

Sammanhållen planering

Avsiktsförklaring och bilagor

Innehållsförteckning

Följebrev	3
Avsiktsförklaring Sammanhållen planering, Steg 1	4
Bakgrund: prioritering av informationsmängder att börja med.....	5
Arbetsområden.....	6
1) Definiera och enas om vad som ska visas.....	7
2) Användning och utveckling av befintliga tjänster	9
a) Ansluta till tjänstekontrakt; skapa informationen som ska visas.....	9
b) Lösningar som bygger på principen "bättre befintligt".....	10
3) Lösningförslag, tekniska förutsättningar och vägval	11
4) Göra första version av översikt samt visualisera målbild	12
5) Kommun och region i samverkan	12
Ineras leverans	13
Ny funktionalitet i befintlig teknik	13
Leveranser som är del av den långsiktiga lösningen	13
Vad behöver regioner göra	13
Pris 15	
Vid frågor, kontakta.....	15
Avsiktsförklaring	16
Underskrift	17
Bilaga 1: Styrning, arbetsgrupper, pris per leverans	18
1.1 Styrning av etapper	18
1.1.1 Regionernas strategiska styrgrupp.....	18
1.1.2 Samordning inom Inera, operativ styrning	19
1.1.3 Regionens egen beredning.....	20
1.1.4 Referensgrupper och styrning av delområden.....	20
1.2 Innehåll i kommande steg	20
1.2.1 Ramar utifrån påbörjade tekniska lösningförslag i steg 1	21
1.2.2 Möjlig/valbar nästa utveckling	21
1.2.3 Ramar utifrån ambition och kapacitet hos regionerna	21
1.2.4 Utveckling i andra tjänster	22
1.3 Arbetsgrupper i Steg 1	23
1.3.1 Experter på området informatik och kravställning	25
1.3.2 Mål och leveranser för informatikområdet.....	25
1.3.3 Samordning och beslut om att anta informatikresultat.....	25

1.3.4 Verksamhetsexperter	26
1.3.5 E-hälsstrategier (eller regionala projektledare)	26
1.4 Samordnad dialog med leverantörer av vårdjournalssystem	27
1.5 Dialogserie med län (kommuner och regioner)	27
1.6 Prisbilaga.....	28
Målbild för sammanhållen planering.....	29
En målbild som kan anpassas och som växer fram stegvis	31
Nya juridiska förutsättningar	31
Nyttan för patienter, invånare samt vård- och omsorgspersonal.....	31
Regionalt arbete	33
Bakgrund till tekniska behov för att skapa översikter	33
Utgår från ägarstrategi för Ineras verksamhet	35
Arkitekturella vägval och förändringar	36
Syfte.....	36
Bakgrund	36
Verksamhetsperspektivet	37
Isolerade tjänster	37
Informationsöverföringsstandard	38
Vägval och lösningsförslag	39
Vyer 39	
1177 Stödtjänster och API-tjänster.....	41
Nya API-förmågor	42
Nationell Patientöversikt	43
Teknisk utveckling i Steg 1	44

Följebrev

I detta dokument finns avsiktsförklaring för projektet sammanhållen planering inklusive bilagor.

Regionens beslut och undertecknande avser:

Avsiktsförklaring för Steg 1 samt Bilaga 1.

Beskriver leveranser från Inera, samt åtaganden och vad som är valbart för regionen.

Beskriver även detaljer om berörda tjänstekontrakt med mera. Priset anges för Steg 1.

Bilagan preciserar avsiktsförklaringen och ger fördjupad information om:

- Regionernas styrning av projektet.
- Kompetensprofil på regionernas deltagare i Regionernas styrgrupp samt i arbetsgrupper.
- Pris per leverans.

Därtill finns dessa bilagor som ska förtydliga erbjudandet:

- *Målbild för sammanhållen planering:* Beskriver långsiktig inriktning för kommande steg.
- *Arkitekturella vägval:* Ger en fördjupad teknisk beskrivning som även länkar den tekniska utvecklingen till arkitekturell, teknisk målbild för 1177. Har presenterats i regionernas arkitekturråd.

Avsiktsförklaring Sammanhållen planering, Steg 1

Målbilden för *Sammanhållen planering* på lång sikt är att:

På 1177.se ska individen kunna se översikter med den information som är mest relevant för stunden för att kunna få överblick över sin vård och omsorg. Informationsmängderna rör exempelvis vårdkontakter, bokade tider, planerade insatser, läkemedel, provtagning, egenvård med mera. Det ska vara möjligt för patienten att vara en medskapande part som kan initiera aktiviteter och tillföra information. Även närstående ska kunna stödjas i en mer aktiv roll. Personal i vård och omsorg ska kunna få tillgång till de delar av de övergripande och personifierade vyerna som patienten ser, i den utsträckning deras roll ger behörighet.

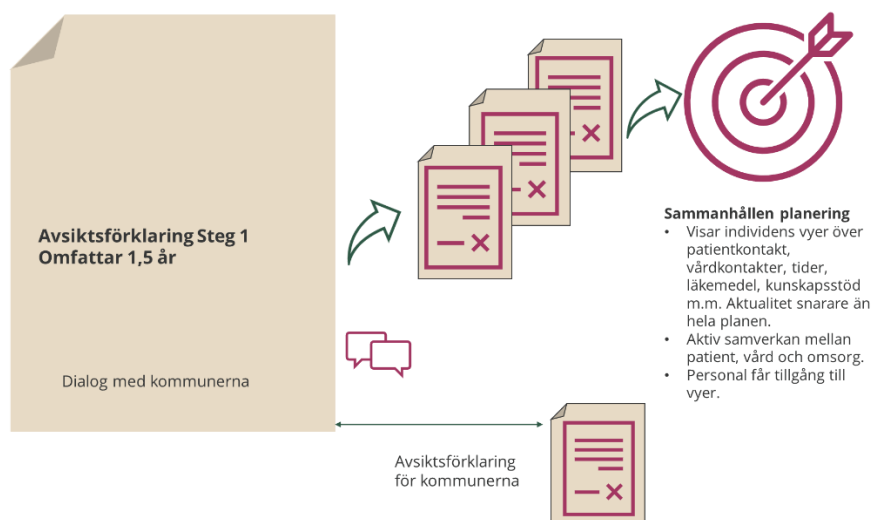
Målbilden beskrivs i dokumentet *Målbild Sammanhållen planering*. I denna avsiktsförklaring beskrivs Steg 1. Kommande steg beslutas av regionerna och dialog förs i Regionernas strategiska styrgrupp (se Bilaga 1).

I Steg 1 är målet

- Att göra en första version av en Översikt för individen. Denna kommer baseras på befintlig teknik och de informationsmängder som regionerna i nuläget kan leverera.
- Att påbörja ett långsiktigt arbete med att förbättra översikten. En central del är att regionerna behöver enas om vad som avses med de informationsmängder som ska visas och vad individen ska kunna göra med dessa. I kommande steg realiseras detta i exempelvis förbättrade tjänstekontrakt.
- Att påbörja den tekniska utveckling som är nödvändig för projektet och är en viktig del av den pågående moderniseringen av 1177 och målbilden avseende användarupplevelsen.
- Att erbjuda ett antal förbättringar som inte är obligatoriska, och inte är den slutgiltiga lösningen, men som ändå kan skapa nytta snabbare hos de regioner som önskar.
- Att stötta de regioner som önskar öka sin anslutning till tjänstekontrakt eller öka antalet producenter.
- Att tillsammans med de län där regioner har god samverkan med kommuner, identifiera hur kommuner kan medverka.

Arbetet kommer att möjliggöra både kostnadssättning för nästkommande steg och möjlighet för regioner och kommuner att justera målbilden utifrån fakta, ambitioner och vägval. En visualiserad och konkretiserad målbild ska även tas fram, liksom en första version av en översikt. Steg 1 föreslås pågå i ett och ett halvt år från start. Nästa steg kommer då att beskrivas och beslutas i avsiktsförklaring för Steg 2. För mer utförligt resonemang om kommande steg och hur de styrs se Bilaga 1.

Steg 1 kommer att resultera i ett antal leveranser inom ramen för vad som kan göras i befintlig teknik. En första variant på översikt för tider, kontakter och överenskommelser kommer att visas och ett antal andra lösningar kommer att vara tillgängliga, samtidigt som vi har kommit en bit på väg mot långsiktigt bättre lösningar.



Avsiktsförklaringen gäller Steg 1. Tiden för att uppnå målbilden avgörs av regionernas gradvisa prioritering i kommande steg. Steg 1 omfattar dialoger mellan region och kommun för att identifiera hur kommuner kan involveras.

Bakgrund: prioritering av informationsmängder att börja med

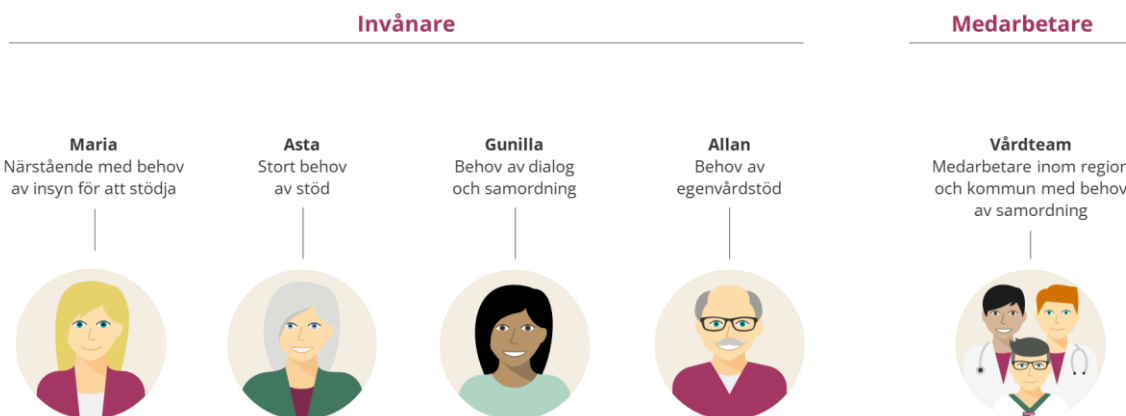
Att Steg 1 inleds med ett arbete för att definiera informationsmängder är inte en slump. Tvärtom är det ett resultat av flera års förstudier. Projekten har initierats av Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, och har genomförts av regioner, i regi av SKR och med Inera som stöd.¹ Lärdomar har även dragits av arbetssätt i en lång rad av olika slags vårdplaner såsom cancerområdets Min vårdplan cancer, sammanhållen individuell planering, rehabiliteringsplaner och tidigare piloter avseende vårdplan.

I förstudierna inom ramen för SKR-arbetet, har behoven hos olika patientgrupper och vårdens medarbetare noga kartlagts och analyserats. Det är därför känt vad som skulle bidra till bättre sammanhållen planering.

Studierna visar att det finns olika behovsområden, exempelvis patientberättelse och kunskapsdelning, undersökning och behandling, mål och överenskommelse, överblick och koordinering, läkemedel, kontakt och dialog, patientdata och mätvärden samt egenvård. Det ska tilläggas att dessa behov även är i linje med det gedigna arbete som gjorts i tidigare utredningar,

¹ *Patientkontrakt*, 2018, SKR, Dnr: S2017702482FS, *Sammanhållen planering på 1177 Vårdguiden*, 2020, SKR.se och Inera.se, *Digitala möjligheter som stöd i den nära vården*, SKR, ISBN: 978-91-8047-021-6.

senast i God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, SOU 2020:19. Detta arbete är grunden för Målbild sammanhållen planering och omfattar alla delar som behövs för att patienten och alla omkring ska ha en gemensam bild och överblick.



Bilden beskriver användargrupper som identifierats efter intervjuer i förstudien och som varit en grund för behovsanalys.

I förstudierna har även avgränsningen för Steg 1 tagits fram. Avgränsningen utgår från det som kallas Patientkontrakt. Konceptet Patientkontrakt innefattar både verksamhetsutveckling, värderingar och vardagskultur, men mest relevant här, är att arbetet med detta även preciserat vilken information patienten behöver ha för att förutsättningar för ökad delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan ska vara på plats. Det är en överenskommelse mellan patient och vårdgivare för att skapa delaktighet, en fast vårdkontakt, en person eller roll med samordningsansvar, tider samt en sammanhållen plan, planering och överblick.

Den personaliserade översiktsvy som beskrivs i remiss till dokumentet Målbild sammanhållen planering är inte en ny "tjänst" utan ett sätt att visa upp information. Utifrån översikten kan individen sedan vägledas vidare, till andra e-tjänster som provtagning eller Journalen, till specifika vårdplaner, eller till huvudmännens regionala e-tjänster eller till att kontakta de fasta vårdkontakterna på det sätt som angetts.

För att åstadkomma detta är nästa steg att regioner tillsammans med Inera gör ett krav- och informatikarbete avseende de identifierade informationsmängderna. Förstudierna har visserligen ringat in behov, men har inte gjort ett informatiskt grundarbete inför lösningsförslag och tekniska kravspecifikationer. Behovet avseende informatik om vårdplaner med mera har även efterfrågats och betecknats som prioriterat inom ramen för kunskapsstyrningens arbetsgrupper för strukturerad vårdinformation.

Arbetsområden

Arbetet i Steg 1 är indelat i fem arbetsområden:

- Definiera och enas om vad som ska visas (informatik)

- Ansluta till befintliga lösningar
- Lösningsförslag, tekniska förutsättningar och vägval
- Visualisera målbild
- Kommuner och regioner i samverkan

Dessa områden beskrivs nedan.

1) Definiera och enas om vad som ska visas

För sammanhållen planering finns ett första område av informationsmängder definierat, det som arbetet med patientkontrakt ringat in:

Fasta läkar- och vårdkontakter: För att kunna visa upp detta behövs en enighet om vad mer exakt som ska visas och på vilket sätt (person, roll, telefonnummer eller kontaktmöjlighet. Var finns denna information och hur kopplas och hämtas den?).

Överenskommelse: Eventuell publicering av "patientkontrakt", dels information om vad patienten åtagit sig, dels de kommande tider patienten har inbokade.

Vårdplaner som informationsmängd: Hur ska vårdplaner och eventuella patientkontrakt visas? Ska enbart informationsmängder visas eller även en lista/länkar etcetera till olika vårdplaner? I Journalen eller i översiktsvy? Hur ska en eventuell "hierarki" av vårdplaner visas (i begreppet vårdplan innefattas den individuella sammanhållna planen, SIP)?

Kopplat till definitionsarbetet behöver Inera parallellt och tillsammans med arbetsgrupperna ta fram lösningsförslag för hur informationsmängder (läkemedel, tider, planer, överenskommelser, kontakter) kan grupperas, hämtas och visas. Det behövs även beskrivningar av hur det ska vara möjligt att agera på den information som finns, exempelvis om man ska kunna förnya recept, ändra eller skapa tidbokningar, tillföra information i planer eller patientberättelser. Det behövs bland annat förslag på nytt kodverk, lösningsförslag för roller och relationer till listning, samt hur information ska kopplas och tekniska begreppsutredningar. Det behöver även fastställas hur informationsmängder ska visas i Journalen och i andra sammanhang.

Det informatiska arbetet kommer att behöva göras i samverkan med regionerna. Tanken är att formera arbetsgrupper med olika typer av expertis (strategisk/informatisk, vårdinformations-systemkompetens, verksamhetskunnig projektledare som även har möjlighet att kontakta patienter respektive vårdpersonal för mindre avstämningar av förslag. Se Bilaga 1 för utförlig beskrivning av arbetsgruppers organisation och kompetens). Inera har en samordnade roll och bidrar även med lösningsförslag och olika slags teknisk samt informatisk kompetens.

Arbetet med vårdplaner är direkt relaterat till de behov som regionerna flaggat för inom ramen för kunskapsstyrningens arbete med strukturerad vårdinformation och kommer att generera nytta på mycket bred front. Observera att arbetet avgränsas gemensamt. Det kan röra sig om att identifiera vad som ger den största praktiska nyttan först i tid, och vad som är absolut

nödvändigt för att komma vidare med att kunna visa olika slags vårdplaner. Det är inte självklart, men heller inte uteslutet, att informatikarbetet avseende vårdplaner ger sig in i att strukturera informationen i själva planen. Det kan i stället handla om att identifiera ett antal typer av vårdplaner. Oavsett vilket, är arbetsgruppens kompetens nödvändig för att hitta en riktig ambitionsnivå.

I remissvar har en fråga ställts om verksamhetsområden och hur deras olika kravbilder samlas in. Utgångspunkten är att regionerna har en uppfattning om önskat läge för vad som ska visas, och att de som benämns experter på verksamhet kan stå för att förmedla denna. Här talar vi om vårdkontakt, läkarkontakt och hur de ska kontaktas, samt hur vårdplaner ska visas. Om neddykningar i specifika arbetsprocesser behöver göras kan detta arbete fördelas mellan regionerna. När det gäller vårdplaner blir en viktig parameter i inledande avgränsning att identifiera vad som kan göras på generell nivå (och därför inte kräver omfattande djup kartläggning av alla olika diagnosområden och användningsområden, utan mer övergripande sådan). Generellt är tanken att ta tillvara på det fleråriga arbete som många regioner redan har lagt ned på att utveckla arbetsprocesser för patientkontraktet. Dock kommer det sannolikt behövas vissa insatser och kartläggningar.

En dialog med leverantörer av vårdinformationssystem behöver inledas i ett tidigt skede för att säkerställa realiserbarhet och tidplan. Detta parallella arbete behöver ske i samverkan mellan regionerna och vårdinformationssystemleverantörerna. Inera kan stödja regionerna i deras kontakter med journalsystemleverantörer genom att projektets arbetsgrupp tar fram gemensamma underlag och/eller planerar gemensamma möten med leverantörerna avseende projekt och målbild.

Inriktningen för informatikarbetet ska vara realiserbart inom en överskådlig tid. I arbetsgruppen ska det ingå personer med kunskap om nuvarande vårdinformationsmiljöer för att steget mellan nuläge och önskat läge inte blir för stort. Eftersom det ofta är ett eller flera års kötid för att genomföra förändringar kommer det dock finnas ledtider i genomförandet.

I arbetet med visualiseringar kommer Inera att använda de förslag som tagits fram inom ramen för projektet Förbättrad användarupplevelse. Bilder på översikter och funktionalitet kommer testas i Ineras användarpaneler. Tanken är även att regionernas arbetsgruppsmedlemmar ska kunna testa dem med patienter och vårdmedarbetare.

När det gäller patientinvolveringsaspekten går den tillbaka på hur regionerna arbetar generellt med patientens väg genom vården, vilket sannolikt avspeglas i hur regionerna vill att patienten ska kunna ha kontakt med fasta vård- eller läkarkontakter. Projektet har inte tänkt att göra om detta, utan att snarare identifiera hur regionernas önskemål kan samordnas. Dock ska patienter givetvis testa de visualiseringar som görs och säkerställa att de även realiserar de behov som identifierats tidigare.

2) Användning och utveckling av befintliga tjänster

a) Ansluta till tjänstekontrakt; skapa informationen som ska visas

Att ansluta till befintliga tjänstekontrakt är inte något som är obligatoriskt. Nyttan av en översikt, kommer dock bli direkt relaterad till av om informationen som finns där är komplett. Invånare kanske har overseende med att inte *alla* kommande tider finns med, eller (i framtiden) att inte *alla* vårdplaner är med, men samtidigt måste informationstäckningen vara tillräckligt stor. Regionerna behöver alltså skapa sig en överblick över sitt nuläge avseende informationstäckning och göra en plan för hur och när så många verksamheter och källsystem som möjligt ska kunna producera information.

Hur stor informationstäckningen ska vara, och hur snart detta mål ska uppnås kan varje regionreglera själva. I Steg 1 arbetar vi med informationsmängder. När dessa är definierade vet vi om befintliga tjänstekontrakt behöver utvecklas, kompletteras, eller om de räcker som de är idag. Dock vet vi redan nu att minst två tjänstekontrakt är relevanta, och vill därför uppmuntra regioner till att se över anslutning till dessa. Det blir även en fördel i den första versionen av översikt. I slutet på Steg 1 kommer Inera att kunna erbjuda en första version av en översikt baserad på befintlig information och teknik, och det kommer då att återspegla den informationstäckning som finns vid detta tillfälle. I projektet inkluderas därför ett förstärkt införandestöd för de regioner som önskar.

De tjänster respektive tjänstekontrakt som vi redan nu vet är relevanta för att förverkliga målbilden är dessa:

- **Fast läkarkontakt (del av listningstjänsten GetListing version 2)**
- **Bokade tider (GetSubjectOfCareSchedule 1.1)**

Tidbokstjänsten består av flera tjänstekontrakt exempelvis boka, omboka, avboka tid och att se tid. Att ansluta sig till alla har visat sig vara svårt för ett antal regioner. Inera kommer därför att dela upp tidbokstjänsten i syfte att skapa möjlighet att endast visa tider för att möjliggöra en gradvis utveckling av funktionalitet. Dessa tjänstekontrakt är redan utvecklade, och många är anslutna. Dock är inte alla anslutna och framför allt är inte alla olika källsystem anslutna.

När det kommer till hur läkar- eller vårdkontakten ska kontaktas, är en hypotes att detta kan ske via:

- **Digitala kallelser via 1177 inkorg (AddMessage v2)**

Utifrån vårdens perspektiv är 1177 inkorg ett säkert sätt att nå invånaren med information. Verksamheten kan vara säker på att informationen skickas till rätt person på ett snabbt och säkert sätt. Invånaren tar del av informationen i ett vårdssammanhang som inte är uppblandat

med annan typ av information. Verksamheten kan se om invånaren har läst meddelandet och även styra över hur informationen presenteras. För de regioner som redan använder denna tjänst kan det därför vara intressant att se över vilken anslutningsgrad och informationstäckning som finns.

Ytterligare en hypotes är att tjänstekontraktet för vårdplaner (**GetCarePlans**) kan vara användbart för att visa upp vårdplaner. Få använder detta tjänstekontrakt idag, och vi har gärna en dialog om någon region vill veta mer om risker och fördelar med att ansluta innan projektet hunnit starta.

Nedan föreslås även att Inera tar fram en standardisering av hur tjänstekontraktet **GetMedicalHistory** kan användas för att tjänsten Förnya recept ska fungera. Om regionen vill använda denna behöver förändringen implementeras.

Inom ramen för projektet *Sammanhållen planering* - varken utreds eller beslutas vilken slags standard som ska användas för utbyte av information. Det sker i stället inom arbetet med samverkansarkitektur och eventuell nyutveckling kommer ske i den form som ska gälla. I nuläget tyder mycket på att det kan bli aktuellt att arbeta parallellt med tjänstekontrakt och nya tekniker, främst FHIR.

Oavsett om regionen är redo att arbeta med detta eller ej, rekommenderar Inera starkt att regionen gör en gapanalys över sin anslutnings- och informationstäckningsgrad till Ineras olika tjänstekontrakt. Orsaken är att möjligheten att se varandras informationsmängder, kommer vara en framgångsfaktor även i senare steg när fokus blir mer på sammanhållen planering mellan kommun, region och individ, och då kommer sannolikt fler tjänstekontrakt än i individens översikt att beröras.

b) Lösningar som bygger på principen "bättre befintligt"

För att tillfredsställa akuta behov på området Patientkontrakt, prövar Inera vilka första och tillfälliga lösningar som kan stödja regionerna. Nedstående är förslag som Inera bedömer kan skapa nytta. I projektets inledande fas kommer Inera inventera om det finns intresse för alla lösningar och det kan bli mindre förändringar beroende på utfallet.

Patientöverenskommelser taggade i journalen.

Vad en överenskommelse är informatiskt kommer vara en del av det som utreds i informatikarbetet. Är det exempelvis en plan som ska publiceras, eller ställer det krav på att visa aktiviteter? I väntan på klarhet i detta, har vi konstaterat att Region Jönköping dokumenterar överenskommelser och målsättningar som *sökord i sina journalmallar i Cosmic*. De visas i Journalen via nätet och i NPÖ som en del/rubrik i den kronologiska journalanteckningen. Inera skulle kunna beskriva hur detta görs så att fler regioner kan välja att göra/inte göra detta i väntan på att informatikarbetet avseende vårdplan och/eller överenskommelse är klart. Tanken är även

att se om det går att göra den ovannämnda "överenskommelse" till en rubrik i journalen. Det skulle i så fall motsvaras av en egen rubrik där du ser "Anteckningar", "Diagnoser", osv.

Idag motsvaras alla rubriker av ett eget tjänstekontrakt, men det finns sannolikt inget tekniskt hinder att utöka med separata informationsmängder som taggats inom till exempel GetCareDocumentation (som motsvaras av Anteckningar nedan).

Modul i Stöd och behandling

Inom ramen för Stöd och behandling kan Inera ta fram en modul som kan fungera som mall för de regioner som vill göra patientöverenskommelser i planformat. Modulen kan användas exempelvis för att följa upp ett gemensamt mål eller överenskommelse. Innehållet i modulen (informationsmängder) tas fram i samverkan och inom ramen för arbetsgruppen för informatik och utgår från de informationsmängder som Patientkontraktet omfattar (utan att vara kopplade till journalsystem). Detta kan vara ett blindspår, då många anser att koppling till journalsystem är helt nödvändig. Å andra sidan erbjuder Stöd och behandling redan nu möjlighet till interaktion med patienten. Det finns även i framtidsplanen att undersöka om det går att skapa en integration till vårdinformationssystem. Detta är dock inte tidsatt eller finansierat.

Förbättring av tjänsten "förnya recept"

I framtida iterationer av individens översikt är läkemedel sannolikt ett prioriterat område. Idag saknas viktig förmåga att sammanställa alla individens förskrivna och ordinerade recept. Detta är ett för stort område i Steg 1, men Inera föreslår att en mindre förbättring ändå görs. Det finns idag en användning av tjänstekontraktet GetMedicalHistory, som gör att tjänsten Förnya recept fungerar bättre. En leverans i Steg 1 är därför att standardisera den användningen och stödja regioner som vill justera sitt tjänstekontrakt i detta avseende.

3) Lösningförslag, tekniska förutsättningar och vägval

Inera behöver klargöra tekniska och, i vissa fall, juridiska förutsättningar för att utveckla lösningförslag och möjliggöra vägval för hur en sammanhållen planering och individuella vyer ska kunna realiseras. Detta arbete utgör funktionalitet "under huven". De delar som skapar bättre samordning mellan tjänsterna kommer också att kunna bidra till en generell effektivisering av tjänsteförvaltningen genom den konsolidering det kan generera. Här nedan beskrivs kortfattat vilka aktiviteter som är planerade inom Steg 1.

Inera kommer att ta fram ett lösningförslag och kostnad för en 1177-generell förmåga för att inhämta journalinformation och de informationsmängder som definieras inom ramen för informatikområdet. I kommande steg blir Nationell patientöversikt, NPÖ, central. Detta är den befintliga grundstrukturen för att vård- och omsorgspersonal ska kunna ta del av varandras planering och patientens översikter. Ju mer information som regioner och kommuner kan producera upp, desto bättre funktionalitet och stöd kan byggas för huvudmannaöverskridande

planering. I Steg1 kommer Inera att analysera informationsmängder och ta fram lösningsförslag för hur personaliserade vyer kan visas i existerande och nya vyer iNPÖ. Inera kommer att utreda om/hur NPÖ behöver moderniseras för att passa de behov medarbetare har av att enkelt hitta relevant information i en given situation. För att skapa en förmåga att använda information som idag endast kan hämtas och visas i Journalen/NPÖ, ska Inera ta fram underlag för hur en gemensam stödtjänst kan skapas. En sådan är en viktig del för att skapa översikter som visar just det en patient eller medarbetare vill se vid ett visst tillfälle.

Ytterligare en viktig teknisk delkomponent är katalogtjänsten HSA. I Steg 1 ska Inera säkerställa om behörigheter och medarbetaruppdrag i HSA kan täcka in de behov som återfinns inom kommunal vård. Detta är en förutsättning för att kunna visa personaliserade vyer för vård- och omsorgspersonal.

4) Göra första version av översikt samt visualisera målbild

Projektet kommer i Steg 1 göra en första version på 1177.se av en personaliserad översikt som visar det som är möjligt att visa efter första årets arbete. Den kommer att bygga på befintlig teknik och befintliga tjänstekontrakt. Den sammanställer befintlig information på ett nytt sätt, men saknar fortfarande de nya informationsmängder som informatikarbetet preciserar. Den personaliserade översikten kommer därefter gradvis att förbättras.

För att möjliggöra bättre förståelse, dialog och information om målbilden, tar projektet även fram en visualisering av den långsiktiga målbilden.

5) Kommun och region i samverkan

Många regioner och även vissa kommuner har önskat att kommunerna ska medverka redan från start. Detta är dock ny mark. Det saknas förstudier avseende kommunala behov och därmed är det svårt att ringa in vilka informationsmängder som ska skapas eller visas först. Kommunerna har därutöver mycket skiftade förutsättningar, och flera har pekat på att de önskar att utgångspunkten tas i samverkan under regional ledning. Kommunerna har hittills inte velat samordna sig i gemensamma utvecklingsprojekt och det finns därför viktiga steg att ta tillsammans. Det finns redan idag en del län där regioner och kommuner har påbörjat samverkan på området sammanhållen planering. Inera föreslår därför att arbetet under Steg 1 är:

- Tre till fem län gör med Ineras stöd ett förarbete där kommun och region identifierar lämpliga första steg. Det kan handla om att enas om ifall rätt sätt att börja är något av nedanstående:
 - Att enas om specifika informationsmängder som ska kunna visas, exempelvis fast omsorgskontakt.
 - Eller att utgå från sammanhållen individuell planering och använda samt visa informationsmängder ur dessa planer.

- Eller att visa mer information från den kommunala vård som redan idag använder samma vårdinformationssystem som regionerna.
- Eller att enas om tidplan för att aktivt arbeta för att producera specifik information till NPÖ, eller något annat som är prioriterat och rimligt för bägge parter.

Målet är att föreslå prioritering av vilket område arbetet som berör kommunerna och gränslandet kommun/region ska börja, samt bidra till att formulera innehåll i en avsiktsförklaring till kommunerna. Inera projektleder och bistår med nödvändig teknisk kompetens samt tar fram underlag. Förslaget kan även remissas till övriga läns regionala samverkansfora.

Ineras leverans

Ny funktionalitet i befintlig teknik

- Första versionen av en personaliserad översikt.
- Att säkerställa att "fast läkarkontakt" (del av listning 2.0) visas i lämplig översikt.
- Möjlighet att visa "överenskommelse" i Journalen (avser en tillfällig och begränsad lösning).
- Modul för att göra "överenskommelser" i Stöd och behandling.
- Förbättring av tjänsten Boka recept genom ett förslag på standardiserad användning av tjänstekontraktet GetMedicalHistory utgående ifrån befintlig praktik.
- Möjlighet att visa tider utan att samtidigt erbjuda ombokning av tid. För att snabbare realisera möjlighet att visa upp en översiktsvy.

Leveranser som är del av den långsiktiga lösningen

- Samordning och stöd för regionernas arbete med informationsmängder samt tekniska och informatiska underlag för detta. (Arbetsgrupp för informatik.)
- Lösningförslag för Ineras tekniska funktionalitet som möjliggör att visa information mer personaliserat och flexibelt.
- Bakomliggande lösningar för överföring av information.
- Prioritering av ett första steg för medverkan från kommuner utifrån gemensamt identifierat behov.
- En visualisering av målbilden.

Vad behöver regioner göra

Regionerna behöver i Steg 1:

- Delta i arbetsgrupperna. Det finns en separat beskrivning av arbetsgrupper och behov av kompetensprofiler. Inera bjuder in till workshop i maj för att diskutera bemanningen.
- Regionerna rekommenderas att se över hur regionens informationsförsörjning ser ut och göra en plan för hur och när regionen vill ansluta till relevanta tjänstekontrakt eller öka

informationstäckningen i dessa. Den framtida nyttan av en individuell översikt är direkt relaterat till om det finns tillräckligt god och heltäckande information. Notera att det är känt att två tjänstekontrakt kommer kunna användas. Därutöver kan det, efter att arbetet med informatik är gjort, dels bli klart om några fler av de nuvarande kan användas (beskrivet ovan), dels klargöras vilka nya tjänstekontrakt som kan behöva skapas (se ovan).

- Utöver detta är det sannolikt bra att ha förberedande dialoger med vårdinformationsleverantörerna, gärna i kundgrupperna. Inera bidrar gärna i dessa dialoger.
- Några regioner som har etablerat god samverkan med länets kommuner behöver bidra i den grupp som ska arbeta med prioritering av kommuners medverkan.
- I den utsträckning regionerna önskar dela information med kommuner, och möjliggöra för deras verksamheters personal att ta del av patienters planerade aktiviteter med mera, är det av stor vikt att regionerna planerar för att säkerställa ökad informationsdelning via tjänstekontrakt. Informationen kan komma att visas i NPÖ, vyer eller på annat sätt.
- Utgångspunkten i projektet är att vårdpersonalen ska kunna rapportera direkt i sitt eget vårdinformationssystem och att arbetssätt som kan behöva utvecklas därför utgår från hur detta utvecklas och de arbetsformer som används lokalt.
- Arbetet med Sammanhållen planering är ett stöd för det större verksamhetsutvecklande regionala arbetet med Nära vård. Inera vill tillsammans med regionerna stödja detta arbete i avseendet IT-stöd och jacka in i de olika regionala projekten på området Nära vård, patientkontrakt, fast vårdkontakt och liknande initiativ.

Pris

Priset nedan baseras på en kostnad om 27 Mkr. Projekttiden är 1,5 år från startdatum. Startdatum är planerat till januari 2024. Projektet levererar generell funktionalitet och förutsätter att alla regioner deltar och säger ja till en kommande avsiktsförklaring. Antalet invånare föreslås utgöra fördelningsnyckel, se nedan.

Region	Totalt pris
Region Stockholm	6 255 545 kr
Region Uppsala	1 025 382 kr
Region Sörmland	778 442 kr
Region Östergötland	1 211 765 kr
Region Jönköpings län	948 274 kr
Region Kronoberg	524 531 kr
Region Kalmar län	637 579 kr
Region Gotland	157 056 kr
Region Blekinge	408 501 kr
Region Skåne	3 627 988 kr
Region Halland	880 662 kr
Västra Götalandsregionen	4 512 834 kr
Region Värmland	729 693 kr
Region Örebro län	790 678 kr
Region Västmanland	720 875 kr
Region Dalarna	742 294 kr
Region Gävleborg	739 655 kr
Region Västernorrland	626 843 kr
Region Jämtland Härjedalen	340 535 kr
Region Västerbotten	708 385 kr
Region Norrbotten	641 568 kr
Totalt:	27 009 086 kr

Vid frågor, kontakta

Sofie Zetterström, affärsområdeschef 1177

Telefon: 070-315 71 67

E-post: sofie.zetterstrom@inera.se

Bilaga 1: Styrning, arbetsgrupper, pris per leverans

1.1 Styrning av etapper

I utvecklingsprojektet Sammanhållen planering sitter ingen av parterna på en färdig lösning. Olika lösningar, deras kostnader och nyttor och själva målbilden behöver tas fram stegvis. Målbilden föreslås i avsiktsförklaringen att förverkligas i etapper där regionerna, baserat på vad som framkommit i tidigare steg, löpande tar ställning till *om* målbilden ska justeras *och i vilken hastighet* som arbetet ska gå och *vad som ska göras i nästa steg*. Detta ger möjlighet att gradvis precisera både kostnader för teknisk utveckling inom Inera, regionerna kan uppskatta egna kostnader och nyttor, och att utifrån detta ta ställning till vilken funktionalitet som är önskvärd.

1.1.1 Regionernas strategiska styrgrupp

För att det ska bli möjligt att arbeta på detta sätt, behöver regionerna kunna styra och ha dialog med Inera avseende kommande steg, utöver det som sker i det regionala programrådet. Därför föreslås att **Regionernas strategiska styrgrupp** inrättas. Inera har fortsatt ansvar för styrningen av pågående projektsteg.

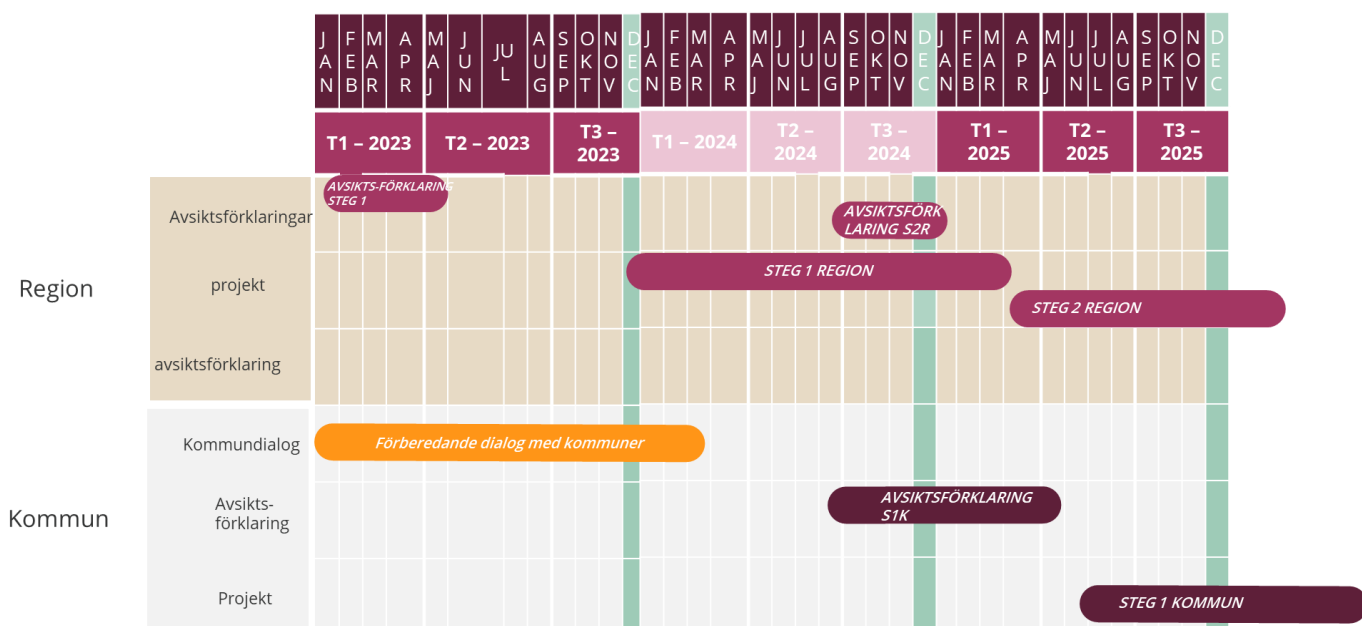
Den strategiska styrgruppen bör kunna:

- Ta emot och godkänna färdiga leveranser från projektet när de utgörs av standarder som ska gälla för alla regioner.
- Ha dialog med varandra och Inera om innehåll, taktning och ambitionsnivå för kommande steg på en övergripande nivå.
- Ha en dialog om hur samverkan mellan region och kommun går i de olika länen och ha synpunkter på projektets förslag om hur kommuner ska kunna involveras (både av Inera och av regionerna själva).
- Diskutera eller besluta om önskvärda mål för regionernas egna verksamhetsimplementeringar och besluta om ifall effektmål ska följas upp.

Kompetensprofil på ledamöter i den strategiska styrgruppen:

- Kunskap både om regionens vård- och digitaliseringsstrategi.
- Ha en hög beslutsfattande position i sin region.
- Det bör även vara en annan medarbetare än den eller de som medverkar i projektets arbetsgrupper. Det kan vara samma individ som programrådsrepresentanten.

Inera föreslår att regionerna överväger om det är lämpligt att ha en ledamot per sjukvårdsregion eller om det är viktigt att alla regioner är representerade av sig själva.



Bilden ovan med tidplaner för avsiktsförklaringar visar på principiell nivå hur steg och avsiktsförklaringar behöver taktas. Cirka ett halvår efter Steg 1:s start behöver en avsiktsförklaring för Steg 2 skickas ut. Detta innebär följande:

1. Innehåll i Steg 2 behöver förberedas när projektet startar.
2. Om vi vill behålla tempo och inte få långa uppehåll mellan stegen behöver Steg 2 sannolikt innehålla delar som inte är en direkt följd av Steg 1. En del av lösningsförslagen i Steg 1 behöver få presenteras (inkl. kostnader) och kan därför inte följas upp förrän i Steg 3.
3. Vissa följdaktiviteter efter Steg 1 kan följa direkt i Steg 2. Exempelvis kan Inera uppskatta kostnad för att utveckla tjänstekontrakt baserat på vad som informatiskt blir slutsats i Steg 1 utan att veta exakt vilket tjänstekontrakt som behöver utvecklas.

Inera kommer att kunna förse Regionernas strategiska styrgrupp med förslag på Steg 2 och delvis Steg 3 efter att projektet påbörjats så att en initierad dialog kan ske inför att avsiktsförklaringen skickas ut.

1.1.2 Samordning inom Inera, operativ styrning

Inera kommer att säkerställa att projektets långsiktiga mål och att förslag om vad som ingår i kommande etapper är väl berett inom företaget. För att göra detta kommer **Ineras portföljstyrgrupp** att användas. Flera avdelningar och kompetensområden är berörda redan i första steget och ännu fler kommer att involveras i kommande etapper, vilket ställer krav på intern samordning.

Ineras operativa styrgrupp bemannas av sektionschefer som även är resursägare till de medarbetare som är involverade i det aktuella steget. Denna grupp styr löpande det pågående etappsteget.

1.1.3 Regionens egen beredning

Inera kommer att ta fram underlag och stå för beredning till regionernas strategiska referensgrupp. Dock behöver sannolikt **varje region någon slags intern beredningsgrupp** för att kunna ta ställning till vad regionen önskar ska komma i nästa steg. Det finns även behov för regionens representanter i arbetsgruppen att kunna förankra inriktningar med andra medarbetare som arbetar med närliggande frågor. Om regionen exempelvis arbetar på ett specifikt sätt med fast läkarkontakt och andra regioner vill göra på ett annat sätt, behöver detta kunna stämmas av.

Inera föreslår (se stycke 4 i detta dokument om arbetsgrupper) att det ska finnas experter i en av arbetsgrupperna som har någon form av samordnande/strategisk roll. Det kan handla om exempelvis e-strategier eller en projektledare på central förvaltning med ansvar för exempelvis Nära vård. Denna expertgrupp kan förutom att medverka i arbetsgruppen, även fungera som samordnande inom regionen för att säkerställa att det nationella it-stöd som tas fram i Sammanhållen planering hänger ihop med övriga initiativ. Denna eller dessa personer tillsammans med andra nyckelpersoner, exempelvis de som arbetar med kommunsamverkan, kan fungera som en intern beredningsgrupp till regionens representant i den strategiska referensgruppen.

1.1.4 Referensgrupper och styrning av delområden

Inera föreslår att *informatiken* antingen beslutas av Kunskapsstyrningens Nationella samverkansgrupper, NSG, för strukturerad vårdinformation, alternativt att deras beslut ses som en rekommendation som sen beslutas i regionerna.

I övrigt föreslår Inera att ordinarie expertgrupper används. En viktig grupp är Regionernas Arkitekturråd, RAR. I detta har Inera under beredningen av avsiktsförklaringen regelbundet informerat om den arkitekturella och tekniska planen. Detta har fallit väl ut och Inera föreslår att projektet fortsätter rapportera och besvara expertfrågor i detta sammanhang.

1.2 Innehåll i kommande steg

Kommande steg planeras i samverkan med **Regionernas strategiska styrgrupp**. Det som kommer att avgöra vad som kan bli kommande steg är fyra aspekter: det logiska nästa steget i den tekniska utveckling som påbörjas i steg 1, möjlig/ valbar nästa utveckling, regionernas önskemål utifrån utvecklingsförmåga och ambitioner, samt utveckling i andra delar av Ineras teknik eller tjänster. Aspekterna utvecklas nedan.

1.2.1 Ramar utifrån påbörjade tekniska lösningsförslag i steg 1

I första steget påbörjas en teknisk utveckling vars större drag beskrivs i bilagan Arkitekturella vägval. Det som beskrivs där är målarkitektur för helheten 1177, varav Sammanhållen planering är en del. En del åtgärder som visserligen är viktiga för Sammanhållen planering, men även för andra tjänster eller projekt, kommer att finansieras separat med så kallade utvecklingsmedel eller via andra projekt. Vilka delar som finansieras och styrs inom Sammanhållen planering anges dels sist i Arkitekturella vägval, dels mer övergripande i avsiktsförklaring för Steg 1. Utifrån det som påbörjas är det logiskt att i kommande steg fortsätta med dessa områden:

- Eventuellt bygga nya tjänstekontrakt/API:er baserat på behov som identifieras i arbete med informatik (och som vi nu inte känner till).
- Utöka invånarens översiktsvy med nya informationsmängder (se valbart nedan).
- Planer och överenskommelser – utforma och bygga det Steg 1 visar att man vill kunna göra.
- Skapa en stödtjänst: en generell 1177-förmåga för informationshämtning, bryta ut förmåga och skapa stödtjänst (förbereds i Steg 1).

1.2.2 Möjlig/valbar nästa utveckling

I Steg 2 och 3 är det lämpligt att realisera det som planeras i Steg 1 avseende specifika informationsmängder och den redan påbörjade tekniska utvecklingen. Därutöver kan stegen innehålla andra, valbara, utvecklingsområden. Regionerna behöver enas om vad som är mest prioriterat. De områden som framhålls i målbilden och i förstudier är bland annat dessa:

- Fler informationsmängder i översikten: till exempel, bättre information om läkemedel. Egenvård? Läkemedel? Visa upp pågående e-behandlingar?
- Ta fler steg mot att visa medarbetare översikt.
- Vad för information från kommunalt håll?
- Hur mycket "samskapande" från patienten? På vilket sätt?
- Kunskapsstöd till patienten?
- Särskild utveckling av översikten ur barnperspektiv. Översikten är särskilt bra för individer i behov av stöd från anhöriga och individer med komplexa vårdbehov och många vårdgivare. Detta är inte åldersspecifikt, däremot stämmer det väl in på både barn och äldre.

1.2.3 Ramar utifrån ambition och kapacitet hos regionerna

Steg 1 fokuserar på att kunna visa en översikt för individen. Funktionaliteten och värdet är beroende av den takt med vilken regionerna kan säkerställa att information visas från regionens vårdgivare. Översikten behöver fyllas med information, som endast kan komma från vårdgivare. Regionerna behöver därför, för egen del, ta ställning till i vilken takt följande kan ske:

1. Gapanalys i relation till existerande tjänstekontrakt/API:er samt plan för att öka informationsdelning i relevanta tjänstekontrakt från alla vårdgivare. Prioriterade tjänstekontrakt anges i avsiktsförklaring Steg 1.
2. Påbörja arbete med att kravställa vårdutförare som är styrda av avtal avseende informationsmängder och produktion av information (Tar ett antal år för att få genomslag).
3. Beställningar till systemleverantörer för att ta höjd för nya begrepp/informationsmängder (OBS-informatikarbetet behöver bli klart för att nya beställningar ska kunna göras. Däremot kan regioner under Steg 1 påbörja dialog med sina leverantörer och Inera kan medverka i denna dialog).



Taktningen av gapanalys, kravställning av vårdutförare/anslutningar från egna systemen är valbar, men den påverkar nyttan med kommande steg och hur snabbt det är meningsfullt att gå vidare till nya områden.

Om större förändringar föreslås i informatikarbetet i Steg 1 (behöver inte bli så) kan detta leda till behov av att regionerna arbetar med implementation av förändringar i vårdplanedefinitioner/struktur med mera.

Regionen behöver samverka med kommuner och processer (utanför projektet). Hur detta arbete framskrider kan påverka vad nästa steg i

Sammanhållen planering ska bli. I Steg 1 ingår en nationell dialog, men detta ersätter inte behov av den länsvisa, lokala dialogen och utvecklingen.

1.2.4 Utveckling i andra tjänster

Projektet är en generell utveckling av Ineras tekniska förmåga och kommer att kräva utveckling av bakomliggande teknik i flertalet olika tjänster eller lösningar (se 3.1). De direkta beroenden som är identifierade är:

- Ombudstjänsten (avsiktsförklaring under våren)
- Förmåga att en Inera-tjänst ska kunna skicka information till ett vårdinformationssystem (det vill säga inte enbart visa information från VIS). "skriv till vis". Ett projekt pågår. (konkretisering, kostnadsförslag mm.)
- Pågående pilotprojekt avseende NPÖ och Kommuner (i Skåne)
- Utveckling av HSA för kommuner

- Juridiska utredningar och följdåtgärder av nya lagen Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Inom Inera samordnas tidplaner och scoop för projekten. De utgår från gemensam målarkitektur och Ineragemensamma mål.

1.3 Arbetsgrupper i Steg 1

Steg 1 innehåller dels ett antal leveranser i den befintliga tekniken (beskrivs inte här då de ej förutsätter bemanning från regionerna).

Det första steget för att göra en innehållsrik och användarvänlig individanpassad översikt måste påbörjas genom att göra ett grundläggande arbete med att beskriva exakt vad som vill visas avseende fast vård- och läkarkontakt och vårdplaner och överenskommelser. Detta arbete behöver göras av regionerna tillsammans med informatiker och andra tekniska kompetenser från Inera. Det är viktigt att regionerna är aktiva eftersom det handlar om att nationellt enas så att A i en regions informationssystem motsvarar ett A i alla andra regioner. Saker behöver benämnas lika annars kan de inte visas nationellt. Lika viktigt är att benämningarna är väl valda utifrån vårdverksamheterna och patienternas vardag.

I Steg 1 påbörjas arbetet med att visa upp prioriterad information i en vy på 1177

- fasta läkar-, vård och omsorgskontakter
- vårdplaner och överenskommelser
- bokade tider

Avgränsningen baseras på slutsatser i förstudier. I efterföljande steg är intentionen att gradvis utöka vad som kan visas upp i en översikt för att på sikt åstadkomma en automatiserad, individuell översikt över information om exempelvis patientens aktiviteter, planer, recept och bokade tider. Vi kommer vid slutet av Steg 1 kunna visa en första översikt som bygger på nuvarande teknik. Vi kommer också ha grunden, både informatiskt och tekniskt, för att kunna göra kostnadsförslag och tidsuppskattningar för att regionerna ska kunna gå vidare i nästa steg för att få den bättre översikten. Det handlar både om att utveckla sätt att komplettera vad regionerna överför för typ av information på områdena listade ovan, och hur tekniken behöver utvecklas för att stödja detta.

Arbetet kommer att ledas av Inera. Projektledaren håller ihop hela arbetet med Steg 1 och dess olika underprojekt och arbetsgrupper. Projektledaren utgör alltså en samordnande väg in till Inera och regioner kan utse en egen övergripande projektledare om de önskar. Arbetsgrupperna kommer från Ineras sida bemannas med en informatiker och andra experter. Dock är projektet i mycket en *nationell samordning av minsta gemensamma nämnare/standards* på områden som är mycket viktiga för verksamheterna. Därför behöver regionerna delta med flera sorters experter/kompetenser och löpande kunna vara involverade för att vi ska kunna få rätt information om arbetssätt och teknik i de olika regionerna och för att alla regioner ska vilja anta

det slutgiltiga resultatet. Inera utgår ifrån att regioner kan och vill samarbeta och att alla inte vill eller kan ha med alla slags experter. Inera kommer därför vilja ha dialoger under februari 2023 för att hitta bra lösningar för att balansera insyn och deltagande.

Arbetet kommer att organiseras så att det är en stor gruppering med tre specifika expertgrupper:

- informatik/informationssystem,
- verksamhetsexperter (ej vårdpersonal) och
- strateger/regionens projektledare.

En del av arbetet kommer att ske *inom respektive expertgruppering*, och vi kommer även att *blanda expertgrupperna i vissa möten*. Vissa uppsamlingsmöten blir med hela grupperingen. Det är fullt möjligt att en person förkroppsligar olika expertroller. Således kan verksamhetsexperten även agera projektledare inom sin region och även kunna ansvara för e-strategi och samordning med regionens andra projekt och satsningar. Ineras projektledare diskuterar gärna närmare med varje region hur detta kan lösas.

Exakt hur mötesgrupperingarna kommer sammanträda under året är svårt att bestämma idag. Första steget är att göra inledande avgränsningar tillsammans med gruppen och utifrån det kan detaljerade planer göras. Vi kommer därför föreslå att alla ingående experter har ca 4 timmar per vecka att användas antingen för inläsning/eget arbete eller för att delta i en arbetsgrupp via Teams.

Exempel för att visa hur det kan fungera:

Vi ska jobba med vårdplaner. Där behöver informatikerna först arbeta separat med att avgränsa och komma med förslag och frågeställningar om exempelvis hur vårdplaner används. Frågeställningarna behöver besvaras av verksamhetsexperter. Därefter kommer ett dialogmöte varpå informatikerna kan arbeta vidare.

I ett senare skede kan ett förslag på hur till exempel fasta vårdkontakter och hur man ska kontakta dem på översikten vara framtaget. Detta behöver testas av slutanvändare (patienter och vårdpersonal). Då kan en fråga gå till verksamhetsexperterna om att använda några av de grupper (som vi vet att flera regioner har) för att titta på förslaget.

Verksamhetsexperter jobbar redan idag på olika sätt med patientkontrakt och överenskommelser. Ett första steg här är att identifiera vad som är lika/olika i de informationsmängder man vill kunna visa (i relation till de tre områden ovan nämnda). När detta är gjort ordnas ett dialogmöte med informatikerna.

Ytterligare en form av träff är när vi ser behovet av att samla en mindre informatiker och verksamhetsexperter för att arbeta med en specifik fråga tillsammans.

1.3.1 Experter på området informatik och kravställning

Från informatikområdet behövs en representant från varje kundgrupp:

- 1 från Skåne
- 1 från VGR
- 1 från Sussa-gruppen
- 1 från Stockholm

Cirka två från de fristående Cosmicregionerna/kundgruppen Cosmic. Här behöver regionerna prata ihop sig avseende representation. Avseende vårdplaner är konfigurationerna rätt olika.

Av dessa personer bör minst två personer vara informatiker. Resterande bör vara specialister på sina respektive vårdinformationssystem. Dessa personer behöver kunna avsätta i snitt 4 timmar per vecka på att delta i arbetsgruppsmöten och/eller att verifiera förslag. Arbetsinsats kommer att variera i intensitet. Arbetsmötena förutsätts ske digitalt.

Inera kommer att bemanna med en informatiker som på heltid arbetar med frågan. Informatiker och informationssystemsexperten deltar aktivt och kommer behöva bidra med kunskap och ev. kartläggning av hur just deras region arbetar (exempelvis tekniskt ekosystem).

1.3.2 Mål och leveranser för informatikområdet

Målet är inte att lösa allt på detaljnivå, utan att påbörja en tillräcklig standardisering som är praktisk genomförbar i nuvarande vårdinformationssystem. Arbetet ska:

- resultera i beskrivningar av de informationsmängder som regionerna är överens om och som ska kunna visas i den nationella vyn (avseende läkar- och vårdkontakter, överenskommelser, vårdplaner och tider).
- klargöra informatik på vårdplanområdet på övergripande nivå.
- bidra med definitioner av vad en vårdplan är begreppsmässigt och helst även bidra till ett ramverk för hur arbetet med vårdplaner samverkansstruktur.
- vara säkerställt att det är tekniskt och praktiskt möjligt att förslaget ska gå att implementera i vårdinformationssystem och i tjänsterna hos Inera (teknisk utveckling sker i kommande Steg 2 och 3).

1.3.3 Samordning och beslut om att anta informatikresultat.

Inera föreslår att Nationell samordningsgrupp för vårdinformatik, NSG, ska fungera som regionernas remissinstans och beslutsinstans avseende informatiken. Möjligen kan just expertgruppen för informatik ses som en NAG (nationell arbetsgrupp). Inera har lyft denna fråga med NSG. Förslaget ovan om bemanning är framtaget i samverkan med NSG.

NSG har tagit med sammanhållen planering i sin verksamhetsplan för 2023.

1.3.4 Verksamhetsexperter

Vi tror att denna grupp utgörs av personer som idag arbetar som antingen nära vårdsamordnare, projektledare för patientkontrakt eller verksamhetsutvecklare. Arbetet med informatik kan inte göras endast av informatiker, utan vi behöver personer som dels kan informera om hur regionen arbetar idag med patientkontrakt, fasta vårdkontakter, och känner till de utredningar eller planer som redan gjorts.

Gruppen bör bemannas av cirka 10 personer från olika regioner som kan arbeta cirka 4 timmar i veckan. De regioner som inte deltar aktivt i arbetsgruppen behöver ha en e-hälsostrateg (se nedan) som kan hålla sig underrättat under året och avgöra om regionen anser att de behöver lägga till fakta eller om deras verksamhet är tillräckligt representerad. I de fallen behöver e-hälsostrategen kunna skicka in befintlig information såsom planer för patientkontrakt, uppdrag för fast vårdkontakt med mera.

Experterna ska kunna:

- Delta i att hitta minsta gemensamma nämnare på området: hur ska informatikerna tänka avseende nämnda informationsmängder? Vi kommer behöva kompromissas och enas om definitioner som olika regioner redan har uppfattningar om. Därmed behöver vi en grupp som kan ha dialog om detta och både ge inspel till informatikerna och ta med sig förslag tillbaka till sin region.
- Experterna behöver ha kunskap om vårdprocesser och arbetssätt. De behöver ibland kunna bidra med att göra specifika kartläggningar av exempelvis hur en vårdplan används. Svara på frågor från informatiker. Om vi ska kunna föreslå hur exempelvis vårdkontakter ska visas behöver vi veta mer om i vilka situationer kontaktinformation till vårdkontakter ska användas. Det kan handla om att förstå om det (framåt) kommer behövas möjligheter för olika vårdkontakter att känna till varandra, om patienten ska kunna skicka information till ett helt vårdteam eller en specifik person.
- De behöver ha kontaktvägar till slutanvändare (invånare, närstående, medarbetare). Här tänker vi på att lösningsförslag kan behöva testas. Det är inte stora, omfattande test, och vi vet att det brukar finnas befintliga grupperingar som kan användas.

1.3.5 E-hälsostrateger (eller regionala projektledare)

En samordnande gruppering som löpande får information om projektet och som kan användas som ingång till regionen. Antingen om regionen inte är representerad i arbetande grupper (1 och 2) och information behövs eller om regionen själv anser att de behöver vara mer engagerade för att kunna använda resultatet. I stycke 2 om styrning beskrivs hur dessa experter kan stå för regionens egen beredning och samordning med andra initiativ.

E-hälsostrategernas roll är även att dels kunna berätta om befintliga strategier, dels kunna utvärdera och rapportera tillbaka till sin region om eventuella behov av att justera egna

strategier. Strategier kan här handla om hur regionen tänker kring Ineras e-tjänster, egen regional patientplattform och dialog med regionalt vårdinformationssystem.

Observera att det inte alla måste vara en individ som i regionen har titel e-hälsostrateg. Regionerna är olika organiserade, men många har e-hälsostrateger. Andra har verksamhetsutvecklare eller projektledare som i sin region har en liknande roll, eller skulle kunna bemanna en sådan roll i detta projekt.

1.4 Samordnad dialog med leverantörer av vårdjournalssystem

Inera kan, om regionerna önskar det, delta i samordnad dialog med vårdinformationssystemleverantörerna med avseende på behov inom ramen för Sammanhållen planering. Ett förslag är att regionerna säkerställer att de informatiklösningar som arbetsgruppen tar fram även tas upp i vårdinformationssystemleverantörernas kundgrupper.

Det är även tänkbart att inleda fördjupad dialog med de olika leverantörerna. Detta arbete är inte något alla regioner måste göra i detta projekt. Om det ska göras är det dock ett arbete som regionerna måste initiera.

Syftet är både att säkerställa att lösningar som tas fram går att realisera och att underlätta kravställning och samordning.

Varje kundgrupp måste själva ta ställning till om/hur de vill arbeta med frågan. Ett förslag är att e-hälsostrategen (expertgrupp 3) är kommunikationspunkt i relation till Inera.

1.5 Dialogserie med län (kommuner och regioner)

De 3-4 län som anmäler sig bjuds in till en serie dialogmöten. Representation bestäms i dialog med de regioner och kommuner som anmäler sig. Ett förslag från Inera är att någon av representanterna i arbetsgrupperna deltar för att underlätta för regionen att hålla ihop arbetet. Kan exempelvis vara verksamhetsexpert eller e-hälsostrateg.

1.6 Prisbilaga

Ny funktionalitet i befintlig teknik	Kostnad kr
Första versionen av en personaliserad översikt.	6 537 776
Att säkerställa att "fast läkarkontakt" (del av listning 2.0) visas i lämplig översikt samt att det är möjligt att komplettera med de informationsmängder regionerna önskar.	1 125 989
Möjlighet att visa "överenskommelse" i Journalen.	1 524 777
Modul för att göra "överenskommelser" i Stöd och behandling	469 162
Tjänstekontrakt för läkemedel; ett förslag på standardiserad användning utgående ifrån befintlig praktik.	375 330
Möjlighet att visa tider utan att samtidigt erbjuda ombokning av tid. (För att snabbare realisera möjlighet att visa upp en översiktsvy.)	351 872
<i>införandestöd*</i>	3 821 327
Delsumma	14 206 234
Leveranser som är del av den långsiktiga lösningen	
Samordning och stöd för regionernas arbete med informationsmängder samt tekniska och informatiska underlag för detta.	7 053 268
Lösningförslag för Ineras tekniska funktionalitet som möjliggör att visa information mer personaliserat och flexibelt.	2 932 264
Bakomliggande lösningar för överföring av information	469 162
Prioritering av ett första steg för medverkan från kommuner utifrån gemensamt identifierat behov.	938 325
	0
En visualisering av målbilden.	1 172 906
<i>nyttokalkyler*</i>	236 927
Delsumma	12 802 852
total kostnad	27 009 086

*Två poster, införandestöd och nyttokalkyl finns ej preciserade som leveranser i avsiktsförklaringen.

Ovanstående prisposter är uppskattade. Under pågående projekt kan prisposterna komma att justeras mellan de olika leveranserna.

Målbild för sammanhållen planering

Sammanhållen planering är ett långsiktigt och samlande initiativ i likhet med den tidigare satsningen Första linjens digitala vård. Programmet kommer att beslutas stegvis i separata avsiktsförklaringar varav den första inleder detta dokument. Regioner, och senare kommuner, kommer vid beslut om nästa steg kunna ta ställning till kostnader och vägval som stegen gradvis genererar och samtidigt justera ambitionsnivå och målbild. Nedan beskrivs den långsiktiga målbilden, syftet och varför det är ett bra val att göra detta som ett nationellt, gemensamt samverkansprojekt.

Utgångspunkten är individens och stödjande anhörigs behov av överblick över tider, behandlingar och överenskommelser när vård- och omsorgsgivarna kan vara både nationella, regionala, kommunala och privata huvudmän och antalet inblandade kan vara mycket stort.

Staten ställer i Patientlagen, Hälso- och sjukvårdslagen samt Socialtjänstlagen en rad krav på att patienten ska ha rätt till en samlad bild och en sammanhållen planering. Projektet syftar till att skapa förutsättningar för regioner att uppfylla lagkrav och för patienten och stödjande anhöriga att få överblick över vård- och omsorgsinsatser, tider, behandlingar och vad som är överenskommet oavsett huvudman och oavsett om det är inom samma region eller ej. Den långsiktiga målbilden omfattar även att stödja vård- och omsorgspersonalens behov av att kunna se patientens översikt givet att de är behöriga. För patienten är det viktigt att vård- och omsorgspersonalen har överblick och kan planera sin insats utifrån den samlade vårdkedjan.

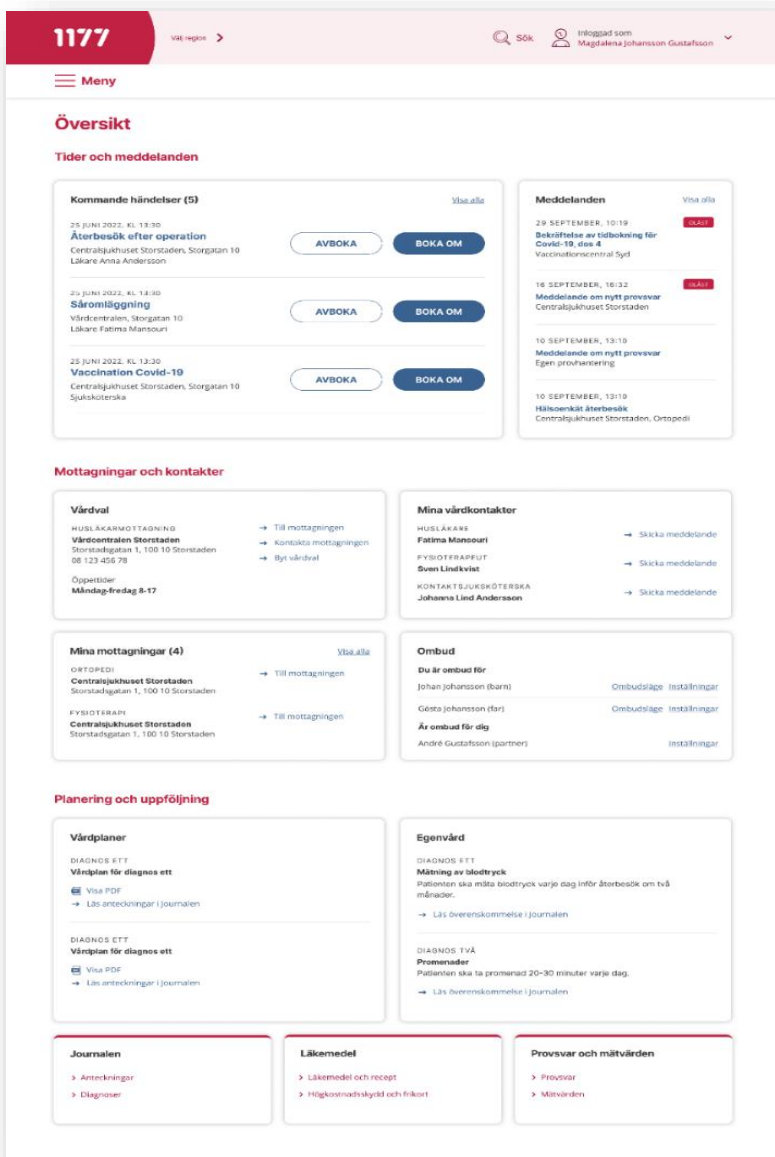
Projektet ska skapa en teknisk förmåga att hämta och sammanställa informationsmängder automatiserat och att därmed undvika en del av arbetet i att sammanställa statiska vårdplaner genom att kunna erbjuda överblicken automatiskt.

Målbilden syftar alltså till att bidra till att realisera visionen om en nära, personcentrerad vård där patienter och vårdteam samverkar och patienten är medskapande.² För en digital översikt på 1177.se betyder personcentrerat att utgångspunkten blir individens informations- och planeringsbehov snarare än utifrån huvudmännens, och att informationen ska visas och sorteras utifrån vad som är mest relevant för individen, inte utifrån huvudman eller historiskt framväxta tjänster såsom det är idag.

² God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, SOU 2020:19.

Den **långsiktiga målbilden** för *Sammanhållen planering* föreslås därför vara att:

På 1177.se ska individen kunna se översikter med den information som är mest relevant för stunden för att kunna få en överblick över sin vård och omsorg. Informationsmängderna rör exempelvis vårdkontakter, bokade tider, planerade insatser, läkemedel, provtagning, egenvård med mera. Det ska vara möjligt för patienten att vara en medskapande part som kan initiera aktiviteter och tillföra information. Även närstående ska kunna stödjas i en mer aktiv roll. Personal i vård och omsorg ska kunna få tillgång till de delar av de övergripande och personifierade vyerna som patienten ser, i den utsträckning deras roll ger behörighet.



The screenshot shows the 1177.se web application interface. At the top, there's a header with the 1177 logo, a search bar, and a user profile dropdown. The main content is divided into several sections:

- Översikt** (Overview): Contains a section for "Tider och meddelanden" (Times and messages) with a list of upcoming appointments (e.g., "Återbesök efter operation", "Säronsliggning", "Vaccination Covid-19") and a "Meddelanden" (Messages) section with a list of messages (e.g., "Bekräftelse av tidbokning", "Meddelande om nytt provsvar").
- Mottagningar och kontakter** (Receptions and contacts): Contains a "Vårdval" (Care choice) section with a list of care choices (e.g., "HUSLÄKARE", "FYSIOTERAPI", "KONTAKTSJUKVÅRD") and a "Mina vårdkontakter" (My care contacts) section with a list of contacts (e.g., "HUSLÄKARE", "FYSIOTERAPI", "KONTAKTSJUKVÅRD").
- Planering och uppföljning** (Planning and follow-up): Contains a "Vårdplaner" (Care plans) section with a list of care plans (e.g., "DIAGNOS ETT", "DIAGNOS TVÅ") and an "Egenvård" (Self-care) section with a list of self-care plans (e.g., "Mätning av blodtryck", "Promenader").
- Journalen** (The journal): A section for viewing medical records.
- Läkemedel** (Medications): A section for viewing medications and prescriptions.
- Provsvar och mätvärden** (Test results and measurements): A section for viewing test results and measurements.

Denna skiss ger en idé om hur en framtida översikt kan se ut. En individ som loggar in ska kunna få en personifierad vy, som blir som en ögonblicksbild av de viktigaste händelserna och informationen i närtid.

Redan efter första året ska en första version kunna visas. Den kan då bara bygga på befintlig teknik och befintlig information, men ska sen gradvis förbättras både i användbarhet och informationsomfattning.

En målbild som kan anpassas och som växer fram stegvis

Målbilden är inte omedelbart realiserbar. Vissa delar, exempelvis att kunna visa socialtjänstinsatser, ligger på 5–10 års sikt, medan andra, såsom tider, vårdkontakter och att visa vårdplaner går att realisera snabbare. Både omvärlden och den tekniska utvecklingen är oförutsägbar, liksom hur stora svårigheterna för regionerna är för att kunna erbjuda bredd och djup i individrelaterad information. För att möjliggöra en flexibilitet i målbilden, och göra det möjligt att göra vägval successivt vartefter förmågor byggs, och den samlade kunskapen ökar, föreslår Inera att regionerna antar en inriktning: Målbilden *Sammanhållen planering*. Därefter kan gradvis justering av målbild göras i steg, liksom en precisering av leveranser, åtaganden och kostnader. På så vis kan regionerna få den tydlighet i leveranser som önskas och samtidigt kunna ha kontroll över att målbilden är rimlig.

Nya juridiska förutsättningar

Flera regioner arbetar redan idag med att etablera patientplattformar för sin region eller sitt län. Dessa fyller en viktig roll, men de har utmaningar när det gäller att kunna visa upp information från system från olika huvudmän. Befintliga lagar ger förutsättningar för att erbjuda patienter och omsorgstagare en helhetsbild, och att de ska samverka för invånarens bästa. Den nya lagen om Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation möjliggör sådan samverkan. Samtidigt finns andra skrivningar i lagar om patientdata som förhindrar att vårdgivare i sina egenutvecklade eller upphandlade patienttjänster visar upp sammanställningar för patienten via direktåtkomst på samma sätt som 1177.se kan göra, om sammanställningen innehåller information från andra vårdgivare.³

En nationell lösning på 1177.se kan utgöra ett kitt mellan regionalt, nationellt och mellan olika huvudmän. Detta är viktigt för patienter med många olika vårdgivare, för patienter som bor på gränsen till en annan region, eller för patienter som får del av den nationella och högspecialiserade vården.

Nyttan för patienter, invånare samt vård- och omsorgspersonal

Nyttan för invånare och vård är svår att precisera ekonomiskt i detta skede och den blir även olika stor beroende på ambitionsnivån. Det kan dock konstateras att de lagkrav som kommit på plats har formulerats utifrån noga utredda behov hos samtliga parter, och att det fortfarande

³ Se exempelvis rapport från programmet Första linjens vård, Utredning: Anslutning av tredjepartsprodukter, Inera juni 2021 för en juridisk analys.

Programmets leverabler och slutförda leveranser - Öppen info: Första linjens digitala vård - Confluence ([atlassian.net](https://confluence.inera.se/)).

saknas mycket för att fullt ut uppfylla lagen. En nytta kan alltså sägas vara att uppnå regionens legala skyldighet, en annan är nyttan för individen och en tredje nytta är för verksamheten.

Investeringen i att skapa stöd för invånares överblick är svårberäknat. Ett sätt att argumentera för det är att se på det från ett annat håll; nämligen som en investering i ett it-stöd för anhöriga, vilka gör en stor arbetsinsats. Utan dem skulle bemanningsfrågan vara ännu svårare att lösa och det är därmed viktigt att även se till hur deras arbet kan underlättas. Det finns publicerade beräkningar på att anhängvård kan beräknas motsvara ett värde av 150 miljarder SEK, vilket är omkring 1/3 av den totala kostnaden för Hälso- och sjukvård (480 Mkr).⁴ Ett stöd som kan underlätta för dem blir indirekt ett stöd för vården. Investeringen i it-stödet kan då sättas i relation till den kostnad som deras arbetsinsats motsvarar och det arbete de utför.

Vårdens nytta

Regionernas ekonomiska nytta kommer i första hand kunna realiseras genom att en individuell överblick innebär en automatisering av insamlingen av alla aktiviteter som tillsammans utgör en individs planering. Medarbetare i vården behöver inte leta rätt på alla vårdplaner, tidbokningar och behandlingar. Utöver detta kan kvalitetsvinster uppstå såsom bättre effekt av behandling, tryggare patienter och mindre frustration för patienter. Det finns även ekonomiska vinster i att insatser ger bättre resultat om de är samordnade.

Nyttorealisering

En mycket viktig del i att uppnå nyttan av projektet är att alla vård- och omsorgsgivare behöver kunna producera de informationsmängder som blir aktuella i projektet. Det vill säga att det källsystem som används kan skicka information till den nationella nivån via tjänstekontrakt.

Att säkerställa att vårdgivare producerar information ökar även nyttan med befintlig investering i NPÖ och stärker samordningen genom att säkerställa att andra vårdgivare och regioner har tillgång till data. Nyttan uppstår både i projektet och i NPÖ vilket möjliggör andra, nya tjänster som stödjer sammanhållen planering och utbyte av information mellan region och kommun.

Denna remiss har föregåtts av en intresseanmälan som alla regioner svarat ja på. Den har även föregåtts av flera tidigare utredande uppdrag från Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, som alla visat på såväl stora behov som intresse. Remissen är nära kopplad till ett flertal initiativ för att förbättra vård och omsorgsförmåga till såväl personcentrering som planering, exempelvis arbetet i SKR-nätverken patientkontrakt, sammanhållen individualiserad plan och fast läkarkontakt. Det adresserar också förfrågningar inom Nationell kunskapsstyrning där det finns en stark efterfrågan på informatikarbete kring vårdplaner. Projektet syftar till att identifiera och realisera det som bäst görs nationellt av den sammanhållna planeringen. Utgångspunkten är att

⁴ Ekman, B., McKee, K., Vicente, J. *et al.* Cost analysis of informal care: estimates from a national cross-sectional survey in Sweden. *BMC Health Serv Res* 21, 1236 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07264-9> samt populariserat i [kostnadsanalys-av-anhorigomsorg.pdf \(anhoriga.se\)](#)

dra lärdom av föregångare på området, exempelvis det gedigna arbetet inom cancerområdet, där man hunnit gå mycket djupare. Sammanhållen planering vill breddinföra en lösning som till att börja med omfattar de informationsmängder och delar som är generella för alla diagnoser. Detta står ej i motsats till något arbete på specifika områden, utan ger just ett kitt mellan olika huvudmän, diagnoser och regioner.

Regionalt arbete

Sammanhållen vård behöver skapas både i verksamheterna och i samverkan mellan dem och patienterna. Detta är regioners och kommuners utgångspunkt, och mycket pågående utvecklingsarbete syftar just till att förbättra detta. Ofta benämns det "omställning till nära vård".

Sammanhållen planering inom ramen för Inera, handlar om nationella it-stöd för delar av detta arbete. En del av detta kan göras genom att anpassa eller utveckla befintliga tjänster, exempelvis Journalen och tidbokningstjänsten. Det gäller också att regioner och kommuner tillsammans behöver enas om vad alla behöver och vilken information som ska visas, vilka begrepp som ska användas och hur informationen ska överföras. En knäckfråga är vad saker ska kallas lokalt för att vi ska kunna visa upp det nationellt (informatik). Den typen av arbete bygger på konsensus och gemensamma steg, och hänsyn behöver tas till lokala olikheter. Lösningarna behöver vara användbara för såväl vård- och omsorgspersonal som för patienter och invånare. Därmed är det nödvändigt att regionerna deltar aktivt i arbetsgrupper och är beredda att fatta beslut gemensamt.

Det regionala arbetet handlar på längre sikt även om att regioner behöver kunna producera den informationen som ska visas upp i översikter, oavsett om det ska ske via dagens tjänstekontrakt eller via andra modernare lösningar. Detta kan ske i olika takt, men är en fråga regionen eller kommunen aktivt behöver hantera.

Bakgrund till tekniska behov för att skapa översikter

Ovan beskrivs hur *Sammanhållen planering* adresserar behov hos invånare och regioner genom att skapa ny förmåga till sammanhållen planering. Här beskrivs därför kort vilken funktionalitet som skulle behöva utvecklas och varför. Ineras arkitekturråd kommer att involveras och få fördjupad information.

Behoven som beskrivs ställer krav på en ny förmåga: att kunna visa information om en specifik invånare i en eller flera övergripande vyer. Det innebär inte att etablerade e-tjänster (Stöd och behandling, tidbokning, Journalen) försvinner, utan snarare att information som idag återfinns i respektive tjänst även kan presenteras som en helhet för invånaren och utgår från dennes behov. Information som kan fördjupas genom att läsa sin Journal kan visas upp tillsammans med relevanta uppgifter som nästkommande inbokade tider eller en länk till vad individen åtagit sig att göra i överenskommelse med vården.

1177 är uppbyggt av historiskt framväxta, separata tjänster. 1177 behöver anpassas för att kunna bli det personaliserade skyltfönstret som erbjuder information och utgör kittet mellan olika vårdgivare och vårdnivåer.⁵

Förmågan att dynamiskt visa upp informationsmängder är en stor teknisk utveckling, som dock är ett viktigt steg i att modernisera 1177 och skapa förutsättningar för såväl individanpassning som bättre generell användbarhet. Dagens uppbyggnad av tjänster låser in information i stuprör och hindrar mer ändamålsenliga och flexibla sätt att visa information. Exempelvis visas inte planer i Stöd och behandling tillsammans med andra planer och tjänsten Bokade tider visar bara upp tidbokningar, ingen annan relaterad information. När information i Journalen uppdateras skjuts tidigare information nedåt. Tjänsterna byggdes inte med dagens behov i åtanke och mycket av det som idag anses vara modern och önskvärd funktionalitet går inte att utveckla i befintliga system. Det behövs en ny, gemensam bas. Genom att bryta ut viss stödfunktionalitet från enskilda tjänster kan många olika användbarhetsförbättringar uppnås. Ett exempel på det är att skapa vyer, översikter eller sidor som är mer personaliserade och som visar information som är relevant för sitt syfte. Det är inget som hindrar att motsvarande information kan visas upp i Journalen, och det kan till och med vara en styrka att samma information kan visas på fler än ett sätt, då användare kan föredra olika sätt att ta del av informationen. En hypotes är att i Journalen hittar invånaren all sin journalhistorik, medan anpassade vyer samlat kan visa vad som är aktuellt och på gång just nu. Idag behöver invånaren navigera sig till en viss tjänst och där leta upp information. Målsättningen är att information som är relevant för invånaren ska kunna visas upp snabbare. Utvecklingen möjliggör också att kunna designa vyer som ger svar på olika frågor, det vill säga gränssnitt och information som presenteras som stöd för "vad händer närmsta veckan för mig?" och "vad var läkarens utlåtande efter förra årets knäoperation?" kan behöva vara olika för att ge en bättre förståelse.

Oavsett om vård- och omsorgsplaner ses som "dokument" eller "planer", så behöver de utgå från en användarcentrerad utgångspunkt. Det vill säga, att kunna återskapa innebörden av en vård- eller omsorgsplan med hjälp av de ingående informationsmängder som de består av. Både invånare och personal inom vård- och omsorg bör kunna få såpass bra information kring planer utan att själva planen i sig visas upp.

Förutom denna basala tekniska förmåga, kräver målbilden en gradvis utökning av framför allt informationsmängder från regionerna. Det kan handla om att öka anslutning till befintliga tjänster (tidbok, 1177 inkorg, fast läkarkontakt) men också att vidareutveckla tjänstekontrakt som idag inte fungerar optimalt, exempelvis tjänstekontrakt för läkemedel: GetMedicationHistory. I ett annat projekt på Inera pågår ett aktivt arbete med att utveckla strategin för samverkansarkitektur, och det är sannolikt att alternativ till tjänstekontrakt kommer behövas. Sammanhållen planering ser detta som ett "inberoende" och kommer följa de beslut som fattas

⁵ Detta är även i linje med vad regionerna hittills uttryckt i det pågående arbetet med en app-strategi för Inera.

där. I steg 1 utvecklas inte nya tjänstekontrakt, utan vad och hur som ska utvecklas inom detta område kommer i senare steg.

Vidare behöver informationslämnarna (regioner och kommuner) definiera de specifika, nya informationsmängder som behövs för sammanhållen planering så att Inera kan skapa möjlighet att visa dem. Ett viktigt arbete för att öka användarvänligheten är även att bygga ihop de element som idag skiljer sig i öppet och inloggat läge. Av historiska skäl hämtas exempelvis data om enheter från olika databaser så att invånare som söker efter vård får olika träffar i öppet och inloggat läge.

Utgår från ägarstrategi för Ineras verksamhet

Ineras verksamhet styrs ytterst av ägardirektivet och ägaröverenskommelsen. Sammanhållen planering motsvarar alla de kriterier som stipuleras i ägaröverenskommelsen (här kursiverade) där det anges vad Ineras tjänster ska bidra till: Sammanhållen planering *kräver gemensam digital infrastruktur för att skapa värde*. Den sammanhållna planeringen syftar till *att bygga den infrastruktur som bygger ihop information som huvudmännen har*, och skapa förmågan att visa upp den på ett individualiserat sätt. Vidare syftar projektet till att *hantera information över huvudmännens organisationsgränser och stödjer regioner och/eller kommuners långsiktiga digitaliseringsmål*.^[1] Mer specifikt realiserar sammanhållen planering den utvecklade målbild för 1177. Målbilden har antagits av alla regioner genom politiskt fattade beslut och finns publicerad på inera.se. Målbild 1177 innebär bland annat att:

- Invånaren ska få förutsättningar att vara en aktiv medskapare
- Invånare ska få en sammanhållen överblick
- Invånaren ska komma direkt till rätt vårdnivå
- Invånarens ska uppleva att kommunikationen är enkel

Sammanhållen planerings målbild är med andra ord att realisera punkterna 1,2 och 4 i målbilden för 1177.

^[1] Se [Ägaröverenskommelse Inera](#), sid 2. Finns tillgänglig på Inera.se

Arkitekturella vägval och förändringar

Syfte

Den här bilagan är tänkt att ge en utförligare beskrivning till de arkitekturella vägval och förändringar som beskrivs i avsiktsförklaringen för Sammanhållen planering. Här ges en motivering och bakgrund till varför vissa vägval och förändringar behöver göras och utvecklingen sätts i relation till Ineras tekniska miljö och behov utanför Sammanhållen planering.

Att realisera Sammanhållen planering innebär att en stor delmängd av Målbild 1177 ska realiseras. Det innebär i sin tur att de arkitekturella tankar och idéer som behövs inom projektet behöver gå i linje med Målarkitektur 1177 gentemot Målbild 1177 som är under framtagande. Det angreppssätt som Inera valt för att säkerställa att det faktiskt blir så är att arkitekter som arbetar med Målarkitektur 1177 också arbetar med arkitekturen i projektet Sammanhållen planering. Samarbete med andra viktiga projekt och områden inom Inera sker också kontinuerligt för att säkerställa att de lösningar som tas fram förhåller sig till och ligger i linje med andra initiativ, anvisningar och ramverk. Några exempel är: Nästa generation av samverkansarkitekturen (även kallad T2), samarbete med arkitekter inom affärsområdet Verksamhetstjänster (NPÖ, HSA med mera), Referensarkitektur för Identitet och åtkomst – Rev B, Utredning om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, med mera. Vi kommer även att beakta annan utveckling som sker nationellt och internationellt på exempelvis e-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen, DIGG, SKR och EU-styrning.

Beskrivningen är till för alla som önskar förstå den tekniska bakgrunden (i regioner och inom Inera), men är särskilt riktad till arkitekter. Målet är att ge en förståelse för *varför* arkitekturella förändringar inom Inera behöver göras och en inriktning på *hur* de ska genomföras.

Bakgrund

Sammanhållen planering är ett omfattande projekt med stora utmaningar för alla involverade parter. Regioner och kommuner har ett omfattande arbete framför sig med att säkerställa att informationsförsörjning stödjer både verksamhets- och invånarbehov. På samma sätt finns det stora utmaningar hos Inera och 1177 för att patienter och deras anhöriga ska kunna få en samlad bild av den planering som gjorts inom vård och omsorg, se vilka överenskommelser som gäller, och vem som kan kontaktas i olika ärenden.

Sammanhållen planering är också en stor och viktig del av Målbild 1177, med sikte på år 2030, som allaregioner har ställt sig bakom. På Inera och 1177 arbetar vi med att ta fram en plan för hur målbilden ska realiseras och vilken målarkitektur som ska gälla. Det är en resa som behöver ta höjd för hur 1177 ser ut idag och successivt byta riktning på vissa områden, men samtidigt säkra att arkitekturen är mer framtidsorienterad både vad gäller informationsförsörjning och förändringsarbete.

I detta kapitel listas några viktiga områden och bakgrunden till varför det ser ut som det gör.

Verksamhetsperspektivet

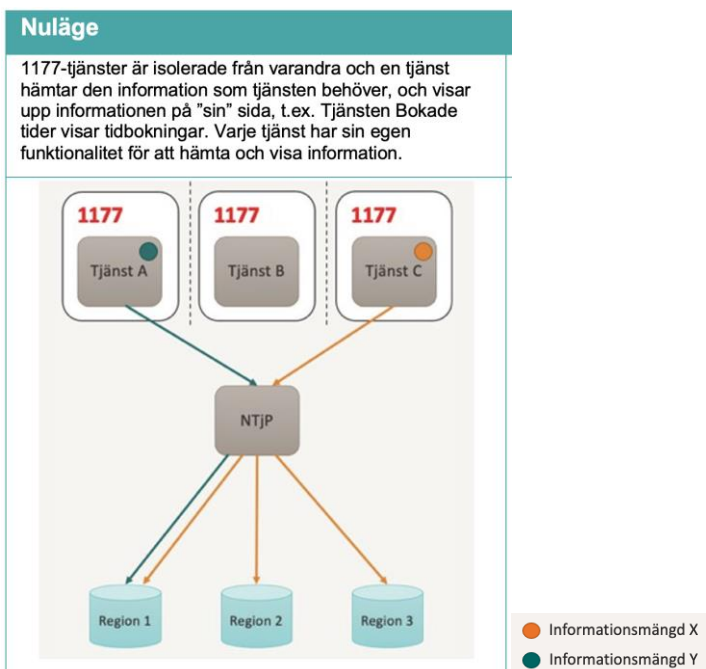
1177 har under åren formats till en nationell tjänst som exponerar det som regioner och dess verksamheter kan erbjuda sina invånare. Det här innebär att mycket av den underliggande arkitekturen i 1177 idag är uppbyggd från ett verksamhetsperspektiv så att det i stort matchar hur regionernas vårdgivare och vårdenheter är organiserade fysiskt. Lite slarvigt kan man jämföra det med att en patient går in på en vårdcentral och läser på skylten i receptionen vad det finns för utbud på just den här mottagningen. En annan liknelse är att 1177 är ett skyltfönster för regionens digitala utbud.

I Målbild 1177 finns en övergripande princip som säger att "*[1177] utgår från invånarens unika behov och situation...*". Det här är en princip som givet den ovanstående historiken innebär att en del anpassningar behöver göras för att gå från ett verksamhetsperspektiv till ett invånarperspektiv.

Det finns dock delar inom 1177 som fortfarande behöver utgå från ett verksamhetsperspektiv. Till exempel vårdval, kontaktvägar med mera, och förändringar som behöver ta hänsyn till verksamheten.

Isolerade tjänster

Idag innehåller 1177 ett flertal e-tjänster som i många fall är framtagna för att lösa ett specifikt problem och i sig självt erbjuder tillräckligt med förmågor och funktionalitet för att lösa det specifika problemet. Det har lett till att det i vissa fall finns flera implementationer av samma förmåga, som ska lösa samma/liknande behov, men de vet inte om varandra. Dessutom kan nya tjänster inte återanvända bra lösningar som har gjorts tidigare. Detsamma gäller information som har inhämtats från externa källor (regioner, kommuner); varje tjänst hämtar bara den information som behövs i den specifika tjänsten. Om behovet av samma information finns i andra tjänster så behöver de bygga funktionalitet och hämta den själva. Återanvändning och resurseffektivisering stöds inte på ett bra sätt i dagens lösning.



I bilden ovan exemplifieras den isolering som uppstår i och med att varje tjänst är isolerad från omvärlden, även inom 1177. Tjänst A och C vet inte om varandra och informationsdelning förekommer inte.

En anledning till att det ser ut som det gör är att Inera och kunder kommit överens om lagom stora beställningar, som då ofta har kunnat definieras som en tjänst i omfattning. Men större initiativ som Sammanhållen plan och Målbild 1177 har påvisat behovet av att 1177 behöver tänka bredare och större, ett enterprise-arkitekturperspektiv: 1177 som helhet vs. de ingående 1177-tjänsterna.

I arbetet med att definiera en ny målarkitektur i linje med Målbild 1177 så har det här identifierats som ett problem som behöver adresseras och är en förutsättning för att bland annat kunna skapa vyer som utgår från invånarens behov och inte är inlåsta i en specifik tjänst.

Svaret på frågan om specifika lösningar för en viss tjänst vs. generella lösningar för flera tjänster är inte alltid glasklar och ibland är det mest kostnadseffektivt att ta fram specifika lösningar; och ibland är det även juridiska skäl som spelar in. Men för varje given situation bör vi analysera och ifrågasätta detta och undersöka om det finns en större nytta med att lösa ut problemet med en generell lösning.

Informationsöverföringsstandard

Den standard som används för informationsöverföring i Sverige idag är RIV-TA och de tjänstekontrakt som är framtagna för olika informationsmängder. Det är en standard som genom åren har fungerat väl och under flera år har Sverige legat i framkant vad gäller digitalisering inom hälso- och sjukvård. RIV-TA har dock många år på nacken och bygger på underliggande teknologier (bland annat SOAP) som idag är snart 25 år gamla. Trots att det fortfarande fungerar,

och kommer att göra det under en tid framåt, finns det andra aspekter som behöver ses över. Det börjar bli svårare att hitta kompetens som kan arbeta med denna teknik och systemutvecklare som kommer ut från universitet lär sig inte dessa teknologier.

I takt med att antalet aktörer och system som inkluderas i ekosystemet ökar, ställs högre krav på säkerställandet av tillit. Dessutom bör man ha teknisk spårbarhet i hantering av identiteter, behörighetsgrundande information, och åtkomstbeslut.

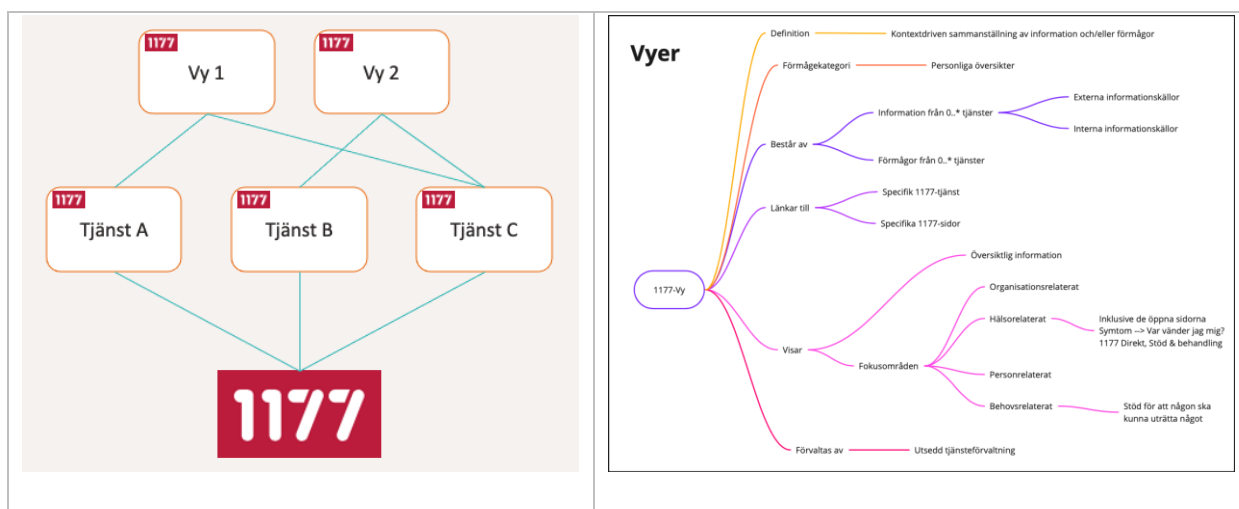
Vägval och lösningsförslag

Vi har nu beskrivit några av de viktigare hinder som finns för att realisera de önskade behoven inom ramen för Sammanhållen planering och Målbild 1177, och ska nu gå över till att beskriva den målbild för lösningar som föreslås.

Lösningarna tar avstamp i en större analys av vad 1177 behöver för att utvecklas mot att bli *”Sveriges samlingsplats för invånarens hälsa, vård, omsorg och tandvård.”* (övergripande princip från Målbild 1177). Det handlar dels om konceptuella förändringar, dels om större tekniska vägval som behöver göras inom projektet som helhet, och sammantaget ska öka möjligheterna att kunna uppfylla de behov som finns inom ramen för Sammanhållen planering. Kapitel 4 beskriver de mer konkreta aktiviteter som vi kan göra i Steg 1 av projektet.

Vyer

Vi behöver realisera ett nytt koncept kring vyer som skiljer sig från dagens tjänstekoncept genom att sammanställa information (och exponera förmågor) från en eller flera tjänster. Det här medför att det blir möjligt att sätta ihop översikter för invånare som innehåller relevant information utan att enskilda tjänster behöver designas om.

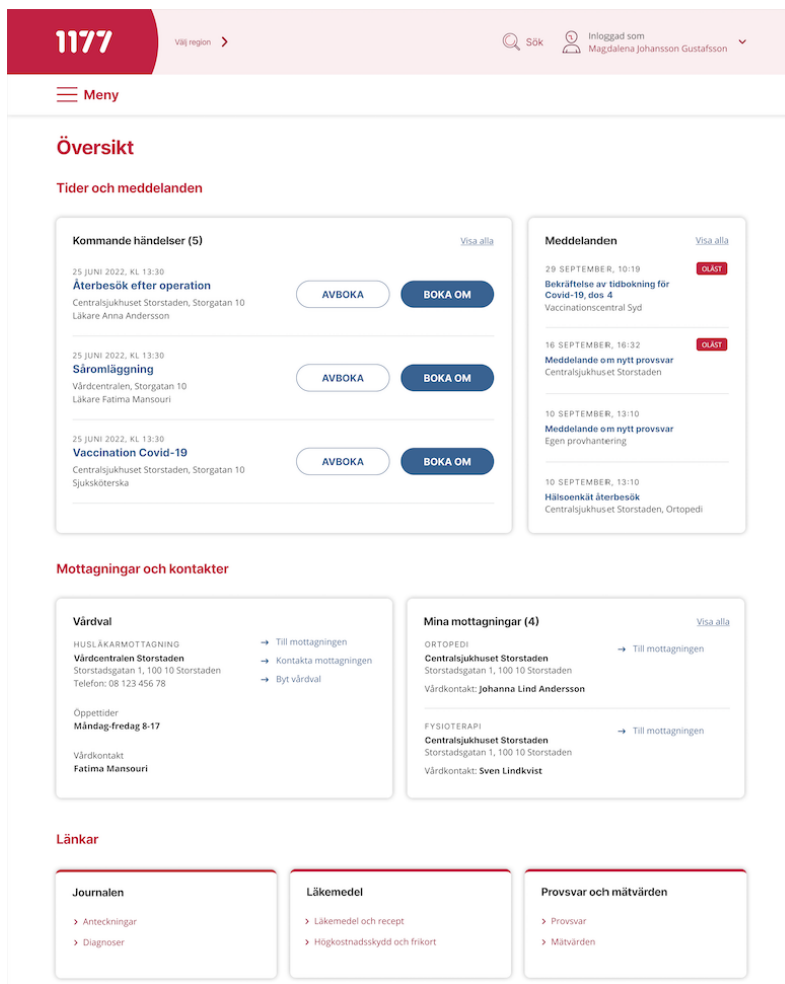


I Steg 1 av projektet Sammanhållen planering ser vi möjligheten att realisera konceptet *ny* samt att skapa en första översikt som visar relevant information för invånaren som idag redan finns tillgängligt inom olika e-tjänster på 1177.

Information som omfattas är Bokade tider, Inkorg, Vårdval/listning (inklusive fast läkarkontakt om man har anslutit med Listning v2), Mina mottagningar, samt eventuellt Ombud.

Det här är ett första steg för att på lång sikt kunna skapa nytta genom att inkludera personaliserad information kring de informationsmängder som behöver definieras och i nästa steg hämtas i regionala informationskällor. Till exempel information rörande vård- och omsorgsplaner, överenskommelser, fasta vård- och omsorgskontakter.

Skiss på hur informationen kan sammanställas i en översikt i Steg 1:



The screenshot shows the 1177 web interface. At the top is a red header with the 1177 logo, a search bar, and a user profile. Below the header is a navigation menu. The main content area is titled 'Översikt' (Overview) and contains several sections:

- Tider och meddelanden** (Times and messages): This section contains two columns. The left column, 'Kommande händelser (5)' (Upcoming events (5)), lists three events: 'Återbesök efter operation' (Return visit after operation), 'Sårömläggning' (Wound dressing), and 'Vaccination Covid-19'. Each event has 'AVBOKA' (Cancel) and 'BOKA OM' (Book again) buttons. The right column, 'Meddelanden' (Messages), lists three messages: 'Bekräftelse av tidbokning för Covid-19, dos 4' (Confirmation of booking for Covid-19, dose 4), 'Meddelande om nytt provsvar' (Message about new test result), and 'Meddelande om nytt provsvar' (Message about new test result). Each message has a 'Visa alla' (Show all) link.
- Mottagningar och kontakter** (Receptions and contacts): This section contains two columns. The left column, 'Vårdval' (Care choice), lists 'HUSLÄKARMOTTAGNING' (General practitioner reception), 'Vårdcentralen Storstaden' (Health center Storstaden), and 'Öppetider' (Open hours). The right column, 'Mina mottagningar (4)' (My receptions (4)), lists 'ORTOPEDI' (Orthopedics), 'Centralsjukhuset Storstaden' (Central hospital Storstaden), 'FYSIOTERAPI' (Physiotherapy), and 'Centralsjukhuset Storstaden' (Central hospital Storstaden).
- Länkar** (Links): This section contains three columns: 'Journalen' (The journal), 'Läkemedel' (Medication), and 'Provsvär och mätvärden' (Test results and measurements).

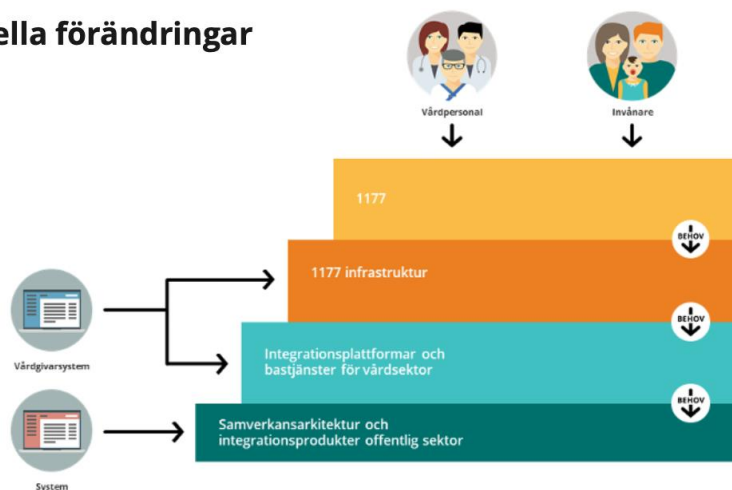
1177 Stödtjänster och API-tjänster

Ett sätt att komma bort från enskilda och isolerade tjänster är att se över vilka förmågor inom 1177 som bör generaliseras och låta dem bli ett stöd för flera vyer och e-tjänster som har samma behov.

Vi har idag inget stödjande koncept för denna typ av generella tjänster inom 1177, men har sedan något år tillbaka skissat på att införa ett affärslager som vi definierar som 1177 Infrastruktur. Det omfattar infrastrukturella tjänster som är:

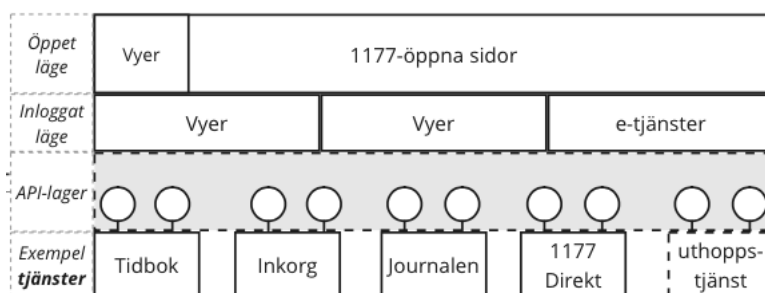
- 1177-generella, men inte Inera-generella
- 1177-specifika, men inte tjänstespecifika.

Konceptuella förändringar



Inom ramen för Sammanhållen planering ser vi nu att det finns flera förmågor som bör läggas i detta lager för att stödja den målbild som gäller för projektet. En tjänst i detta lager kallar vi 1177 Stödtjänst. Hur vi ska realisera lagret rent praktiskt återstår att komma fram till, men som koncept ger detta möjligheter att arbeta vidare med hur vi kan kategorisera och definiera en 1177 Stödtjänst – samt vilka krav som ställs på en sådan.

En viktig förutsättning för att kunna återanvända information och förmågor i flera olika sammanhang är att etablera ett API-lager där tjänster exponerar API:er. Det innebär att vyer och e-tjänster kan anpassas för att bättre uppfylla behov och stödja sammansatta flöden.



Ett exempel på ett behov av att bryta ut viss funktionalitet är när vi ska skapa vyer som är mer personifierade och som visar information som är relevant för invånaren i ett visst sammanhang. Viss information som idag hämtas till och visas upp i Journalen, är information som även bör ingå i andra sammanhang. Den informationsmängd som hämtas om medicinsk historik kan exempelvis ge svar på olika frågor för en invånare (eller dess ombud): *Vilken medicin är aktuell för mig just nu?* kontra *När var det jag tog medicinen X?* Genom att hämtningen av information inte är bunden eller inlåst i en viss tjänst, skulle själva hämtningsmekanismen (inklusive tjänstekonsument) vara en 1177 stödtjänst för flera tjänster eller vyer.

Det här möjliggör att designa vyer som ger svar på olika frågor, det vill säga gränssnitt och information som presenteras som stöd för "vad händer närmsta veckan för mig?" och "vad var läkarens utlåtande efter förra årets knäoperation?" kan behöva vara olika för att ge en bättre förståelse.

Inget är bestämt än, men den här distinktionen kan innebära att även Journalen på sikt kan anpassas bättre för att kunna ge svar på de frågor som behöver besvaras där. Till exempel att kunna fokusera mer på historiken än på vad som är aktuellt just nu.

Ett annat exempel där vi ser behovet av att generalisera en förmåga är att skapa en gemensam enhetskatalog för 1177. Det är flera tjänster inom 1177 som har behovet av att spegla enhetsinformation från HSA, med en del tillägg och metadata som också är generell inom 1177. Idag finns ett par olika varianter av enhetskataloger och en förstudie har påbörjats för att titta på hur vi löser ut detta rent praktiskt.

Nya API-förmågor

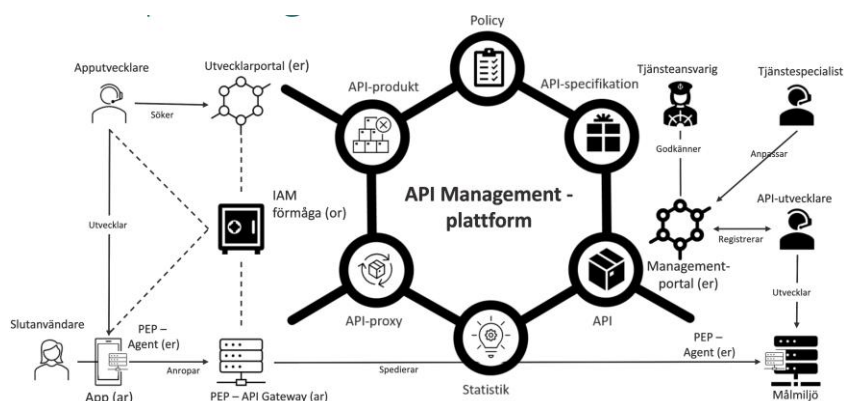
Innan alla ingående delar i projektet Sammanhållen planering fullt ut kommer att komma invånare och patienter till godo, krävs mycket arbete med att ansluta verksamhetssystem som ska försörja 1177-tjänster och vyer med information kring vård- och omsorgsplaner, överenskommelser, fasta vård- och omsorgskontakter, med mera.

Vi behöver ta höjd för teknologier och standarder som redan finns etablerade idag, men det pågår mycket arbete både hos regioner och kommuner, samt deras systemleverantörer, med att modernisera system och överföringsstandarder för att möta framtida behov.

Idag är 1177 beroende av den samverkansarkitektur som Inera och regionerna har etablerat sedan flera år tillbaka. Men för att inte hamna i en ensidig lösning där endast existerande standard och sätt att utbyta information finns tillgängligt, behöver vi parallellt etablera infrastrukturella förmågor för att kunna utbyta information på ett mer framtidssäkert sätt.

Med vetskapen om att regioner och kommuner har olika förutsättningar att satsa på nyare teknikutveckling, ser vi att det är nödvändigt att under en period kunna erbjuda minst två sätt att tekniskt kunna integrera mellan 1177:s tjänster och regionala/kommunala verksamhetssystem.

Det här innebär att parallellt med Steg 1 av projektet behöver arbete påbörjas på Inera med att etablera förmågan att kunna utbyta information, en så kallad API Management-plattform. Plattformen möjliggör ett användande av nyare tekniker såsom REST och FHIR, för att på så sätt kunna erbjuda mer framtidssäkra integrationer mot 1177:s tjänster för de informationsmängder som är planerade under kommande steg i projektet. Lösningen behöver linjeras med de anvisningar och riktlinjer som stipuleras inom nya samverksarkitekturen T2.



Samtidigt behöver även ett arbete påbörjas parallellt med att utöka förmågan att kunna autentisera system-till-system med nya tekniska standarder. Dessa säkerhetsmekanismer bör implementeras i enlighet med *Referensarkitektur för identitet och åtkomst*. Många regioner har redan påbörjat implementation av liknande säkerhetsförmågor, men i de fall där 1177 och regionala/kommunala verksamhetssystem behöver utbyta information åt båda håll krävs att Inera också implementerar motsvarande förmåga. Det är en förutsättning för informationsutbyte och integrationer som kommer i senare steg av projektet.

I dagsläget ser vi att etableringen av API Management-plattform är en viktig förutsättning för kommande steg av Sammanhållen Planering, men ingår inte som en del av Steg 1 av projektet.

Nationell Patientöversikt

Det kommer att krävas att Inera tillsammans med regioner och kommuner definierar på vilket sätt som vårdplaner ska vara tillgängliga inom ramen för sammanhållen journalföring. Det är ett

arbete som behöver påbörjas tidigt i projektet och som spelar roll för hur sammanhållna planer ska kunna visualiseras i NPÖ.

På liknande sätt som *vyer* behöver realiseras i 1177 behöver vi se över hur NPÖ kan skapa anpassade vyer för personal inom regional vård samt kommunal vård och omsorg. På liknande sätt som personaliserade vyer i 1177 kan hjälpa till med att ge svar på olika frågor så bör motsvarande vyer i NPÖ kunna vara både uppgiftsminimerade och målinriktade för att ge en bra översikt som motsvarar de behov som personalen har. Till exempel vilka vårdförlopp patienten befinner sig i och vilka aktiviteter som hör till respektive vårdförlopp, exempelvis diabetes eller bröstcancerförloppet.

Ett exempel kan vara att omsorgspersonal inom hemtjänst borde kunna erbjudas en vy som endast visar de inbokade vårdbesök som gäller närmsta tiden för att kunna bistå brukarna med information och hjälp.

För att åstadkomma detta kan behörigheter i HSA behöva utredas för att säkerställa att tillräcklig information kan ges för att personal ska kunna utföra sitt arbete. I dagens HSA och comission right kan endast informationstyper anges, men till exempel inte tidsbegränsningar. Alternativt kan NPÖ utgå från medarbetaruppdrag och anpassa innehåll efter det (på liknande sätt som gäller idag för uthämtade läkemedel).

Teknisk utveckling i Steg 1

Kapitlet *Vägval och lösningsförslag* har beskrivit de lite mer långtgående förändringar som behöver göras.

Följande aktiviteter är de som kan göras ut i Steg 1 av projektet Sammanhållen Planering och som delmål och delförändringar till målbilden.

Skapa generell förmåga för informationshämtning

Ta fram ett lösningsförslag på en 1177-generell förmåga för att inhämta journalinformation och övriga informationsmängder som definieras inom Sammanhållen Planering. För att minska trafik, belastning och redundant information så bör vi hämta information en gång, som i sin tur kan användas i personaliserade vyer som visar relevant information för en invånare.

Hämtningsförmågan som idag finns i Journalen och NPÖ är en kandidat att brytas ut som en gemensam stödtjänst som flera 1177-tjänster och vyer kan nyttja.

Skapa en första personaliserad vy

Realisera konceptet *vy* inom 1177 och skapa en första översikt som visar relevant information för invånaren som idag redan finns tillgängligt inom olika e-tjänster på 1177.

Information som omfattas är Bokade tider, Inkorg, Vårdval/listning (inklusive fast läkarkontakt om man har anslutit med Listning v2), Mina mottagningar, samt eventuellt Ombud.

Sammanhållen plan i NPÖ

Analys av vilka informationsmängder som är relevanta i sammanhanget Sammanhållen Planering för personal inom regional vård samt kommunal vård och omsorg. Samt ta fram ett lösningsförslag på hur sammanhållen planering kan visas i existerande och nya vyer i NPÖ.

Säkerställa att behörigheter och medarbetaruppdrag i HSA täcker in de behov som återfinns inom kommunal vård och omsorg.

Säker läkemedelsanvändning

Inleda dialog med E-hälsomyndigheten, EHM, kring integrationer mot Läkemedelskollen för att använda information vid förnyelse av recept. Syftet i Steg 1 är framför allt att utreda hur möjligheterna ser ut idag att få till en integration och vilken kostnad det medför. Underlaget ska kunna ligga till grund för framtida inriktning och vilka informationskällor som ska användas vid receptförnyelse.

Planer och överenskommelser

Identifiering och klassificering av vilka informationsmängder som det finns behov av inom ramen för sammanhållen planering, samt analys av vilka informationskällor där dessa informationsmängder är bäst representerade. Arbetet omfattar regionala, kommunala, samt Ineras informationskällor.

Modernisering av 1177: Påbörja konsolidering av öppet och inloggat läge

För att skapa förutsättningar för en sammanhållen användarupplevelse så finns det förbättringar som behöver göras kring en sammanslagning av det öppna och det inloggade läget på 1177. Det vill säga, en användare kan börja använda tjänster öppet (ej inloggat läge) för att sedan slutföra sitt ärende som inloggad utan att sammanhang och kontext försvinner.

Förutsättning för bättre informationsflöde och möjligheter att visa information

Ta fram systemskisser och integrationsmönster som visar på olika alternativ för hur nationella vs. regionala/kommunala systemkomponenter kan samspela. Samt ta fram underlag för att förstå vilken påverkan det innebär med att bryta ut hämtningsförmågan som idag finns i Journalen och NPÖ och skapa en gemensam stödtjänst som flera tjänster kan nyttja.

Det behöver utredas kring vad som är möjligt juridiskt, men att vi skapar förutsättningar för att tekniskt kunna göra det är ett viktigt steg för att kunna gå mot Målbild 1177 och de förmågor som efterfrågas inom Sammanhållen planering i synnerhet.

Ska ligga till grund för **"Skapa generell förmåga för informationshämtning"**.