
4.	Slutsatser och förslag	20
4.1	Inledning	20
4.2	Slutsatser	21
4.3	Förslag till fortsatt arbete	21

1. Om uppdraget

1.1 Bakgrund

Den här utredningen är fortsättning på ett arbete som Inera genomförde under hösten 2020 och våren 2021. Då utreddes i första hand de juridiska förutsättningarna för att tillgängliggöra patientuppgifter över vårdgivargränser i regionala invånartjänster, som appar eller webbportaler. I utredningen kallas dessa tjänster för tredjepartsprodukter utifrån perspektivet att de skulle kunna anslutas till Ineras nationella infrastruktur för att försörjas med önskad patientinformation. Med tredjepartsprodukter i utredningen avses alltså upphandlade eller egenutvecklade lösningar av vårdaktörer, lösningar som i sig *inte* hanteras av, eller erbjuds av Inera, men som kan vara i behov av Ineras nationella infrastruktur för sin informationsförsörjning.

För huvudmännens räkning hanterar Inera också flera olika *nationella* invånartjänster genom varumärket 1177, där tjänsten Journalen är ett exempel. Dessa tjänster berörs inte av utredningen.

Syftet med det inledande arbetet var alltså att utreda juridiska möjligheter att tillåta anslutning av tredjepartsprodukter för invånare till Ineras infrastruktur och tjänster, som ett komplement till att använda sig av Ineras nationella invånartjänster. Bakgrunden till utredningen var den ökade mängd av regionala och lokala patientappar och digitala tjänster som uppstått som ett sätt att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvård. Ofta är det tillräckligt om regional patientinformation kan visas upp i den typen av tjänster, men det uttrycktes behov av att i vissa fall även kunna visa upp information som genererats hos en annan vårdgivare.

Utredningen från 2021 beskrev sitt resultat i tre rapporter som finns publicerade på Inera.se och som enklast hittas genom att söka på tredjepartsprodukter. Delar av resultatet beskrivs också om igen i denna rapport, under rubriken Juridiska förutsättningar.

1.2 Begrepp

I den här rapporten används flera olika ord för att beskriva tredjepartsprodukter eftersom det begreppet i sig har visat sig kunna tolkas olika. Utredningen använder ord som applikationer, appar, patientappar, tjänster och produkter. Orden används som synonymer för att beskriva samma sak - en egenutvecklad eller upphandlade tjänst riktad till invånare som regionen väljer att använda sig av.

1.3 Uppdraget

I den tidigare utredningen sägs i förordet följande:

”Ett sätt att komma vidare skulle kunna vara att fokusera på ett konkret behov, förstå det spelrum som finns för att lösa behovet, och sedan driva frågan vidare i nära samverkan med en eller ett fåtal pilotregioner tillsammans med berörda leverantörer.”

Detta uppdrag har haft fokus på den första delen av meningen, att fokusera på ett eller flera konkreta behov och att förstå det spelrum som finns för att lösa behovet. Uppdraget har varit att ta fram en behovsbild tillsammans med de regioner som visar intresse för att delta, resonera om möjliga lösningförslag samt att föreslå fortsatt arbete.

Under pågående arbete har uppdraget också fått ett ärende förmedlat till sig från Ineras beredning, ett ärende som skickats in av Region Kronoberg utifrån samverkan och beslut om behovet inom Kundgrupp Cosmic. Ärendet har namnet ”Utveckla integrationsmöjligheter till 1177/Journalens administrationsgränssnitt för ett gemensamt admingränssnitt för enskilda direktåtkomst.” Ärendet och utredningens analys beskrivs kortfattat i denna rapport, men mer utförligt i ett svar till Ineras beredning som kommer att ta ärendet vidare i dialog med regionerna.

Uppdraget inleddes i slutet av augusti 2022 och avslutades 30 december 2022.

1.4 Avgränsningar

Begreppet tredjepartsprodukter har olika betydelse beroende på sammanhang. Uppdraget arbetar enbart med begreppet i bemärkelsen upphandlade eller egenutvecklade tjänster riktade till patienter av *offentligt finansierade aktörer*, lösningar som i sig *inte* hanteras av Inera, men som kan vara i behov av Ineras nationella infrastruktur för sin informationsförsörjning.

Uppdraget ansvarar inte för att hantera akuta lösningar av pågående juridiska eller andra frågeställningar för tredjepartsprodukter som regioner redan använder sig av utan enbart med en behovsbild och teoretiska lösningförslag som inte kan realiseras förrän efter eventuellt beslut finns om fortsatt arbete.

1.5 Deltagare

Uppdraget har haft en intern arbetsgrupp inom Inera bestående av Maria Ekendahl som uppdragsledare och Björn Hedman som IT-arkitekt. Rapporten har granskats av Manólis Nymark, jurist.

Uppdragsägare har varit Stefan Gustavsson, tf sektionschef och beställare Sara Meunier, avdelningschef för arkitektur och digital infrastruktur på Inera.

I arbetet med ärendet som lämnats in till Ineras beredning har Fredrik Rosenberg, informationssäkerhetschef på Inera, deltagit samt Rickard Edgren, verksamhetsspecialist från Nordic Medtest.

Via en förfrågan till Ineras programråd fick uppdraget kontaktpersoner från de regioner som önskade delta i utredningen. Kontaktpersonerna har i sin tur i vissa fall involverat andra som deltagit i löpande möten med Ineras arbetsgrupp för att beskriva behov och resonera kring möjliga lösningar. Utöver dessa möten har arbetsgruppen även haft ett dialogmöte med Ineras regionala programråd, inhämtat synpunkter från juridik- och informationssäkerhetsrådet, samt haft ett möte vardera med representanter för leverantörerna Cerner och Cambio.

Följande personer har deltagit vid arbetsmöten från regionerna.

Ida Kedling Jonas Lundqvist Magnus Wikström	Gävleborg
Magnus Lundblad Yvonne Marlind Henrik Mattsson Fredrik Stegmark	Halland
Fredrik Sargren Sven-Åke Svensson	Jönköping
Ragnar Styrbjörn	Kalmar
Björn Olausson Helena Sjögren	Kronoberg
Markus Ruotsalainen Petra Widerkrantz	Skåne
Josefine Hagbarth Mårten Mannström	Stockholm
Christina Hermans	Uppsala
Ida Söderström	Västerbotten
Linda Fasth	Västmanland
Maria Bülow	Örebro
Joakim Ekberg Fredrik Lindblom Thomas Muhr	Östergötland

1.6 Bilagor

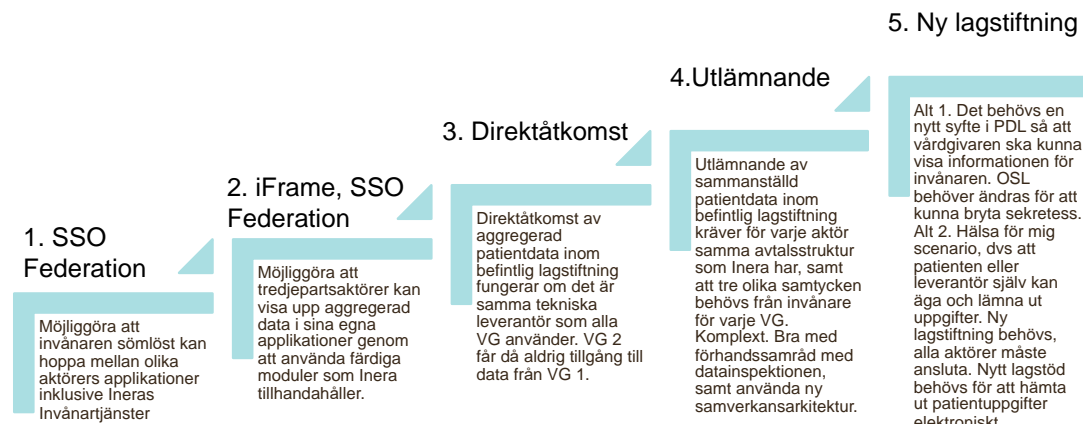
Med rapporten följer en bilaga som mer detaljerat går igenom tekniska förutsättningar för de behov som tydligast lyfts under utredningsperioden.

- Bilaga 1: Besökshantering

2. Juridiska förutsättningar

2.1 Från tidigare arbete

Utredningen från 2021 gjorde ett omfattande juridiskt arbete och beskrev sitt resultat i tre rapporter som finns publicerade på Inera.se och som hittas genom att söka på tredjepartsprodukter. I materialet beskrevs olika möjliga lösningar i en trappstegsmodell, bilden nedan. Detta uppdrag har inte haft instruktioner att göra en juridisk omprövning, utan har utgått från den tolkning och de beskrivningar som togs fram i det tidigare arbetet och som här sammanfattas.



2.2 SSO Federation och iFrame

Det nedersta trappsteget, nummer 1, innebär att invånaren rör sig mellan olika tjänster, både regionala och nationella, snarare än att all information visas upp i samma tjänst. SSO står för ”single sign-on” och innebär att invånaren inte behöver logga in på nytt varje gång hen växlar mellan olika tjänster om ska samverka på ett smidigt sätt så behöver det finnas stöd för SSO. För att uppnå detta kan tjänsterna antingen använda samma identitetstjänst eller identitetstjänster som ingår i en identitetsfederation. Regionerna använder sig redan av detta

trappsteg för flera invånartjänster, men utredningens slutsats var att detta skulle kunna utvecklas mer.

Trappsteg nummer 2 innebär att Inera producerar moduler som regionen och önskad leverantör kan integrera i sina egna tjänster genom en så kallad iFrame-lösning. Utredningen pekade på att denna lösning kan vara tekniskt utmanande, oftast begränsad i funktionalitet och även riskerar att bli dyr, vilket ledde till en rekommendation om att ta fram ett tydligt användningsfall för att utifrån det kunna göra en nytto- och kostnadsanalys.

2.3 Direktåtkomst för patienten

Det tredje trappsteget, direktåtkomst, är möjlig att använda för regioner som upphandlat samma tekniska leverantör för den patientapplikation där man vill kunna visa upp patientuppgifter över vårdgivargränser. På liknande sätt som Ineras tjänst Journalen genom en ”titta-lösning” kan visa upp all journalinformation för en invånare oavsett var den är genererad skulle exempelvis alla regioner som har upphandlat leverantören Cambios patientapplikation Min hälsa kunna visa upp en översikt för patienten som genereras av uppgifter även från de andra regionerna som använder samma tjänst (tredjepartsprodukt). Tjänsten kan däremot inte med stöd av enskilda direktåtkomst visa information från en region som har en *annan* leverantör och tjänst.

Generella förutsättningar för den här typen av tjänster med samlingsvyer är att informationen alltid är separerad per vårdgivare så att en vårdgivare aldrig har tillgång till en annan vårdgivares personuppgifter i syfte att visa upp dem för patienten. Det krävs också att leverantören, på samma sätt som Inera i dagsläget, agerar personuppgiftsbiträde åt regionerna med avtal och PUB-avtal.

2.4 Samtyckesbaserat utlämnande

Trappsteg nummer 4 i den tidigare utredningen visar en möjlig men komplicerad lösning inom gällande lagstiftning för att tredjepartsprodukter skulle kunna visa upp patientuppgifter från samtliga vårdgivare för en patient, även när vårdgivarna använder sig av olika leverantörer och tjänster. Enskilda direktåtkomst är inte möjlig som juridisk grund, och inte heller bestämmelserna om sammanhållen journalföring i PDL eftersom det är ett regelverk för utbyte av information *mellan vårdgivare* och inte för invånares åtkomst till information.

Det som återstår är att en tredjepartsprodukt kan begära att informationen blir utlämnad från en vårdgivare till en annan, i syfte att visa upp en sammanställning för invånaren. Skillnaden mellan direktåtkomst och så kallat ADB-utlämnande är att det i det senare fallet rör sig om ett kontrollerat utlämnande av en part på begäran av en annan part. Det rör sig om ett asynkront utlämnande – ett fråga-svar-utlämnande – som i praktiken innefattar en filöverföring, ungefär som Ineras tjänstekontrakt fungerar.

Om vårdgivare vill använda denna lösning visar utredningen att de behöver bygga upp en parallell avtalsstruktur som den som Inera har idag, så att ”alla har avtal med alla”. Det kommer också att spela roll om vårdgivarna som ska använda tjänsten är offentliga eller privata när scenariot om utlämnande ska realiseras eftersom de offentliga vårdgivarnas tystnadsplikt regleras i offentlighets- och sekretesslagen (OSL), medan de privata vårdgivarnas tystnadsplikt regleras i patientsäkerhetslagen (PSL).

För att ett utlämnande ska kunna ske till tjänsten kommer troligen tre olika samtycken krävas från invånaren för varje vårdgivare som erbjuder tjänsten.

- Ett samtycke för att bryta sekretessen hos VG 1 för uppgifterna till förmån för VG 2 och dennes leverantör.
- Ett samtycke till VG 1 för att denne ska kunna behandla invånarens personuppgifter inför ett utlämnande till VG 2 som har en vårdrelation till invånaren, men som inte får hantera historisk information om invånaren som finns hos en annan vårdgivare såvida det inte sker genom en remiss (begäran om övertagande av vårdansvar).
- Ett tredje samtycke till VG 2 för att denne ska kunna behandla mottagen vårddokumentation som hänför sig till en period då VG 2 inte hade en patientrelation till invånaren.

Utredningen kom fram till att det är oklart hur dessa olika samtycken kan utformas så att de möter lagstiftningens krav på att samtycke ska vara specifikt, frivilligt och informerat. Samtycke ger god kontroll för en invånare över personuppgifter, men är svåra att överblicka. Ju fler samtycken till olika vårdgivare, desto svårare att överblicka. Samtycke ska också vara informerat. Har inte invånaren förstått innebörden av de olika samtycken – tre i detta fall – så är personuppgiftsbehandlingen som genomförs i samband med transaktionen av personuppgifter från VG 1 till VG 2 och dennes tredjepartsprodukt otillåten.

Utredningen pekar på att det trots komplexiteten i detta alternativ kan finnas en lösning där Inera erbjuder någon form av samtyckestjänst och även bistår i avtalshanteringen som krävs. Att gå vidare med denna lösning kräver alltså ett fortsatt arbete som inkluderar juridiskt stöd under kravställning och utveckling. Den tidigare utredningen pekar också på de sannolikt stora kostnader som kommer att uppstå för att hantera avtal och samtycken för detta ändamål och påpekar att en kostnads-nyttoanalys bör göras som ett första steg.

2.5 Ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Efter att Ineras förra utredning gjordes har ett nytt lagförslag antagits, och den 1 januari 2023 träder lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation i kraft, nedan förkortat som SVOD. Den nya lagen ersätter de bestämmelser om sammanhållen journalföring mellan vårdgivare som fanns i patientdatalagen och innehåller även nya bestämmelser rörande de delar av socialtjänstens verksamheter som avser omsorg om äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Det innebär att vårdgivare och omsorgsgivare, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, får ha tillgång till personuppgifter hos andra vårdgivare och omsorgsgivare under vissa givna premisser.

En nyhet i SVOD är att tillgång till personuppgifter i ett system för en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation får ske på två sätt: direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. I det senare fallet avses en asynkron filöverföring genom en automatiserad fråga-svar-funktionalitet, en sådan som används exempelvis för de nationella tjänstekontrakt som Inera hanterar i den nationella tjänsteplattformen.

Lagen innebär att om ett elektroniskt utlämnande *inte* utgör direktåtkomst eller bygger på en automatiserad fråga-svar-funktion, så faller det utanför SVOD:s tillämpningsområde, vilket skulle vara fallet för ett samtyckesbaserat utlämnande av det slag som den här utredningen, och tidigare, har undersökt. Det är troligt att samtliga vårdgivare och många, kanske alla, omsorgsgivare, kommer att skapa system för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

med avsikt att kunna dela information inom ramen för den nya lagen. I teorin är det möjligt att vårdgivare parallellt skapar även ett *annat system* specifikt för samtyckesbaserat utlämnande, men det förefaller i nuläget relativt osannolikt i praktiken, då det både är komplicerat och troligen inte juridiskt genomförbart i praktiken.

2.6 Förändrad lagstiftning

2.6.1 På nationell nivå eller EU-nivå

I Ineras tidigare utredning finns området ny lagstiftning med på det högsta trappsteget, nummer fem, i den trappa över möjliga lösningar som presenteras.

Att förändra lagstiftning tar tid, men är inte omöjligt. För närvarande finns ett förslag från EU-kommissionen om en ny förordning om ett så kallat europeiskt hälsodataområde, European Health Data Space, EHDS. Om en sådan förordning träder i kraft kommer den att gälla som lag även i Sverige. Sveriges Regioner och Kommuner har dock i sitt remissvar till regeringen haft invändningar mot förslaget som beskrivs kortfattat nedan.

På nationell nivå finns också möjlighet att förändra lagstiftningen, och Ineras tidigare utredning nämner två möjliga alternativ. Antingen en helt ny lagstiftning som möjliggör den typ av hälsokonto som E-hälsomyndigheten tidigare försökt genomföra, men som fick avbrytas på grund av att nuvarande lagstiftning inte tillät det. Eller ett alternativ där OSL, Offentlighets- och sekretesslagen ändras för att kunna kan bryta sekretess mellan olika vårdgivare samt att en ändring görs i 2 kap. 4 § Patientdatalagen, PDL med ett nytt ändamål där en vårdgivare får dela information som de fått från en annan vårdgivare med invånaren. Detta skulle möjliggöra enskilda direktåtkomst i exempelvis tredjepartsprodukter.

2.6.2 Förslaget om ny förordning inom EU, EHDS

I maj 2022 publicerade EU-kommissionen ett förslag till förordning om ett så kallat europeiskt hälsodataområde, European Health Data Space, EHDS. Det går ut på att möjliggöra en förbättrad och bredare användning av hälsodata såväl inom hälso- och sjukvården som för forskning, innovation och beslutsfattande. Förslaget avser även att förenkla för en inre marknad för digitala hälso- och sjukvårdsprodukter och -tjänster genom att harmonisera reglerna inom EU.

Den ena delen i förslaget handlar om att ge invånare bättre kontroll över sina hälsodata, både i hemlandet och utomlands, genom att underlätta tillgången till egna hälsodata i elektronisk form och underlätta utbyte av uppgifter med hälso- och sjukvårdspersonal inom EU. Den här delen kallas för primäranvändning av hälsodata. Den andra delen handlar om att skapa förutsättningar för användning av hälsodata för forskning, innovation och beslutsfattande, genom att göra det möjligt för forskare, näringsliv och offentliga myndigheter att utnyttja den hälsodata som skapas i hälso- och sjukvården. Den delen kallas för sekundäranvändning av hälsodata.

I den föreslagna förordningen finns också en del som handlar om att utöka det befintliga medicintekniska regelverket med ett EU-gemensamt regelverk för elektroniska patientjournalssystem och hälsoappar och deras certifiering inom EU, och en struktur för hur översyn och nationellt myndighetsansvar ska utformas föreslås.

Förslaget är utskickat på remiss till medlemsstaterna och i Sverige har bland andra Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, gett sin syn på frågan. I remissvaret skriver SKR bland annat

att man önskar att regeringen etablerar en nationell gruppering som kan arbeta tillsammans med frågan och att den skulle kunna organiseras som en del i samverkansstrukturen inom Vision ehälsa 2025. SKR är positiva till ambitionerna i förslaget men tycker att det är väl långtgående och i flera delar överskrider EU:s befogenheter, vilket gör att framför allt primäranvändningen bör vara ett frivilligt åtagande för medlemsstaterna och inte styras av en EU-förordning. SKR anser att förslaget bör ses som en tydlig signal att se över befintlig *nationell* lagstiftning för att möjliggöra delning av data på nationell nivå mellan vårdgivare samt mellan vårdgivare och omsorgsgivare.

SKR uttalar att syftet med att dela data i första hand ska vara att ge patienter bästa möjliga hälso- och sjukvård och att kvalitetssäkra den hälso- och sjukvård som ges. SKR skriver därför att den fortsatta utvecklingen av förordningen måste säkerställa att patientnytta och patientsäkerhet alltid ges företräde om det kommer i konflikt med önskemål om fri rörlighet för varor och tjänster. SKR anser vidare att den svenska vårddokumentationen behöver utvecklas efter de behov som finns i Sverige, utan att i huvudsak styras av krav på delbarhet över gränserna och sekundär användbarhet.

3. Behovsbild

3.1 Sammanfattning av behoven

Uppdragets huvudfokus har varit att fånga de konkreta verksamhetsbehov som regionerna ser att de har av att visa upp information från andra vårdgivare i egna applikationer (tredjepartsprodukter) för invånare, och där informationsförsörjning från Ineras nationella tjänster behövs. Redan i den tidigare utredningen beskrivs behov i en separat bilaga, och några av dem har återkommit även i denna utredningsetapp.

Behovskartläggningen har lett fram till ett par behov som beskrivs närmare nedan, men utredningens slutsats är att behoven för närvarande främst rör sig kring generella hypoteser och resonemang snarare än tydliga användningsfall kopplade till konkreta planer på tjänster som regionerna vill erbjuda. Många lyfter området sammanhållen planering mellan vård och omsorg som ett stort kommande behov, men några tydliga användningsfall har utredningen inte lyckats få tag på från de kontaktpersoner som varit involverade, vilket troligtvis handlar om att de ännu inte har mejslats ut av verksamheterna. Utredningen har dock valt att använda området bokade tider som exempel på en relevant informationsmängd i en sammanhållen plan, där lösningsmöjligheter bör kunna tillämpas även för andra delar av en sådan plan.

De mest konkreta behov som utredningen uppfattat under kartläggningen kan sammanfattas som:

1. Möjlighet att visa upp bokade tider i en annan region för patienten, exempelvis från ett regionsjukhus i grannregionen dit många av regionens patienter hänvisas. Samt aktiviteter kopplade till att se sina bokade tider, som möjlighet att av- eller omboka, ankomstregistrera sig, betala och i samband med betalning få information om frikortsstatus.
2. Möjlighet för tjänster som gör en digital triagering att efterfråga specifik och situationsanpassad information om invånaren på systemnivå utan att invånaren själv

behöver fylla i exempelvis en viss diagnos eller ett resultat från en provtagning. Med hjälp av invånarens samtycke i själva triageringssituationen.

3. Möjlighet att ta del av och visa upp information om vårdval och listning.
4. Möjlighet att förbättra invånarupplevelsen när invånaren rör sig mellan olika applikationer och tjänster, exempelvis så att invånaren kommer direkt till önskad vy och inte behöver passera och leta sig fram via startsidor och menyer. Denna punkt handlar inte i egentlig mening om information som passerar vårdgivargränser, utan om behov som kan lösas inom det första och andra steget på trappstegsmodellen som beskrivits tidigare.

3.2 Konkreta behov är nödvändiga

Utredningen har i intervjuer och under arbetsmöten uppmanat regionföreträdarna att vara så konkreta som möjligt i sina användningsfall för vad man helst vill åstadkomma med hjälp av tredjepartsprodukter riktade till invånare. Särskilt när det gäller att visa upp information över vårdgivargränser. Ett tydligt beskrivet behov kan leda till specifika lösningar som är anpassade efter hur det faktiska behovet ser ut, vilken information det rör sig om och så vidare. Ju mer generellt behovet beskrivs, desto större är risken för att generella lösningsförslag inte är bäst lämpade för det man senare vill göra. Det finns även risk för att lösningar blir onödigt kostsamma eller komplicerade om de hålls på en alltför generell nivå. Detta gäller särskilt för situationer där information behöver hanteras över vårdgivargränser.

Den juridiska tolkningen innebär att den överblick och samlade information som 1177 kan åstadkomma med hjälp av enskilda direktåtkomst kräver en mycket mer omfattande hantering av flera olika samtycken samt en avtalsstruktur om vårdgivare ska hämta in och lämna ut information till sina tredjepartsprodukter. Denna hantering är inte omöjlig att lösa, men kräver samsyn och satsningar av regionerna, utöver den satsning man redan lägger på 1177-tjänster.

I intervjuer har flera representanter uppgett att man i nuläget saknar konkreta fallbeskrivningar och tydliga önskemål om exakt hur man vill använda de tredjepartsprodukter som leverantörerna erbjuder. Man ser ett möjligt och generellt behov av att kunna visa upp ”ungefär samma information som på 1177” i de appar och tjänster som man har, eller kommer att få tillgång till, så att invånaren ska kunna hitta allt oavsett var den befinner sig. Samtidigt är man tveksam till om det är lämpligt att dubblera tjänster och därmed kostnader på detta sätt.

Flera uttrycker att den oklara behovsbilden kan bero på att man uppfattar området som svårnavigerat och krångligt, framför allt juridisk, vilket gör att man förhåller sig avvaktande och eventuellt onödigt passivt. Andra uttrycker att man uppfattar att 1177 är den bästa lösningen för sådant som rör information över vårdgivargränser och att man har en strategi som säger att 1177 ska användas för just detta.

Det är möjligt att behoven utvecklas och förtydligas inom de kommande åren, särskilt kopplat till utvecklingen inom området sammanhållen planering. Inom det området är det också värt att nämna att leverantören Cambio under hösten 2022 köpt planeringsverktyget Care från företaget Frisq, ett verktyg som både har ett personal- och ett patientgränssnitt som är integrerade med vårddokumentationssystemet. Om Min hälsa är den app som framför allt har kommit upp under denna behovskartläggning kan det möjligen bli en ”vård- och omsorgsplaneringsapp” som kommer att diskuteras senare.

De behov och de lösningsförslag som diskuteras i denna rapport kan förhoppningsvis ändå bidra till att dialogen intensifieras inom och mellan regionerna för att konkretisera behoven ytterligare.

3.3 Behov av att se och kunna hantera bokade tider

3.3.1 Inledning

Ett scenario som beskrivits är att en patient, som en del av sin i övrigt regionala behandling, i vissa fall behöver uppsöka specialistvård som utförs vid ett sjukhus i en annan region. Det är inte helt ovanligt att detta sker i regioner där invånare ofta rör sig över regiongränser, men också som en allt vanligare del i standardiserade vårdprocesser där den högspecialiserade vården koncentreras till vissa orter, till exempel inom cancerområdet.

Scenariot innebär då att patienten ska kunna se en översikt av alla sina tider för behandlingar inom vårdprocessen i den regionala patienttappen (tredjepartsprodukten) och kunna av- och omboka tider inom den, oavsett vilken vårdgivare som är involverad. Scenariot gäller här en kontext-baserad översikt, där kontexten är exempelvis en specifik vårdprocess eller vårdplan.

Ett annat mer generellt scenario som beskrivits är att kunna visa upp alla patientens tider i tredjepartsprodukten, oavsett kontext, på samma sätt som 1177 gör.

Utöver att kunna se och hantera de bokade tiderna så har tankar framkommit om att patienten även skulle kunna göra en ankomstregistrering och betala i den regionala appen, även för besök över vårdgivargränser.

Nedan beskrivs möjliga lösningar övergripande. Se bilaga 1 för en mer detaljerad beskrivning.

3.3.2 Se information om bokade tider

För att kunna visa patientens bokade tider från flera olika vårdgivare i en regional tredjepartsprodukt, antingen kontextbaserat eller i form av ”alla” tider, finns två grundläggande metoder för hur informationen hämtas som funktionen kan baseras på.

Vilken av metoderna som är bäst beror på det konkreta användningsfallet.

- Hämta från en aggregerande tjänst

En aggregerande tjänst är en integrationstjänst som sammanställer all information av en viss typ (exempelvis bokade tider) från alla vårdgivare för samma patient, i dagsläget med hjälp av ett specifikt så kallat tjänstekontrakt. För att den aggregerande tjänsten ska ge ett fullständigt resultat krävs att alla tider som ska visas upp finns representerade i engagemangsindex som är en komponent i den nationella tjänsteplattformen. Om komponenten inte används likadant av alla regioner uppstår ”luckor” för invånaren som gör att denne inte kan se alla sina bokade tider utan bara vissa, vilket i dagsläget ibland är fallet på 1177.se. Det skulle även gälla för en tredjepartsprodukt med ambitionen att visa upp alla tider. 1177 utökar i dagsläget sökningen efter bokade tider genom att både använda aggregerande tjänst och samtidigt specifikt fråga efter tider från vårdenheter som invånaren har en relation med, i syfte att fånga upp så många tider som möjligt.

Om tredjepartsprodukten däremot ska visa upp enbart *vissa* av patientens bokade tider som hör till en specifik kontext så behöver produkten först hämta samtliga tider och därefter filtrera bort de tider som inte hör till kontexten. I dagens tjänstekontrakt finns inget utrymme för attribut

som ”vårdärende-id” eller liknande. En filtrering för relevanta tider behöver därför i nuläget ske baserat på vårdenhets-id eller andra attribut som finns representerade i tjänstekontrakt för tidbokningar. Filtringen sker i detta fall alltså först *efter* att tredjepartsprodukten hämtat samtliga tider vilket inte är en optimal hantering utifrån principen om uppgiftsminimering. Det är stor risk för att produkten hanterar tider i ”onödan” och potentiellt från vårdgivare som inte ingår i vårdärendet. För att kunna filtrera behöver det också finnas en metod för vilka enheter som ska filtreras bort respektive behållas.

- Hämta direkt från specifika vårdenheter

Om det finns en kontext som gör det möjligt att begränsa antalet vårdenheter vars tider ska hämtas kan en tredjepartsprodukt hämta dessa direkt via separata anrop till dessa vårdenheter. Då behövs inte en aggregerande tjänst med påföljande filtrering som beskrevs ovan.

Ett exempel kan vara att en tredjepartsprodukt enbart behöver visa upp en eller ett par utpekade vårdenheter utanför regionen, exempelvis sjukhuskliniker vid grannregionens sjukhus, eller utpekade vårdenheter som ingår i en definierad vårdplan där flera olika vårdgivare deltar. Det är värt att beakta att om en person har många kontaktorsaker hos en viss vårdenhet så kommer även direktanropsmodellen troligen att returnera tider som inte hör till en specifik kontext, till exempel från en primärvårdsenhet som invånaren besöker av många olika skäl.

För att direktadressering ska vara möjligt behöver man veta vilka vårdenheter som är relevanta att ställa frågan om bokade tider till. För detta kan man till exempel använda en vårdplan som beskriver vilka aktörer som är inblandade. I tjänstekontraktet för vårdplan finns idag möjlighet att ange vårdenhets-id för enheter som ska visa upp information, exempelvis information om bokade tider.

3.3.3 Av- och omboka tider

Om patienten kan se sina bokade tider i en tredjepartsprodukt kan det också vara önskvärt att patienten kan av- eller omboka tiderna. Detta styrs av ett attribut i den bokade tiden som signalerar vilka aktiviteter som är tillåtna från vårdgivaren och kan användas för att styra funktionalitet i applikationen, på samma sätt som funktionaliteten idag styrs på 1177.se.

3.3.4 Boka tider själv

I de diskussioner som varit aktuella inom utredningen har ingen nämnt möjligheten att patienten själv ska kunna boka en helt ny tid över vårdgivargränser i en tredjepartsprodukt. Troligen beror det på att huvudscenariot handlar om specialiserad vård där insatsen beslutas om av verksamheten som då också väljer var, av vem och när insatsen ska ske.

Teoretiskt kan man ändå se en framtida möjlighet för patienten att själv välja tidpunkten för *när* en insats ska utföras, efter att vårdpersonal beslutat om *att* den ska utföras. I ett sådant läge behöver mottagande verksamhet hos en annan vårdgivare ha ett underlag som styrker att patienten har rätt att boka en tid för den specifika insatsen, exempelvis genom att använda sig av remisser eller på annat sätt som är definierat i det lokala regelverket.

3.3.5 Ankomstregistrering

Behovet som uttryckts är att om en patient använder en tredjepartsprodukt och där kan se tiden som är bokad hos sjukhuset i en annan region så ska patienten också kunna registrera sin fysiska ankomst i samma produkt. Användningsfallet är ännu inte helt konkretiserat och påverkas av

hur regionerna avser att lösa betalningen för besöket. Om betalning ändå behöver ske fysiskt i en reception så minskar självklart nyttan för patienten av att ankomstregistrera sig digitalt.

Det grundläggande som behöver lösas är att det lokala verksamhetssystemet ska få information om att patienten är närvarande, vilket kan lösas på olika sätt.

- Registrering direkt i applikationen

Användaren ser exempelvis en knapp (eventuellt aktiverad av geografisk position, så kallad geofencing) i sin app och en knapptryckning gör att applikationen via API-er rapporterar till det lokala verksamhetssystemet. För detta behöver ett nytt API definieras, antingen i form av ett tjänstekontrakt eller någon annan form av API-definition. Väljer man tjänstekontrakt kan det rimligen placeras inom tidbokningsdomänen om man antar att ankomsten är kopplad till en bokad tid, men detta behöver diskuteras och beslutas om. Om ankomstnämnan anses höra till den bokade tiden behöver anropet som minst innehålla en referens till den bokade tiden och ett attribut för ankomsten.

- Registrering i lokal infrastruktur

I detta fall kan appen till exempel visa upp en QR kod med information om bokningen och användaren skannar koden i en automat som står på mottagningen och som i sin tur har anslutning till det lokala verksamhetssystemet. En lösning av det här slaget minskar komplexiteten och behovet av standardisering kring hur rapportering till bakomliggande verksamhetssystem ska ske eftersom det här blir en fråga för automaten. En automat kan också utformas för att hantera personer som inte använder applikationen och QR-koden, exempelvis genom att det är möjligt att manuellt skriva in ett bokningsnummer.

Det krävs dock en standardisering av hur en QR-kod utformas i tredjepartsprodukter så att den kan tolkas av en lokal automat. I sin enklaste form kan tjänsten bestå av ett bokningsnummer där den lokala installationen ansvarar för att koppla det till aktuell tidbokning.

3.3.6 Betalning

Utgångspunkten i det behov som beskrivits är att betalning ska gå direkt till den vårdgivare som utför behandlingen, vilket i scenariot är en annan vårdgivare än den som erbjuder patientappen där betalningen sker. Patienten behöver då funktioner för att betala och få kvitto på betalning, och verksamhetssystemen behöver också få ett kvitto på att betalning utförts.

Detta scenario har inte detaljerats från deltagande regioner, vilket innebär att förutsättningar för att ta fram lösningar i nuläget kan beskrivas främst i form av frågor som regionerna behöver fundera över om de vill gå vidare. Det kan också tilläggas att en av de regioner som deltagit i utredningen har påpekat hur komplicerat och därmed lågt prioriterat de anser området betalning vara som kandidat. Utredningen har därför valt att beskriva detta behov endast övergripande tills vidare.

Om en patient ska kunna betala patientavgift hos olika vårdgivare i samma applikation så behöver man ta ställning till om patienten ska slussas till aktuell betalningslösning för den involverade vårdgivaren eller om en gemensam betalningstjänst ska användas. En sådan behöver då handlas upp av respektive vårdgivare. Man kan annars definiera vilka betalningslösningar som respektive part använder och se till att applikationen kan integreras med API-er hos samtliga. Oavsett vägval behöver man säkerställa att både patienten och vårdgivare kan få ett kvitto på att besöket är betalt.

Det behövs också en klarhet i när besöket ska betalas för att hanteringen ska utformas så bra som möjligt för patienten. Det är tveksamt om digital betalning i en app ska ske vid själva ankomsten, eftersom det då behöver göras i en publik miljö som ett väntrum eller en sjukhusentré. Det är mer rimligt att besöket betalas vid den digitala bokningen (hemifrån) men att ingen debitering sker innan besöket har genomförts. Alternativt att en förskottsbetalning krediteras om besöket uteblir.

3.3.7 Få information om högkostnadsskydd i samband med betalning

I samband med betalning har det också uttryckts behov av att tredjepartsprodukten ska kunna kontrollera patientens högkostnadsskydd. Om högkostnadsskyddet innebär att betalning inte ska krävas från patienten vid besöket behöver betalningslösningen känna till det. Om patienten inte ska betala så behöver den vårdgivare som utför en behandling ändå få betalt, vilket eventuellt kan lösas genom den faktura som vårdgivaren skickar för kostnaden för behandling. I eventuellt fortsatt arbete med betalning mellan olika regioner och vårdgivare via en regional patientapplikation behöver reglerna för (utomläns)fakturering beskrivas och eventuellt utvecklas med den här typen av scenario.

3.4 Behov av specifik information vid digital triagering

3.4.1 En automatiserad tjänst utför triageringen

Allt fler regioner använder sig av digitala triageringsverktyg och tjänster av samma slag som de som initialt utvecklades av privata digitala vårdgivare. Syftet är att invånaren genom att svara på ett antal frågor kan få en första digital triagering, ofta oavsett tid på dygnet, och med hjälp av den automatiserade triageringstjänsten vägledas rätt i vården. Man kan se den automatiserade funktionen som en form av ”digital sjuksköterska” som ger automatiserade självhjälpstråd och som lotsar vidare till rätt vårdnivå. Tjänsten kan vara en tredjepartsprodukt.

Ett behov som beskrivits under denna utredning är att tjänsten, tredjepartsprodukten, skulle ha nytta av att inte bara be patienten själv svara på frågor utan även att inhämta specifik information, exempelvis om en viss diagnos, från både den egna och från andra vårdgivares vårdinformationssystem. Om en patient kommit en bit in i triageringen och frågorna handlar om luftrörsproblem skulle det kunna vara till nytta för ”den digitala sjuksköterskan” att känna till att patienten har KOL, som ett teoretiskt exempel. Att säkerställa diagnosen, genom att den hämtas från ett dokumentationssystem, innebär en mindre risk för att patienten av någon anledning missar att svara korrekt på en fråga ställd direkt till patienten själv i formuläret, och det minskar också antalet frågor som patienten behöver besvara själv för att få en triagering. Ett annat exempel kan gälla nyttan av att ”triageringsmotorn” får kännedom om resultatet av ett specifikt och relevant provtagningsresultat.

Exemplet kan liknas vid situationen då en fysisk sjuksköterska, exempelvis vid en vårdcentral, en akutmottagning eller i telefonrådgivning eftersöker information om diagnosen i ett system för sammanhållen journalföring, exempelvis Nationell patientöversikt, NPÖ, och genom att inhämta samtycke från patienten.

3.4.2 Juridiska frågeställningar

Ett fortsatt arbete inom det här området behöver utgå från relevanta exempel på situationer där specifika informationsmängder skulle medföra nytta av att inhämtas. En fortsatt juridisk

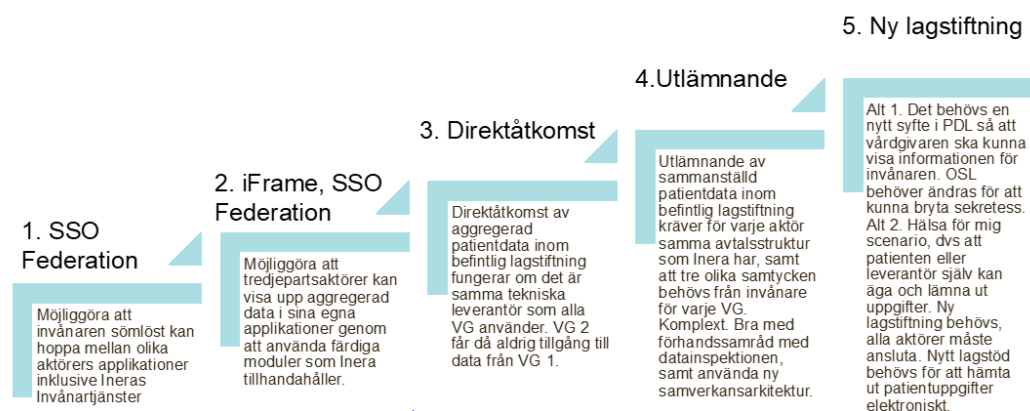
utredning behöver göras av huruvida regelverket för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kan användas i situationen med en digital sjuksköterska som agerar inom en invånarapplikation. Som beskrivits tidigare är lagstiftningen avsedd för informationsutbyte mellan vårdgivare, men inte för att invånaren själv ska få ta del av information från en annan vårdgivare i en applikation från den egna vårdgivaren.

En annan utmaning är att en automatiserad tjänst kanske inte kan anses klara de behovsbedömningar av information som uppstår i den stegvisa åtkomsten som en mänsklig yrkesutövare utför vid användning av NPÖ. Det sker ett aktivt val för att först få se vilka vårdgivare som har ospärrade uppgifter om patienten och därefter sker ytterligare ett aktivt val för att ta del av enbart relevanta uppgifter som finns hos vissa vårdgivare, men inte hos övriga vårdgivare som presenteras i en lista.

3.5 Behov av att kunna röra sig smidigt mellan olika tjänster

3.5.1 Inledning

Ineras tidigare utredning visade att en del av de behov som regionerna beskriver kring sina tredjepartsprodukter skulle kunna lösas på andra sätt än genom att information delas över vårdgivargränser, vilket är juridiskt komplicerat i dagsläget. Det handlar då om att invånaren (i stället för informationen) kan röra sig smidigt mellan olika digitala tjänster, både lokala och de som finns inom 1177. Den tidigare utredningen beskrev detta på trappstegen ett och två nedan.



3.5.2 Djuplänkning mellan 1177 och tredjepartsprodukter

Under behovsinsamlingen har dessa behov återkommit i form av diskussion om en bättre utvecklad djuplänkning mellan tjänster. Ett exempel som tagits upp är att en tredjepartsprodukt vill skicka patienten vidare till relevant information i 1177-tjänsten Journalen genom länkning och utan krav på att invånaren loggar in igen. Detta går delvis redan att göra, men problemet i nuläget är att all länkning leder till invånarens startsida på 1177 och inte djupare ner i strukturen, exempelvis till Journalens startsida eller ännu hellre till relevant delmängd av journalinformation, exempelvis läkemedelsförskrivningar eller diagnoser. Ett annat exempel är att invånaren kommer från exempelvis en triagering i en tredjepartsprodukt som gav en rekommendation om att boka en tid på en viss vårdmottagning, och där själva tidbokningen görs direkt i 1177 via länken.

Ett exempel på behov från ”andra hållet”, alltså från 1177 till en tredjepartsprodukt, är att invånaren får en kallelse till sin inkorg i 1177 med en länk för att bekräfta eller boka en tid i tredjepartsprodukten och att länken då tar invånaren direkt till rätt läge i tredjepartsprodukten.

Det finns också önskemål att samlat kunna visa upp regionala och lokala tjänster och funktioner för invånaren som presenteras tillsammans med övrigt utbud inom 1177, till exempel på startsidan.

Inom hela det här området skulle behoven behöva konkretiseras ytterligare i ett kommande steg. Det kan exempelvis visa sig att även information från webbsidan 1177.se är relevant att kunna djuplänka till och från.

3.5.3 Att röra sig mellan tjänster utan att behöva logga in på nytt

För att användaren ska uppleva det som smidigt att röra sig mellan olika appar och tjänster i ett vårdärende så behöver de kunna hantera så kallad single sign-on, förkortat SSO. Då kan en första inloggning i en applikation eller tjänst återanvändas när användaren flyttas till nästa, så att användaren inte behöver ange sina uppgifter på nytt.

SSO används redan idag mellan 1177 och många lokala så kallade uthoppstjänster. Förutsättningen i dagsläget är dock att alla applikationer använder samma tjänst för inloggning som 1177 använder. Detta kan ses som en begränsning i de fall någon part har valt eller vill välja en annan inloggningstjänst på marknaden. Det skulle skapa större flexibilitet om identitetsoperatörerna ingick i en identitetsfederation så att alla parter som ansluter sig kan lita på identitetsintyg från samtliga operatörer inom en sådan federation.

I detta sammanhang kan det även vara relevant att beakta eIDAS, en federation som verkar utifrån ett EU direktiv om att alla e-legitimationer inom EU ska accepteras av offentliga tjänster från och med år 2018. Förslaget från EU-kommissionen om en ny förordning för ett europeiskt hälsodataområde, European Health Data Space, EHDS kan också vara en drivande faktor för interoperabla e-legitimationer eftersom en invånare i princip ska kunna ta del av dokumentation om sig själv i alla medlemsländer.

3.6 Behov av information om vårdval och listning

Ett behov som nämnts men som inte fullt ut konkretiserats är att en tredjepartsprodukt kan ha behov av att ta del av patientens vårdval eller listningsinformation för att utifrån kunskap om var patienten är listad kunna visa upp anpassad funktionalitet. De fall som kommit upp inom behovskartläggningen av att hämta en annan regions listningsinformation är från gränsregioner där invånare rör sig mycket och kan lista och lista om sig mer ”flytande”.

Listningsinformation är troligen framför allt regional information som finns i regionernas egna system. Men den finns också tillgänglig via nationella tjänsteplattformen för de nitton regioner som i dagsläget är anslutna till den nationella listningstjänsten. Det finns i dagsläget ingen aggregerande tjänst för listning vilket gör att en tredjepartsprodukt som behöver en helhetsbild behöver adressera individuella anrop till flera eller samtliga av de nitton regioner som finns tillgängliga i den nationella listningstjänsten.

3.7 Behov av regelverk för enskilda direktåtkomst i regionala invånartjänster

3.7.1 Inledning

Region Kronoberg och kundgrupp Cosmic har tillsammans med leverantören Cambio skickat in ett förslag till Ineras beredning med namnet ”Utveckla integrationsmöjligheter till 1177/Journalens administrationsgränssnittet för ett gemensamt admingränssnitt för enskilda direktåtkomst.” Ineras beredning har under hösten 2022 lämnat ärendet vidare för en första beredning inom detta uppdrag.

Inom uppdraget har grundläggande förutsättningar inom områdena juridik, informationssäkerhet och teknik utretts och uppdraget lämnar tillbaka ärendet till Ineras beredning för fortsatt hantering och dialog med regionerna.

Nedan beskrivs ärendet och utredningens analys och resultat kortfattat. En mer omfattande analys finns i svaret till Ineras beredning som kommer att hanteras vidare där efter årsskiftet 2022/2023.

3.7.2 Ärendets innehåll

Ärendet handlar om behov av att försörja invånarapplikationen Min hälsa från leverantören Cambio med samma typ av regelverk som Ineras tjänst Journalen använder sig av. Syftet är att säkerställa att invånare kan ta del av journalinformation på ett korrekt sätt i applikationen utan att vårddokumentation som inte ska visas ändå råkar visas upp. Exempel på information som hanteras inom tjänsten Journalens regelverk är information om att:

- Hela eller delar av en journal är förseglad.
- Invånaren har rätt att se barns information i rollen som vårdnadshavare.
- Särskilda regler för att filtrera bort vissa journalanteckningar är tillämplade.

Applikationen Min hälsa har i dagsläget tillgång till en begränsad del av regelverket, det som gäller vårdnadshavare, då det 2018 togs fram integrationsmöjligheter med Ineras tjänst Ombudstjänsten. Önskemålet är att få tillgång till *hela* det administrativa regelverk som styr Ineras tjänst Journalen, exempelvis genom en gemensam uppsättning API-er som kan tillgängliggöra regelverket inte bara för Min hälsa utan för alla olika invånarapplikationer som vårdgivare vill tillhandahålla till sina invånare och som godkänns för att få använda API-erna.

3.7.3 Utredningens analys

Utredningen har haft i uppdrag att göra en första analys och att komma med rekommendation för fortsatt hantering av ärendet.

Det grundläggande behovet är att kunna säkerställa att alla invånartjänster från vårdgivare alltid har tillgång till samma regelverk så att korrekt journalinformation presenteras för invånaren oavsett i vilken tjänst den presenteras.

Ineras nationella tjänst Journalen har sedan lång tid tillbaka ett regelverk för att säkerställa korrekt presentation vid enskilda direktåtkomst till journalinformation. Nya tjänster från olika leverantörer som tillkommit under senare år har däremot inte kunnat implementera samma regelverk. Förutom exemplet Min hälsa finns också exemplet Mitt vaccin, även det från leverantören Cambio, där det uppstått felaktigheter på grund av att tjänsten inte haft tillgång till regelverket.

Slutsatserna av utredningen är att det ur ett tekniskt perspektiv är möjligt att tillgängliggöra informationen via API-er. Två alternativa lösningsförslag för detta finns.

- Alternativ 1 är att regelverket tillgängliggörs, vilket kan ske på två sätt. Antingen via flera separata API-er, ett per informationsmängd, där varje mottagande applikation ser till att tillämpa regelverket korrekt. Eller via ett samlat API som ger en sammanställning av samtliga regler för en patient, vilket troligen är en bättre lösning.
- Alternativ 2 är en central tjänst som hanterar regelverket åt samtliga konsumerande applikationer så att alla får korrekt information från den centrala tjänsten. Applikationen behöver då inte hantera regelverket alls utan tar bara emot den information som den centrala tjänsten ger möjlighet till.
- Det är möjligt att kombinera lösningsförslagen på så sätt att man inleder med alternativ 1 och på sikt övergår till alternativ 2.
- Alternativ 2 ger högst säkerhet ur ett informationssäkerhetsperspektiv genom att minimera informationsutbytet och genom att orsaka mindre fördröjning i svaret och ett beroende till en API-tjänst. När det gäller tillgänglighet är tredjepartsproduktens applicering av regelverket tidskritisk eftersom en försegling måste kunna slå igenom direkt för att skydda invånaren.
- En kompletterande variant på alternativ 2 är att en region som använder lokala API-er för att hämta information till sin app gör filterkontrollen i sina API-er i stället för i applikationen. På så sätt behöver de bara införa regelkontrollen en gång även om det finns flera appar. Detta förutsätter att API-erna är dedikerade för invånartjänster eller att de kan avgöra lagrummet som den anropande appen agerar inom för att avgöra om filtreringen ska ske.
- I alternativ 1 behöver filtreringsinformationen troligen kunna lagras tillfälligt i tredjepartsprodukten. Cache-minnet skulle då enbart gälla de patienter som produkten behandlar. Det behöver finnas ett juridiskt beslut om hur snabbt en lagd försegling eller blockering måste få praktisk effekt. Detta för att kunna avgöra vad som får lagras tillfälligt och hur ofta ett cache-minne behöver uppdateras.

Ur ett juridiskt perspektiv är slutsatsen att informationen som regelverket ger tillgång till inte bör vara känsligare än de journaluppgifter som regelverket finns till för. Om en tredjepartsprodukt har juridiska möjligheter att visa upp journalinformation för patienter bör den alltså även ha rätt att hantera det administrativa regelverket för samma information.

3.7.4 Utredningens rekommendation

Utredningens rekommendationer ställs till Ineras beredning som kommer att hantera ärendet vidare i dialog med huvudmännen.

- Utvärdera lösningsförslagen

De alternativa lösningsförslagen har för- och nackdelar som behöver värderas av regionerna utifrån perspektiv som nyttor, risker och kostnader. Denna dialog bör Ineras beredning initiera som mottagare av det ursprungliga ärendet.

- Utred juridik och informationssäkerhet närmare i fortsatt arbete

Beroende på lösningsalternativ behöver fortsatt arbete kompletteras med dokumentation av juridiska och informationssäkerhetsmässiga frågor. För alternativ 1 framför allt vem som äger

informationen, vem som får ta del av den samt vilka krav som ställs på den part som vill ha uppgifterna. Det behövs troligen också ett regelverk som styr hur informationen får hanteras av en hämtande part. Eftersom regelverket delvis består av personuppgifter så behöver troligen även personuppgiftsavtal ses över.

För alternativ 2 gäller att definiera vad som gäller om en central eller lokal tjänst för informationsförsörjning hanterat regeluppgifterna.

- Bryt ut regelhanteringen till en fristående tjänst

Utredningen föreslår att regelhanteringen på sikt inte görs ”inbakat” i Ineras invånartjänst Journalen utan blir en självständig tjänst som hanterat inställningar för enskilda direktåtkomst för alla slags patientapplikationer som vårdgivare vill tillgängliggöra för sina invånare, inklusive för Journalen. Denna typ av renodling och ”modularisering” av tjänster underlättar vid framtida förvaltning och utveckling.

4. Slutsatser och förslag

4.1 Inledning

Syftet med just den här utredningsetappen var att fånga konkreta användarbehov från regionerna för tredjepartsprodukter riktade till invånare som behöver innehålla information över vårdgivargränser för att ge önskad nytta.

Som beskrivits ovan har ganska få konkreta behov uttryckts i nuläget. Det kan bero på många olika saker. För vissa är frågan inte så relevant eftersom man i huvudsak ser framför sig 1177-tjänster för information över vårdgivargränser. För andra är den kanske för tidigt ställd utifrån de tjänster och appar man har eller planerar. För ytterligare några har kanske själva den juridiska komplexiteten en hämmande effekt på att ens formulera behov och önskemål.

Denna rapport har försökt fånga upp de konkreta behov som beskrivits och gett en första vägledning i hur de kan adresseras. Förhoppningsvis kan rapporten bidra till viss klarhet i frågan och en tydligare dialog inom och mellan regioner kring vad man ser som önskvärt framöver.

Ett område som kan komma att påverka behoven på sikt är det som kallas för sammanhållen planering, där personal inom hälso- och sjukvård ska samverka med personal inom kommunal omsorg och med patienten och omsorgstagaren för att upprätta och uppdatera en personlig planering. Många regioner har inlett ett arbete med sina kommuner inom detta område. Inom Inera pågår också ett nationellt arbete med att på sikt bidra till att invånaren kan ta del av och bidra till en sammanhållen planering via 1177.

Ett annat område som är på tillväxt är det som handlar om digital triagering där utredningen har beskrivit ett behov som kan komma att bli viktigare för fler i takt med att dessa tjänster rullas ut på bred front i landet.

4.2 Slutsatser

Utredningens slutsatser är:

- Det finns för få behov i nuläget som är konkretiserade på en nivå som gör det möjligt att utse en kandidat att gå vidare med för exempelvis en pilot.
- Den nya lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (SVOD) innebär att de system som tas fram för att kunna dela information utifrån lagens intentioner inte kan tillämpas för samtyckesbaserat utlämnande över vårdgivargränser. Som helhet är den juridiska bedömningen att samtyckesbaserat utlämnande över vårdgivargränser överlag inte är en framkomlig väg utifrån dagens lagstiftning.
- Områdena digital triagering och sammanhållen planering är bubblare, där behoven kan komma att utmejslas under den närmaste tiden. De som arbetar med dessa områden kan ha nytta av att ta del av denna utredning, oavsett om det rör gemensamma 1177-tjänster eller regionala tjänster.
- Behov av att visa upp och hantera invånarens alla bokade tider kan lösas enklare och mindre kostnadskrävande genom att skapa möjligheter att länka från regionala appar direkt till en viss funktion inom 1177 istället för att enbart länka till en startsida, något som ibland kallas för ”djuplänkning”. Detta kräver inte utlämnande av information. Utredningens slutsats är att 1177-förvaltningen skulle behöva utreda möjligheter och kostnader för detta och se om det finns intresse hos regionerna för att finansiera fortsatt arbete.
- Det saknas goda förutsättningar för att tjänster ska kunna visa tider eller annan patientinformation inom en viss avgränsad kontext, exempelvis för ett specifikt vårdärende eller en vårdprocess. Visst stöd finns när det gäller vårdplaner i nationella tjänstekontrakt, men mycket annat saknas. Informatik och teknik för kontext skulle behöva tas fram gemensamt inom hela vård- och omsorgsområdet.
- Det finns ett generellt behov av samsyn och stöd i juridiska tolkningar av regelverk för informationshantering, oavsett om man nyttjar nationella komponenter eller inte. Inera skulle kunna koordinera ett sådant arbete med avsikt att skapa tydlighet, likriktning och tillit mellan huvudmännen.

4.3 Förslag till fortsatt arbete

Utredningen föreslår följande:

- Denna rapport bör förmedlas till alla med intresse för frågan, men särskilt till personer som arbetar med områdena digital triagering och sammanhållen planering, både inom regionerna och inom Inera.
- Ett digitalt seminarium (eller fler) skulle kunna vara en bra form för att förmedla utredningens resultat till alla som kan ha intresse av den. Där kan även en genomgång av förändringar som den nya lagen om sammanhållen vård- och omsorgsplanering leder till finnas med.
- Ett område som man direkt kan börja arbeta med är att åstadkomma en bättre användarupplevelse när invånaren (och inte informationen) rör sig över vårdgivargränser och olika tjänster, både nationella och regionala. Detta är möjligt

redan idag, men genom så kallad djuplänkning direkt till en viss funktion i 1177-tjänster kan man troligen lösa flera aktuella och kommande behov utan risk för juridiska komplikationer. Länkning från 1177 till en specifik funktion i en regional app kan också visa sig vara aktuellt. Här föreslår utredningen att 1177-förvaltningen tar frågan vidare.

- SSO-lösningar med en federation av identitetsleverantörer, eller annan lösning för att åstadkomma SSO över flera identitetsleverantörer behöver ses över om punkten ovan ska realiseras. I dagsläget krävs att regionerna använder samma SSO-leverantör som Inera.
- Det skulle behövas en gemensam modell för att kunna hämta, visa och dela information utifrån ett kontextuellt sammanhang, exempelvis en vårdplan, en vårdprocess eller ett hälsoärende. Kontextbaserad delning av information skulle troligen medföra att samtyckeshantering vid utlämnande inte blir lika komplicerat. Utredningen föreslår att detta arbete inleds inom området sammanhållen planering.
- Utredningens analys av det ärende som lämnats in från region Kronoberg och kundgrupp Cambio Cosmic med önskan om ett gemensamt regelverk för enskilda direktåtkomst bör tas vidare via Ineras beredning så att regionerna kan diskutera de lösningsalternativ som beskrivits och välja väg framåt. Utredningens förslag om att regelhanteringen på sikt inte görs inom tjänsten Journalen utan blir en självständig tjänst bör hanteras i fortsatt arbete.
- Ett gemensamt arbete med juridiska tolkningar och regelverk för informationshantering över vårdgivargränser skulle kunna inledas med Inera som koordinerande part. Syftet är enhetliga tolkningar av regelverk över landet oavsett om de därefter tillämpas inom en regions olika vårdgivare eller över regiongränser. Områden som menprövning och samtycken kan också omfattas och arbetet skulle kunna utökas till att även omfatta omsorgsgivare. I dagsläget görs olika juridiska utredningar parallellt hos huvudmännen och osäkerhet uppstår ofta om hur gemensamma tolkningar ska göras.
- Gällande lagstiftning skulle behöva ändras för att tillåta informationsdelning mellan vårdgivare (sammanhållen journalföring) *även i syfte att visa upp informationen för patienten* i en tjänst som vårdgivaren tillhandahåller. Detta har beskrivits tidigare i Ineras utredningar och bör bevakas och eventuellt få en högre prioritet.
- Om någon eller några regioner ändå vill gå vidare med att göra en egen separat utredning om samtyckesbaserat utlämnande inom ett begränsat område och med få aktörer är det givetvis möjligt, utan Ineras deltagande.

Besökshantering – bilaga 1 till Ineras utredning Behovsbild och väg framåt för anslutning av tredjepartsprodukter

Innehåll

Besökshantering – bilaga 1 till Ineras utredning Behovsbild och väg framåt för anslutning av tredjepartsprodukter	23
1. Inledning.....	24
2. En kontext behöver definieras	24
2.1 Inledning	24
2.2 Aktörerna som kontext.....	24
2.3 Processen som kontext	24
2.4 Vårdplan och dess aktörer som kontext	25
3. Tidbokning i en vårdprocess	26
3.1 Inledning	26
3.2 Hämta bokade tider	27
3.3 Boka om	28
3.3.1 Hämta lediga tider	28
3.3.2 Boka om till ny tid	28
3.4 Boka av.....	28
4. Betalning och högkostnadsskydd.....	29
4.1 Inledning	29
4.2 Betalning.....	29
4.2.1 Hur	29
4.2.2 När	29
4.3 Högkostnadsskydd	30
5. Ankomstregistrering	30
5.1 Registrering direkt i applikationen	30
5.2 Registrering i lokal infrastruktur.....	31

5. Inledning

Under hösten 2022 har Inera arbetat med utredningen ”Behovsbild och väg framåt av anslutning av tredjepartsprodukter”. Uppdraget har varit att ta fram en behovsbild tillsammans med de regioner som visar intresse för att delta, resonera om möjliga lösningsförslag samt att föreslå fortsatt arbete. Inventeringen har visat att flera behov rör hanteringen av vårdbesök, exempelvis i form av tidbokning i en vårdprocess som sker över vårdgivargränser, men också annan typ av administrativ hantering som betalning och ankomstanmälan.

Denna bilaga avser att till viss grad detaljera innehållet i huvudrapporten och beskriva tekniska möjligheter med utgångspunkt i dagens nationella tjänstekontrakt. Dessutom resoneras kring de utmaningar och möjligheter som området kan ha. Juridiska förutsättningar hanteras i huvudrapporten och inte i denna bilaga.

Bilagan har tagits fram av Björn Hedman, IT-arkitekt på Inera. Beställare av uppdraget är Sara Meunier, avdelningschef för arkitektur och digital infrastruktur på Inera.

6. En kontext behöver definieras

6.1 Inledning

Det har uttryckts behov både av att visa invånarens samtliga tider, och av en mer kontextspecifik visning, kopplat till någon form av vårdprocess eller vårdärende. För att kunna erbjuda patienten en kontextbaserad överblick behövs det en definition av vad som utgör själva kontexten.

6.2 Aktörerna som kontext

Ett exempel kan vara att man definierar vilka vårdenheter/aktörer som är inblandade och hämtar information från dessa.

Om man definierar vilka vårdenheter som är iblandade så kan man begränsa informationsuttaget till dessa, under förutsättning att tjänstekontrakt och producenter kan filtrera på vårdenhetens id. Det går då också att göra en tydligare avgränsning i vilka aktörers information man efterfrågar patientens samtycke till att hämta, om man baserar inhämtningen på direkt samtycke.

6.3 Processen som kontext

Ett annat sätt vore att vidareutveckla och använda konceptet kring att ha attributet vårdprocessid (*careProcessId*) i vårddokumentationen, något som också införts i vissa tjänstekontrakt. Detta

initiativ är dock inte infört i alla tjänstekontrakt och om attributet stöds av några producenter är oklart.

För att detta ska kunna utgöra kontexten så krävs att ett id både införs brett i tjänstekontrakt och API-definitioner, både i begäran och i svar så att det går att filtrera redan baserat på frågan och inte bara genom att läsa svaren.

Ett annat krav är att ett vårdprocess-id stöds av producenterna för att det ska vara gångbart i praktiken. I Socialstyrelsens rapport ”[Att kunna följa patientens väg genom vården](#)” (2019) nämns också att det kanske inte är tillräckligt med bara ett ID utan att detta kan behöva kompletteras med en kod som beskriver den aktuella vårdplanen.

Följande tjänstekontraktssdomäner har visst stöd för attributet.

- Remissstatus (riv:crm:requeststatus)
 - GetRequestActivities(i svaret)
- utfall av aktiviteter (clinicalprocess:healthcond:actoutcome)
 - GetLaboratoryOrderOutcome (i svaret)
- Remisshantering (clinicalprocess:activity:request)
 - ProcessRequest (i begäran, skrivande tjänst)
 - ProcessRequestOutcome (i begäran, skrivande tjänst)
- Aktivitetshantering (clinicalprocess:activity:actions)
 - GetActivities (i svaret)

6.4 Tiden som kontext

Andra sätt som nämnts är att låta ett tidsspänn utgöra kontexten för en vårdprocess. Med det finns utmaningen att det kan ”slinka” in andra aktiviteter som inträffar under samma tidsspänn. Resultatet blir då snarare en vy över olika vårdhändelser i närtid än av en specifik vårdprocess.

6.5 Vårdplan och dess aktörer som kontext

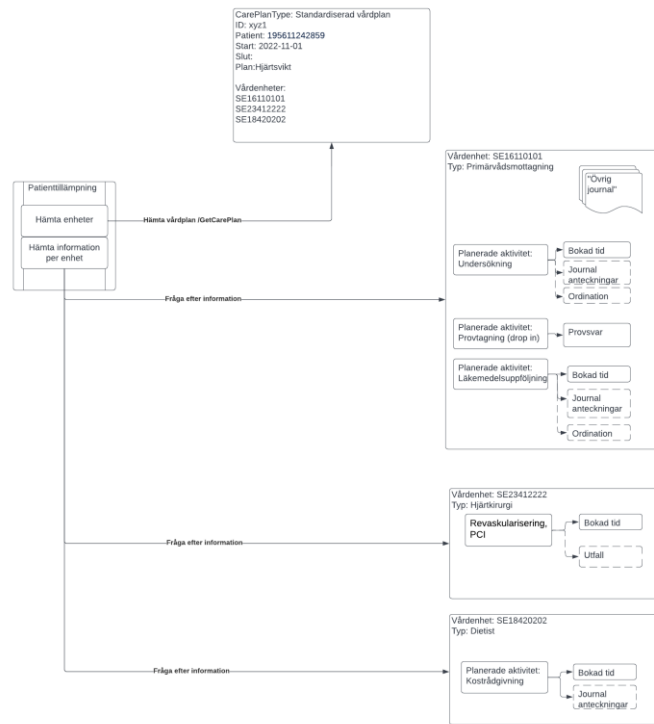
I nedanstående resonemang utgår strukturen från att kontexten för vårdprocessen utgörs av dess aktörer och att det finns någon som ansvarar för att upprätthålla ett ”vårdprocessdokument” som därefter skulle kunna representeras av en vårdplan genom tjänstekontraktet GetCarePlan. Kontraktet beskriver planerade åtgärder och aktörer samt en start och eventuellt också en preliminär sluttid.

Invånartillämpningen utgår i detta fall från vårdplansdokumentet och hämtar uppgifter om utförda och planerade åtgärder hos aktörer och inom tidsspannet.

Hur man bestämmer vad som är relevanta informationsmängder för vårdprocessen kan rimligen antingen göras i tillämpningen konfiguration eller så kan man tänka sig att även detta definieras i ”vårdprocessdokumentet”. (Tillämpningen behöver dock självklart ha stöd för att kunna hämta informationsmängderna.)

Tjänstekontraktet för Vårdplan (GetCarePlans) kan enligt kodverket bära flera typer av vårdplaner.

- "SIP" för Samordnad individuell plan,
- "SPLPTLRV" för Samordnad plan enligt LPT eller LRV,
- "SPU" för Samordnad plan vid utskrivning,
- "VP" för Vårdplan,
- "HP" för Habiliteringsplan,
- "RP" för Rehabiliteringsplan,
- "GP" för Genomförande plan,
- "SVP" Standardiserad vårdplan.



För en vårdplan, enligt tjänstekontraktet, finns det attribut för att beskriva ingående vårdenheter, detta sker genom att ange enheternas HSAID. Så det skulle vara möjligt att utgå ifrån en vårdplan och därifrån hämta de enheter som kan ha relevant information.

Beskrivningen av själva vårdplanen görs dock utan standardiserad struktur och kan även bestå av olika typer av multimedia så från den kan det vara svårt att hämta strukturerad information om relevanta informationsmängder om man inte kommer överens om ett strukturerat format som inte definieras av tjänstekontraktet. En sådan överenskommelse skulle då kunna beskrivas i en tillämpningsanvisning eller specifikation som ingående parter är överens om.

Exempel på innehåll skulle vara informationsmängd och typ, exempelvis Observation av typ xyz och med detta som utgångspunkt kan man begära endast den typen av observationer från de aktörer som ska tillfrågas.

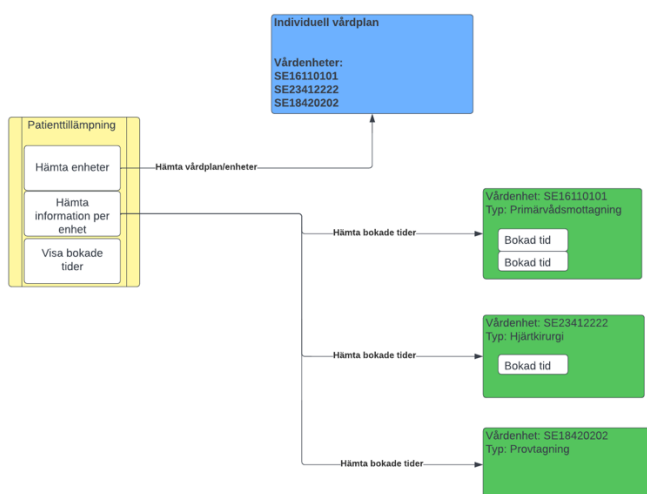
7. Tidbokning i en vårdprocess

7.1 Inledning

Flöden och interaktioner beskrivs nedan med användning av nationella tjänstekontrakt och nationella tjänsteplattformen. Valet att använda tjänstekontrakt bottnar i att dess användning är rimligt känt och utbredd vilket borgar för teknisk möjlighet till interoperabilitet mellan olika vårdgivare.

Interaktionerna för att hämta tider för en viss vårdprocess eller vårdplan börjar i detta fall med att man hämtar vårdplanen för aktuell patient och därefter frågar efter bokade tider hos de enheter som ingår i planen.

I exemplet på bilden nedan ingår tre vårdenheter i vårdplanen. Alla tre tillfrågas efter bokade tider. Två enheter har bokade tider och returnerar dessa så att de kan visas upp av tillämpningen.



7.2 Hämta bokade tider

Tjänstekontrakt som används är `GetSubjectOfCareSchedule`

Tider kan hämtas enligt två huvudsakliga mönster: Genom en aggregerande tjänst eller genom direktanrop till enheter. Eftersom enheterna är kända så görs direktanrop nedan.

Man kan tänka sig att invånarapplikationen hämtar information direkt baserat på vilka vårdenheter som kan ha aktiviteter i processen. Man utgår då från att det finns eller förväntas finnas aktiviteter kopplade till vårdprocessen där utföraren (vårdenheten) är känd. Man vet alltså vilka utförare som ingår i vårdprocessens kontext och frågar samtliga efter eventuella tider, samt utvärderar om de är relevanta för vårdprocessen och presenterar de som är relevanta.

För detta behöver man avgöra vilka vårdenheter som ingår i flödet och kan tänkas ha tider.

I exemplet definieras detta genom vårdplanen som fungerar sammanhållande för vårdprocessen.

Det kan finnas svagheter med modellens möjlighet att presentera relevant information. Till exempel kan en primärvårdsmottagning riskera att ha information både kring fristående aktiviteter och/eller för flera vårdplaner eftersom denna ofta kan vara sammanhållande punkt för patienten. För specialistmottagningar är sannolikheten lägre även om den inte kan uteslutas helt.

För att renodla vyer till att visa upp den mest relevant informationen så kan det finnas behov av att filtrera hämtade tider baserat på attribut som tidstyp eller vårdtyp. För detta så behöver applikationen veta vilka typer som är relevanta för den aktuella vårdplanen.

En annan metod att ytterligare avgränsa frågorna vore om man kan identifiera relevanta aktiviteter på de vårdenheter som ingår och söka efter bokade tider enbart för dessa för att på så sätt lättare kunna urskilja relevanta tider genom att bara fråga för enheter som har en aktivitet av rätt typ.

Den metoden skulle dock innebära att man behöver hantera två informationsmängder.

Eventuellt kan tjänstekontraktet `GetActivities` användas för detta om producenterna har stöd för filtrering på vårdenhet och aktivitetstyp i begäran enligt tjänstekontraktets definition.

7.3 Boka om

För att boka om en tid så utgår man från information i den hämtade tiden och därefter adresseras respektive vårdenhets tidbokningssystem som behöver ha stöd för nedanstående tjänster.

7.3.1 Hämta lediga tider

Tjänstekontrakt: `GetAvailableDates` och/eller `GetAvailableTimeslots`

Om båda kontrakten behövs beror på hur applikationen utformas och hur lediga tider ska presenteras. Det kan räcka med ett anrop till `GetAvailableTimeSlots`.

Anropet sker normalt till den vårdenhet som returnerade den tid som ska bokas om. Ombokning mellan olika vårdenheter är tekniskt sett möjligt men kräver en hel del samordning gällande vilka enheter som ingår, tids- och vårdtyper med mera som gör flödet betydligt mer komplext.

7.3.2 Boka om till ny tid

Tjänstekontrakt: `UpdateBooking`

Anropet för att boka den nya valda tiden sker till den vårdenhet som returnerade den nya tid som valdes. (via `GetAvailableTimeSlots`)

7.4 Boka av

Tjänstekontrakt: `CancelBooking`

Man utgår från en bokad tid som hämtats tex via `GetSubjectOfCareSchedule`.

`CancelBooking` bör kunna användas om man anser att avbokningen avser den bokade tiden och inte själva aktiviteten som sådan.

Om istället hela aktiviteten ska tas bort blir det troligen frågan om ett nytt tjänstekontrakt som kanske då hamnar inom domänen ”aktivitetshantering - `clinicalprocess:activity:actions`”.

8. Betalning och högkostnadsskydd

8.1 Inledning

Det har i samband med hantering av bokade tider och ankomstregistrering uttryckts behov av att patienten också ska kunna betala patientavgiften för besöket direkt i applikationen, samt önskvärt att kontrollera om patienten har uppnått högkostnadsskydd och därmed inte ska betala.

8.2 Betalning

Om applikationen bara skulle hantera bokningar och betalningar för verksamhet hos den vårdgivare/region som tillhandahåller den eller inom den region där patienten är folkbokförd så går det ju att helt lokalt besluta vilken betalningslösning som ska användas. Vid bokning över regions- eller andra vårdgivargränser blir frågan om betalningslösning direkt mer komplex.

8.2.1 Hur

En utmaning med betalning för besök i en situation där det är flera vårdgivare inblandade blir att avgöra hur man styr så att inbetalning når till rätt organisation.

Det går att hitta några olika metoder för detta. Antingen kan man tänka sig att det finns en gemensam lösning för betalning som via organisationsidentifieraren ser till att inbetalningen slussas rätt. Detta skulle rimligen kräva att en sådan lösning utvecklas gemensamt, alternativt behöver en leverantör upphandlas gemensamt.

Det finns flera sådana lösningar på marknaden för bland annat webbhandel, men de flesta bygger på att det är den aktör som vill ha betalt som har avtal med betalningstjänsten och som skickar kunden dit. I det här fallet är mönstret annorlunda i så mening att den som har applikationen inte är den som i slutändan ska ta betalt. Och patientavgiften kan också variera mellan regioner och ska erläggas enligt prislista för den som utför vården.

Ett annat sätt att hantera betalning på är att respektive organisation får ange vilken betalningslösning som gäller för denna och att applikationen har tillgång till den konfigurationen och baserat på detta skulle välja rätt betalningslösning för den verksamhet som bokningen och därmed betalningen avser. Här riskerar det att bli komplext både i konfiguration och i applikationsflödet eftersom uppgiften om lyckad betalning måste delges både till applikationen, för att flödet ska fungera, och till betalningsmottagaren.

8.2.2 När

Man behöver också besluta om när betalning ska ske. När patienten ska betala för ett fysiskt besök så sker det vanligtvis i receptionen på mottagningen. När och hur patientavgifter ska tas ut för digitala besök varierar rimligen mellan aktörerna.

Med betalning via applikationer skulle det motsvarande vara att hantera betalning i samband med att man via applikationen gör en ankomstanmälan. Men ett annat scenario är att betalning sker redan vid bokning. På så sätt kan patienten göra sin betalning i lugn och ro i förväg och därmed slippa hantera en betalning i ett offentligt väntrum eller liknande.

En utmaning med att betala i förväg är om besöket ställs in, då kreditering behöver ske, och om besöket skjuts upp kan det finnas behov av att fördröja debiteringen. Men det är inga unika situationer för bokningar och betalningar på nätet utan kan hanteras genom avbokningspolicys och liknande. Inom till exempel hotell- och besöksnäringen är det vanligt att man förbereder betalning och beloppet reserveras medan det samtidigt finns möjlighet att avboka, och då sker ingen faktisk debitering.

8.3 Högkostnadsskydd

I samband med betalning finns ett behov av att kontrollera om personen behöver betala eller om denne har uppnått nivån för högkostnadsskydd. Här behöver det klarläggas hur högkostnadsskydd ska hanteras för verksamheter som organisatoriskt tillhör en annan vårdgivare än den region där personen är hemmahörande.

För aktörer utanför den egna regionen är det rimligt att anta att patientavgiften i stället ska omvandlas till en ersättning som den andra vårdaktören betalar för besöket. Detta innebär i så fall att betalningsprocessen gentemot patienten inte ska genomföras och att systemet ska signalera att det finns högkostnadsstatus till mottagarens system.

Men reglerna för hantering av ersättning för utförd vård vid högkostnadsskydd behöver klarläggas. Och rimligen då både för vårdgivare inom och utanför den region som ska stå för kostnaden.

9. Ankomstregistrering

Utöver att kunna hantera bokningar och betalningar så finns det ett önskemål om att patienten ska kunna ankomstsregistrera sig direkt i sin applikation vid ankomst, i stället för att vända sig till receptionen. Exakta krav kring hantering och regler kring detta är inte klarlagt men det grundläggande behovet förefaller att vara att verksamhetssystemet ska kunna få uppgifter om att personen är närvarande.

Här går det att tänka sig flera olika varianter på hur det utförs.

Exempel: VGR har en lösning med kombinerad incheckning (ankomstanmälan) och betalning via en mobil applikation där betalningen görs via applikationen genom att uppge bokningsnummer eller genom att logga in med mobilt bankid. Betalning sker sen också i applikationen med swish eller betal/kreditkort efter att incheckning skett. Detaljer för betalningsflödet är inte klarlagt inom ramen för denna utredning

9.1 Registrering direkt i applikationen

Det finns olika möjliga lösningar. Till exempel att användaren får en knapp (som kanske behöver aktiveras baserat på geografisk plats, geofencing så att man ”vet” att personen är närvarande) i sin applikation som sen via API-er rapporterar till bakomliggande verksamhetssystem.

Det behöver i så fall definieras ett nytt tjänstekontrakt för detta (eller någon form av API-definition beroende på vilken standard som används).

Ett sådant tjänstekontrakt kan rimligen tänkas placeras inom tidbokningsdomänen om man antar att ankomsten avser den bokade tiden och inte själva aktiviteten som sådan men det behöver beslutas om.

Om ankomstanmälan anses höra till den bokade tiden så behöver anropet minst innehålla referens till den bokade tiden och ett attribut för ”ankommit”.

9.2 Registrering i lokal infrastruktur

Ett annat alternativ är att applikationen kan visa upp till exempel en QR-kod med information om bokningen och att personen sen skannar denna kod i en automat som står på mottagningen. Det senare alternativet minskar komplexiteten och behovet av standardisering kring hur rapportering till bakomliggande verksamhetssystem sker eftersom detta då blir en fråga för automaten som är anpassad till lokal verksamhet. Den kan då också utformas för att hantera personer som inte använder applikationen, till exempel genom att de matar in ett bokningsnummer manuellt.

I det senare fallet behövs en standardisering av hur QR-koden utformas och vilken information den ska bära så att den kan tolkas av lokal utrustning. Men i sin enklaste form kan det vara ett bokningsnummer och sen överlåter man till den lokala installationen att koppla denna till aktuell bokning.

Möjligt sekvensdiagram:

- Applikationen hämtar och visar upp relevant tid (getSubjectOfCareSchedule eller GetBooking beroende på hur kontexten kontrolleras)
- Användaren väljer att registrera ankomst
- Anropa tjänst för ankomstregistrering (Nytt TK/API) med uppgifter om den bokade tiden
- (Kontrollera ev betalningsprocess behöver göras och i så fall genomför denna? Om man inte betalar när man bokar, affärsfråga...vad händer om patient är på plats men inte kan betala online osv)
- Mottagande system registrerar att patient ankommit