

JUNI 2021

Utredningsrapport

Anslutning av tredjepartsprodukter
Huvudrapport



Förord

Den här rapporten är resultatet av en utredning som genomfördes på Inera hösten 2020 och våren 2021. Tre rapporter från utredningen om möjligheterna till anslutning av tredjepartsprodukter för invånare till Ineras infrastruktur och tjänster, daterade den 21 juni 2021, har nu publicerats:

- Huvudrapport anslutning av tredjepartsprodukter
- Kortversion anslutning av tredjepartsprodukter, samt
- Analys av potentiella lösningar för anslutning av tredjepartsprodukter

Det är ett stort och komplext område och utredningens resultat kommer behöva diskuteras vidare, framför allt med regionerna. Troligtvis behövs en gemensam satsning för att få den infrastruktur och regelverk på plats som kan möjliggöra anslutning av tredjepartsprodukter för invånare till Ineras tjänster och infrastruktur.

Troligtvis behövs även mer dialog med fler intressenter för att bottsna alla perspektiv och hitta vägar framåt. Om det finns inspel från Ineras styrelse, regioner, kommuner, leverantörer eller andra intressenter på områden som behöver fördjupas eller om det finns förslag på hur konkreta behov kan lösas och vägen framåt kan se ut, tas det tacksamt emot.

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

Sara Meunier

CTO och Analyschef

Sammanfattning

Inera har sedan flera år tillbaka en arkitektur och strategi som stödjer anslutning av tredjepartsprodukter för att läsa in och utbyta personbunden information direkt i vårdgivarnas verksamhetssystem. Det fungerar väl för vissa informationsflöden, men för digitala tjänster för invånare har Inera hittills varit betydligt striktare, delvis på grund av ett osäkert juridiskt läge.

Regionala lösningar tillåts använda 1177 Vårdguiden som inloggningsportal till så kallade uthoppstjänster som regionen tar fullt ansvar för. Men Inera godkänner normalt inte vare sig kommersiella appar och tjänster eller regionernas egna lösningar för invånare att konsumera personbunden information som exempelvis bokade tider, provsvar eller annan information som hanteras via Ineras infrastruktur och lyder under patientdatalagen.

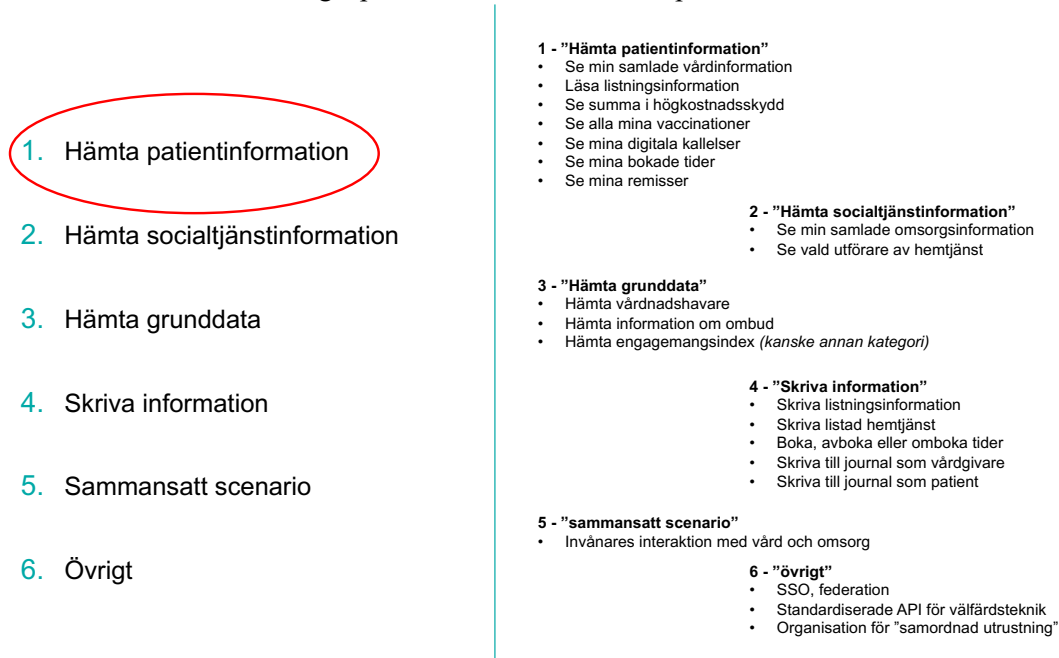
Det finns ett behov av att utreda möjligheterna att ansluta tredjepartsprodukter för konsumtion av personbunden information direkt till invånarna. Hälso- och sjukvården bedrivs nu av tusentals olika utförare som arbetar på uppdrag av sjukvårdshuvudmännen. Det finns ett stort utbud av patientappar och digitala vårdgivare som i många fall ingår i regionernas erbjudanden till invånarna. Majoriteten av regionerna inför dessutom helt nya, moderna och kraftfulla vårdinformationsmiljöer som i många fall innehåller kraftfulla invånartjänster, som skulle kunna komplettera de nationella tjänsterna i 1177 Vårdguiden på ett effektivt sätt.

Under hösten har Inera arbetat med att samla in behov samt att belysa olika aspekter, med tonvikt på de legala förutsättningarna. Uppdragets syfte var att utreda möjligheterna att tillåta anslutning av *tredjepartsprodukter för invånare* till Ineras infrastruktur och tjänster. Med tredjepartsprodukter avses upphandlade eller egenutvecklade lösningar av *offentligt finansierade aktörer*, dvs lösningar som inte hanteras av Inera.

Behov

Under hösten har en behovsinsamling gjorts. Behoven har delats in i olika kategorier och en generell beskrivning av behovsscenario tagits fram för varje kategori för att lättare kunna analysera de juridiska aspekterna och möjliga lösningsmönster och få synergier i hantering av

flera behov. Mest tid har lagts på behovsscenario ”hämta patientinformation”.



Legala förutsättningar

Prioritet har varit att i första hand reda ut de legala förutsättningarna för scenario 1 ”hämta patientinformation”, eftersom flest behov härrörde till detta scenario. Fortsatt analys av behovsscenario 2-6 föreslås under 2021.

För Scenario 1 har utredningen preliminärt landat i följande möjliga vägar för fortsatt arbete.



Några olika vägval utkristalliserar sig. De olika alternativen kommer möta behoven på lite olika sätt, vissa ger mer flexibilitet för tredjepartsprodukten att utforma sin lösning, medan andra alternativ kommer ha begränsningar i vad man kan göra. Komplexiteten, genomförbarheten och kostnadsbilden varierar på motsvarande sätt.

- Vi kan fortsätta effektivisera det som redan görs idag för att underlätta anslutningar, införa fler agentlösningar, automatisera etc. Vissa av de inkomna behoven skulle då lösas sig utan att andra insatser från Inera behövs, såsom behov av spärrfunktionalitet.
- Vi kan komma vidare med steg 1 och 2 i bilden ovan, dvs federation och lösning för iFrame. Fördjupad beskrivning av SSO Federation behövs och lösning med iFrame kan komma att kräva större insats med bland annat ombyggnad/modularisering av vissa av Ineras tjänster. Fördjupad beskrivning av vad som krävs samt en kostnads-nyttokalkyl bör göras. Grov uppskattning kan göras som ett första underlag för fortsatt dialog med regioner och kommuner.
- Att lämna ut patientdata, via direktåtkomst eller via utlämnande, se steg 3 och 4 i bilden ovan, är komplext och troligtvis mycket kostsamt att implementera, men inte omöjligt. Om denna väg väljs bör dock en avsmalnat scenario väljas där Integritetsskyddsmyndigheten kan rådfrågas under resans gång. Även detta steg behöver fortsatt analys vad som kommer krävas samt en kostnads-nyttokalkyl. Grov uppskattning kan göras som ett första underlag för fortsatt dialog med regioner och kommuner.
- Det kan, beroende på vilken väg som väljs för kommande område, behövas förändringar i lagstiftningen för att kunna få effekten fullt ut. Om lagförändringar sker som underlättar informationsutbytet, kommer det ändå att krävas ett antal tekniska åtgärder för att ha kontroll på informationssäkerheten. Om frågan om förändrad lagstiftning skall drivas bör även detta område preciseras, inklusive behov av ny infrastruktur och säkerhetslösningar.

Fördjupad beskrivning

I bilaga ”Analys av lösningar” har olika alternativ för konkreta behov analyserats för att få en bättre bild av möjligheter med lösningen och dess konsekvenser. Bilagan är ej färdigställd, utan arbete fortsätter under 2021. Bilagan baseras på dagens samverkansarkitektur. En möjlighet kan även vara att analysera behoven utifrån en framtida förändrad samverkansarkitektur innan beslut om nästa steg tas.

För att landa i väg framåt finns även aspekten avseende regionala respektive nationella invånartjänster, dvs om det går att sortera ut vad vi framöver anser bör lösas på regional nivå och vad som bör erbjudas genom gemensamma tjänster så underlättar det ställningstagande om väg framåt.

Innehåll

Förord	2
Sammanfattning	3
1 Inledning	9
1.1 Bakgrund.....	9
1.2 Strategi och verksamhetsplan.....	10
1.3 Uppdragets syfte.....	10
1.4 Succesivt utvidgad analys och trender	11
1.5 Begrepp och definitioner	12
2 Behovsbeskrivning	13
2.1 Inriktning för regionala respektive centrala tjänster	13
2.2 Sammanställning av konkreta behov	14
2.3 Behovsscenario "Hämta patientinformation".....	15
2.4 Behovsscenario "Hämta brukarinformation"	16
2.5 Behovsscenario "Hämta grunddata"	16
2.6 Behovsscenario "Skriva information"	16
2.7 Sammansatt behovsscenario.....	16
2.8 Övriga behov.....	17
3 Kommunalt perspektiv	17
3.1 Samarbetsformer	17
3.2 Identitet och åtkomst.....	18
3.3 E-tjänster för invånare.....	18
3.4 Socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården	18
4 Samverkansarkitektur	19
5 Aspekter kring säkerhet, test och kvalitetssäkring	20
5.1 Grundläggande om ansvar	20
5.2 Minska exponeringen.....	20
5.3 Den personuppgiftsansvarige ska styra.....	21
5.4 Vem ska verifiera säkerheten	22
5.5 Möjligheter till kvalitetssäkring – verifierad tillit	24
5.6 Federation vid inloggning.....	24
6 Kunder och avtal	25

6.1	Inera som bolag	25
6.2	Dagens avtalsmodell.....	25
6.3	Invånares åtkomst till information via tredjepartsprodukter.....	26
6.4	Fortsatt analys av behovsscenario	34
7	Varumärkesaspekter	35
8	Möjliga vägar fram	35
8.1	Möjliga vägar för att hämta patientinformation.....	36
8.2	Möjliga vägar för att hämta grunddata (behovsscenario 2).....	38
	Finlands lösning Kanta	39
	Bilageförteckning	40
9	Bilaga - Inriktning för regionala respektive centrala tjänster	40
9.1	En framtida inriktning ska bidra till nytta för olika målgrupper.....	41
9.2	Målbild för första linjens vård och 1177 Vårdguidens roll	42
9.3	Ineras strategi – Vårt digitala bidrag, 2020-2025	44
9.4	Nuläge och behov av förflyttning.....	45
9.5	Nationella tjänsters roll i framtida ekosystem.....	45
9.6	Indelning i fyra funktionsområden	47
9.7	Vad görs bäst nationellt?	49
9.8	Sammanfattning av framtida inriktning.....	49
9.9	Två scenarier som exempel.....	50
10	Bilaga - Detaljerade behovsbeskrivningar	52
10.1	Översikt av all patientinformation.....	52
10.2	Se min samlade patientinformation.....	53
10.3	Läsa listningsinformation	54
10.4	Se summa i högkostnadsskydd	54
10.5	Se alla mina vaccinationer	55
10.6	Se mina digitala kallelser	56
10.7	Nationell e-remiss	56
10.8	Sammanställning – bokade tider.....	56
10.9	Vårdkoordinator som bokar tid åt patient.....	57
10.10	Stödtjänster till lokala tidbokningssystem	58
10.11	Sammanhållen planering	59

10.12	Sammanställning kontaktinformation	59
10.13	Sammanställning "att göra"	60
10.14	Läsa min samlade socialtjänstinformation	60
10.15	Läsa val av utförarinformation för hemtjänst.....	61
10.16	Bekräfta vårdnadshavare	61
10.17	Bekräfta Ombud	62
10.18	Engagemangsindex till lokala och regionala appar.....	62
10.19	Skriva listningsinformation	63
10.20	Skriva listningsinformation hemtjänst.....	63
10.21	Skriva till journal som vårdgivare	64
10.22	Skriva till journal som patient (kroniker).....	65
10.23	Invånarens hela interaktion med vård och omsorg	65
10.24	Journal via nätet med SSO för patient	66
10.25	Federerad inloggning till 1177.....	66
10.26	Standardiserade APler inom välfärdsteknik.....	67
10.27	Samutnyttja utrustning och uppkoppling för brukare.....	67

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Digitalisering bedöms vara ett av de viktigaste insatsområdena för att klara framtidens välfärdsutmaningar, inte minst för invånare som i högre grad kan ta ansvar för sin egen hälsa, vara delaktig i sin egen vård och omsorg och få stöd till ett självständigt liv även med kronisk sjukdom. Inera har via tjänsterna i 1177 Vårdguiden en central roll i denna omställning och har länge varit i stort sett det enda digitala koncept som erbjuder e-hälsotjänster för invånare. Men då omvärlden förändrats finns nu förväntningar från regionerna på att även deras upphandlade journalsystem kan användas för invånare och att ett närmare samarbete ska ske med marknadens aktörer för att stimulera en ökad takt och en högre kvalitet i utvecklingen av digitala tjänster. Det finns även förväntningar att arbetet, där det underlättar för verksamhet och invånare, även omfattar kommunens vård och omsorg inklusive kommunal hälso- och sjukvård.

Inera har sedan flera år tillbaka en arkitektur och strategi som stödjer anslutning av tredjepartsprodukter för att läsa in och utbyta personbunden information direkt i vårdgivarnas verksamhetssystem. Med tredjepartsprodukter avses regionernas upphandlade eller egenutvecklade lösningar, dvs lösningar som inte hanteras av Inera. I många fall är detta en framgångsrik strategi när det gäller så kallade informationsförsörjningstjänster för utbyte av uppgifter mellan vårdgivare som exempelvis utomlänsfakturering, men i andra fall har strategin inte varit lika lyckad. Det gäller exempelvis för utveckling av nationella patientöversikter i verksamhetssystemen, där regionerna i många fall enbart godkänner Ineras applikation för sammanhållen journalføring, NPÖ, och inte kommersiella lösningar, varför de lösningar som utvecklats i verksamhetssystemen inte blir heltäckande.

När det gäller digitala tjänster för invånare har Inera hittills varit betydligt striktare, delvis på grund av ett osäkert juridiskt läge. Regionala lösningar tillåts använda 1177 Vårdguiden som inloggningsportal till så kallade uthoppstjänster som regionen tar fullt ansvar för. Men Inera godkänner normalt inte vare sig kommersiella appar och tjänster eller regionernas egna lösningar för invånare att konsumera personbunden information som exempelvis bokade tider, provsvar eller annan information som hanteras via Ineras infrastruktur och lyder under patientdatalagen. I dessa fall har hänvisning alltid gjorts till att använda tjänsterna i 1177 Vårdguiden.

Sedan en tid tillbaka har dock förutsättningarna gradvis förändrats, framför allt genom att regionerna själva realiserar digitala lösningar som man önskar ingår i konceptet 1177 Vårdguiden eller integreras med Ineras infrastruktur. Förutsättningarna har även förändrats genom att kommunerna numera är delägare i Inera och att det därför finns möjlighet att även integrera kommunal verksamhet på motsvarande sätt. Därför finns ett behov av att utreda möjligheterna för Inera att ansluta tredjepartsprodukter för konsumtion av personbunden information direkt till invånarna. Hälso- och sjukvården bedrivs nu av tusentals olika utförare som arbetar på uppdrag av sjukvårdshuvudmännen. Det finns ett stort utbud av patientappar och digitala vårdgivare som i många fall ingår i regionernas erbjudanden till invånarna. Majoriteten av regionerna inför dessutom helt nya och moderna vårdinformationsmiljöer som i många fall innehåller kraftfulla invånartjänster, som skulle kunna komplettera de nationella tjänsterna i 1177 Vårdguiden på ett effektivt sätt. Inera behöver därför utreda de strategiska, legala och tekniska möjligheterna att tillåta anslutning av tredjepartsprodukter för invånare till Ineras infrastruktur samt till tjänsterna inom 1177 Vårdguiden, samt belysa möjligheter och risker i en

sådan utveckling, och utarbeta en handlingsplan för en successiv anpassning av infrastruktur, arkitektur och regelverk vad gäller exempelvis kvalitetssäkring, användning av varumärken, personuppgiftsansvar, supportkedjor med mera, inför en eventuell realisering.

Industrin är intresserad av frågeställningarna i detta initiativ. Avstämning och samverkan bör ske med dem i ordnade former. Flertalet projekt pågår också som berör informationsdelning såsom N!P projektet, Nordic Interoperability Project, ett initiativ som startades av leverantörer 2018 och som nu består av ett flertal parter inklusive offentlig sektor.

1.2 Strategi och verksamhetsplan

Inera har sedan ägarrådet i maj 2020 en ny beslutad vision och mission samt strategi med övergripande mål med en tillhörande 3-årig verksamhetsplan och budget.

- Ineras vision lyder: Inera skapar förutsättningar för att digitalisera välfärden
- Ineras mission lyder: Inera tillhandahåller gemensam digital infrastruktur och arkitektur.

I den beslutade 3-åriga verksamhetsplanen från 2020 fanns bland annat följande skrivningar:

Ny infrastruktur och regelverk för tredjepartsprodukter

”Ny infrastruktur, såsom utbudstjänst, behövs för att kunna realisera första linjens digitala vård eller för bättre hantering av remisser.

Utredning gällande anslutning av tredjepartsprodukter med primärt fokus på de lösningar som finns regionalt i exempelvis befintliga journalsystem, kommer att göras och under planeringsperioden realiseras med hjälp av nya infrastrukturlösningar och överenskomna spelregler. ”

Information tillgängliggörs i Journalen, Nationell patientöversikt och andra tjänster

” Forskning och utvärderingar visar att de patienter och brukare som får tillgång till sin information vill veta så mycket som möjligt, så snabbt som möjligt. När patienter och brukare blir mer pålästa om sin egen hälsa får de en ökad kunskap om sin hälsosituation, ökad kontroll över sin vårdssituation och en ökad upplevelse av delaktighet. Ett arbete ska påbörjas för att både säkerhetsfrågor, juridiska hinder och tekniska frågor klarläggs i syfte att kunna öka samverkan med privata utförare. ”

Årsvisa mål

”Mål 2020 - Utredning kring informationsåtkomst via externa tjänster genomförs.”

”Mål 2021 - Handlingsplan kring informationsåtkomst via externa tjänster följs. ”

”Mål 2022 - Informationsförsörjning till externa tjänster erbjuds.”

Det är för att möjliggöra dessa skrivningar, och de konkreta årsvisa mål som har satts upp, som uppdraget om att utreda möjligheterna för anslutning av tredjepartsprodukter till Ineras infrastruktur och tjänster kom till.

1.3 Uppdragets syfte

Uppdragets syfte var att utreda möjligheterna att tillåta anslutning av *tredjepartsprodukter för invånare* till Ineras infrastruktur och tjänster. Med tredjepartsprodukter avses upphandlade eller

egenutvecklade lösningar av *offentligt finansierade aktörer*, dvs lösningar som inte hanteras av Inera.

1.3.1 Möjligt framtida erbjudande från Inera

Genom att möjliggöra anslutning av tredjepartsprodukter till Ineras infrastruktur och tjänster kommer samma möjligheter finnas för alla godkända vårdgivare inom offentligt finansierad verksamhet, oavsett om den utförs av regioner, kommuner eller privata vårdgivare, att kunna erbjuda invånaren relevanta e-tjänster.

För att invånaren fortfarande skall få en sammanhållen upplevelse kan varumärket 1177 användas. Det kan dock komma att krävas en förflyttning av varumärket jämfört med där det står idag, ett arbete för att utreda varumärkesaspekter pågår hos Inera.

Från leverantörer har det inkommit förslag på att en logik med "Inera inside" eller "Powered by Inera" dvs en form av "White-label" där man använder Ineras produkter men förpacka dem i andra produkter på marknaden under andra varumärken. Då skulle tredjepartsprodukter kunna använda 1177s tekniska infrastruktur som "backbone" men att det i tredjepartsprodukten finns möjlighet att besluta om vårdflöden och därtill hörande användargränssnitt (UX/UI). Det skulle innebära att Inera fokuserar mer på att leverera API baserade tjänster, dvs fokuserar mer på integration, än på slutanvändargränssnitt. En sådan ansats ligger väl i linje med de nyligen beslutade strategier för Ineras verksamhet.

Genom att i en sådan utveckling följa internationella tekniska standarder som ex.HL7 FHIR¹, finns möjlighet att minska kostnaden för vården och dess leverantörer. Det är viktigt att kunna återanvända lösningar och teknologier i så stor utsträckning som möjligt. Det är också viktigt att tänka utanför Sveriges gränser för att kunna ge våra svenska vårdgivare och leverantörer möjligheten att växa på en internationell marknad och ta del av det internationella erbjudandet av tjänster utan att ge avkall på dataskyddslagstiftningen.

1.4 Succesivt utvidgad analys och trender

1.4.1 Ytterligare behov av invånartjänster

Uppdraget kan komma att utvidgas framöver till ytterligare ett område, där invånartjänster kräver ett konto hos en leverantör för vilken leverantören är personuppgiftsansvarig, dvs. någon form av hälsokonto som individen förfogar över, likt Hälsa För Mig. Det finns scenario där invånare från sitt hälsokonto hos en leverantör lämnar ut uppgifter regelbundet till en vårdgivare för ändamålet hälso-och sjukvård.

1.4.2 Trender för patientens behov framöver

Vi ser en ökande trend om att invånare önskar veta vilken vårdgivare som tar del av information på elektroniskt sätt. Patienten kan även vilja spärra sin information eller tvärtom kunna styra

¹ https://en.wikipedia.org/wiki/Fast_Healthcare_Interoperability_Resources

eller själv bestämma att informationen skall delges ett forskningsprojekt, dvs trenden går succesivt mot att invånare på olika sätt vill kunna ha kontroll över sin information.

Invånaren kommer vänja sig mer och mer vid en situation där hen har en överblick över all information som finns i vården. Det kommer också bli mer och mer viktigt att veta var informationen kommer ifrån och till vilka andra aktörer informationen har överförts. I en situation där olika aktörer och appar ber om tillgång till invånarens information kommer det att vara väldigt viktigt att ge invånaren ett bättre verktyg än den "spärr" som finns idag, för att begränsa eller ge tillåtelse för aktörer, appar eller system att ta del av invånarens information.

Än mer komplext blir det när invånaren önskar använda ombud. Rätten att kontrollera sin information hänger även samman med invånarens rätt att delegera uppdraget att administrera sin vård till ett ombud.

Varje gång ombud nämns så blir det genast en väldigt komplicerad fråga eftersom det är flera olika lagrum om omfattar ombudfrågan. Ett sätt att gå framåt i denna fråga är kanske acceptera att det inte kan finnas endast en typ av ombud, utan flera olika ombudstyper med olika behörighet.

Ombud (och kanske även ombudstyp) är i alla fall en typ av grunddata som Inera skulle förvalta och tillhandahålla till tredjepartsprodukter, men det krävs att frågan utreds först.

1.4.3 Succesivt utvidgad analys för övriga behov

Ytterligare områden som har avgränsats bort initialt kan komma att omfattas i kommande etapper. Det är bland annat:

- Handlingsplan för införande av tredjepartsprodukter för vårdgivare, såsom applikationer inom sammanhållen journalföring.
- Utformning av APIer för utrustning i hemmet för att få förutsättningar för standardiserade produkter med möjlighet att återanvända för flera vårdgivares behov ute hos brukare.
- Hantering av organisatoriska frågor där utrustning kan samutnyttjas hos brukare
- Hur Ineras infrastruktur kan stödja arbete med avancerade dataanalyser och AI
- Hantering av varumärket 1177 och dess eventuella förflyttning.

1.5 Begrepp och definitioner

Följande särskilda begrepp används i rapporten och definieras enligt nedan:

Begrepp	Används i denna rapport i betydelsen
Tredjepartsprodukter	Med tredjepartsprodukter avses upphandlade eller egenutvecklade lösningar av <i>offentligt finansierade aktörer</i> , dvs lösningar som inte hanteras av Inera. Appar som är privatfinansierade, men som regionerna rekommenderar invånare och som har exportfunktioner till vårdgivare kan komma att inkluderas i en utvidgad behovsanalys.
Samtycke	Enligt dataskyddsförordningen avses med samtycke varje slag av en frivillig, specifik, informerad och otvetydig viljeyttring. Samtycke finns idag som en stödtjänst för sammanhållen journalföring.

Utökad samtycke	Det kan uppstå situationer där andra former av samtycke behövs, vilket då uttryckt explicit i rapporten som "utökad samtyckestjänst".
-----------------	---

2 Behovsbeskrivning

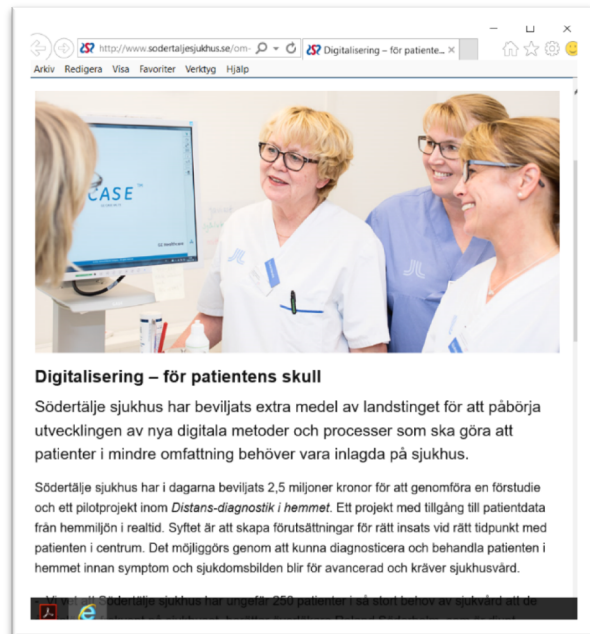
I detta avsnitt beskrivs de behov som har inkommit till Inera om att kunna ansluta tredjepartsprodukter som riktar sig till invånare till Ineras infrastruktur och tjänster. Behoven har delats in i olika kategorier och en generell beskrivning av behovsscenario tagits fram för varje kategori för att lättare kunna analysera de juridiska aspekterna och möjliga lösningsmönster och få synergier i hantering av flera behov. Eftersom flera av de behov som inkommit även går att lösa genom att erbjuda nationella tjänster, och vissa av dem idag redan finns som nationella tjänster inom ramen för 1177, inleds kapitlet med ett resonemang en tänkt inriktning för vad som framöver borde vara regionala respektive centrala tjänster. För en mer utförlig beskrivning, se bilaga 1.

2.1 Inriktning för regionala respektive centrala tjänster

De digitala vårdtjänster för invånare som utvecklas och förvaltas nationellt under samlingsnamnet 1177 Vårdguidens e-tjänster är tjänster som gradvis uppstått under en tjugoårsperiod. Då var digitaliseringsfrågorna inte så tätt kopplade med verksamhetsfrågorna som de är nu, eller kanske som de bör vara. Idag behöver patienten bli mer digitalt integrerad i sin vård. Vårdprocesser som ofta har en lokal prägel och skiljer sig åt mellan regioner och ibland mellan olika vårdgivare i en region. För att processen ska bli effektiv så behöver invånaren bli en aktör som verkar i vårdgivarens process som stöds av vårdgivarens verksamhetssystem. Processer som på grund av regioners självstyre ser olika ut. Att försöka lösa detta med centrala digitala lösningar för patienten blir ofta en komplicerad och långsam väg framåt. Behovet av enhetliga lösningar ska inte överskattas utan det bör vara mer fokus på att det är bra och enkelt och väl integrerar med vårdprocesserna vilket är lättare att åstadkomma med lokala lösningar. Men med lokala lösningar för patienten så minskar inte behovet av att patienten ska kunna få en helhetsbild av sin information och därmed förstärks behovet av att lokala applikationer kan via nationell infrastruktur få tillgång till sin information som finns utanför den behandlande vårdgivarens system. Detta innebär att utbudet av tjänster gentemot patienten kommer skilja sig åt mellan olika regioner och vårdgivare. Men helheten kommer kunna röra sig snabbare framåt.

Flertalet av landets regioner planerar att byta ut sina vårdinformationsmiljöer inom de kommande åren. Det är troligt att moderna vårdinformationssystem med inbyggda invånartjänster på sikt kommer att ersätta vissa av de e-tjänster som i dagsläget drivs av Inera.

Det handlar framför allt om en enklare och effektivare arbetsmiljö för vårdpersonalen. Ju mer digital vård blir kärnverksamhet, desto mer behöver arbetsredskapen vara anpassade för vårdpersonalens dagliga arbete. Ärendehantering i 1177 Vårdguidens e-tjänster är inte integrerad med vårdgivarnas lokala system, vilket gör att personalen manuellt måste kopiera över information mellan olika system, exempelvis tider som ska läggas in i en tidbok och information som ska journalföras. De nya vårdgivarsystem som har egna invånartjänster blir effektivare att arbeta i. Fördelen för invånare är att man sannolikt enklare och snabbare får kontakt med sin aktuella vårdgivare. Att regioner fullt ut vill använda de nya system som de investerar stora summor i är rimligt och leder troligen till att skynda på utvecklingen av digitala vårdprocesser och därmed till att kunna hämta hem effekterna som beskrivs i målbilden.



Först nu börjar hälso- och sjukvården på allvar att betrakta digital vård som kärnverksamhet, där digitala stödssystem bör utformas utifrån huvudmannens egna behov och processer för att fungera optimalt.

Förutom de stora vårdinformationssystemen finns numera andra mindre digitala verktyg på marknaden. Det hänger framför allt ihop med att appar för mobila lösningar utvecklats. Flera landsting och regioner använder sig av privata leverantörer för mobila lösningar som utformas med landstingets utseende och avsändare och som marknadsförs som mobila vårdcentraler eller ungdomsmottagningar. Det finns också flera privata vårdföretag som marknadsför liknande tjänster under egna namn.

2.2 Sammanställning av konkreta behov

Nedan följer en lista på konkreta behov som inkommit till Inera. De är insamlade från både leverantörer och från Ineras ägare i form av bland annat workshop med Cambios kundgrupp, möten inom ramen för IT och Telekombolagens regi, inkomna behov från Ineras beredningsprocess, de stora journalssystemleverantörerna, samt tal med representanter för de tre största regionerna samt Ineras medarbetares kunskap om tidigare önskemål. I de fall behoven var komplexa och innehöll sammansatta frågor så har Inera delat upp behovet för lättare hantering. Exempelvis skiljer vi på att hämta (konsumera) patientinformation och behov där registreringar behöver göras i systemen, dvs skriva information. Tydligare beskrivning av respektive behov med målbild, nytta och en kommentar, finns i Bilaga 2.

Behovsbeskrivning	Generellt scenario
Översikt av all patientinformation / Se min samlade patientinformation (två inkomna behov)	Hämta patientinformation

Läsa listningsinformation	Hämta patientinformation
Se summa i högkostnadsskydd	Hämta patientinformation
Se alla mina vaccinationer	Hämta patientinformation
Se mina digitala kallelser	Hämta patientinformation
Nationell e-remiss	Hämta/ skriva information
Sammanställning – bokade tider	Hämta patientinformation
Vårdkoordinator som bokar tid åt patient (jfr ombud)	Hämta/ skriva information
Stödtjänster till lokala tidbokningssystem	Hämta patientinformation
Sammanhållen planering	Hämta patientinformation
Sammanställning kontaktinformation	Hämta patientinformation
Sammanställning ”att göra”	Hämta patientinformation
Läsa min samlade socialtjänstinformation	Hämta socialtjänstinfo
Läsa val av utförarinformation för hemtjänst	Hämta socialtjänstinfo
Bekräfta vårdnadshavare	Hämta grunddata
Bekräfta Ombud	Hämta grunddata
Engagemangsindex till lokala och regionala appar	Hämta grunddata
Skriva listningsinformation, dvs individen listar om sig	Skriva information
Skriva listningsinformation hemtjänst	Skriva information
Skriva till journal som vårdgivare (ej utrett i denna rapport)	Skriva information
Skriva till journal som patient (kroniker)	Skriva information
Invånarens hela interaktion med vård och omsorg	Sammansatt scenario
Journal via nätet med SSO för patient	Övrigt behov
Federerad inloggning till 1177	Övrigt behov
Standardiserade APIer inom välfärdsteknik	Övrigt behov
Samutnyttja utrustning och uppkoppling för brukare	Övrigt behov

2.3 Behovsscenario ”Hämta patientinformation”

En vårdgivare erbjuder en **applikation för sina patienter för att kunna visa patientens information** som stöd i behandling hos vårdgivare. Applikationen med patientens vy erbjuds antingen genom att vårdgivaren har upphandlat en applikation av extern leverantör eller genom vårdgivarens journalsystemleverantör som har en patientingång där funktioner möjliggör visning av patientinformation. Den huvudsakliga digitala kommunikationen i behandlingen sker via lokal integration till vårdgivarens system.

För att applikationen ska kunna ge avsett stöd behöver den få tillgång till **vissa delar av patientens vårdrelaterad dokumentation**, såsom journalinformation eller annan information om patienten som exempelvis högkostnadsinformation som finns förvarad hos andra vårdgivare och deras upphandlade produkter. Denna informationen vill vårdgivaren tillgängliggöra via appen för invånare genom **Ineras infrastruktur**.

2.4 Behovsscenario "Hämta brukarinformation"

En kommun erbjuder en **applikation för sina brukare för att kunna visa brukarens information** som stöd och insatser i äldreomsorgen. Applikationen med brukarens vy erbjuds antingen genom att kommunen har upphandlat en applikation av extern leverantör eller genom kommunens systemleverantör som har en invånaringång där funktioner möjliggör visning av brukarinformation.

För att applikationen ska kunna ge avsett stöd behöver den få tillgång till **vissa delar av brukarens personakt eller annan information** om brukaren, exempelvis information om utförd hemtjänst där den privata utföraren äger sin information, eller information om antal genomförda resor med färdtjänst och annan administrativ information från andra organisationer än kommunen. Denna informationen vill kommunen få tillgång till via **Ineras infrastruktur**.

2.5 Behovsscenario "Hämta grunddata"

En vårdgivare har av extern leverantör upphandlat en applikation som den erbjuder sina patienter. Den huvudsakliga digitala kommunikationen i behandlingen sker via lokal integration till vårdgivarens system. För att applikationen ska kunna ge avsett stöd till patienten behöver den få tillgång till **grund/katalogdata** som finns i **Ineras kataloginfrastruktur** exempelvis adresser från HSA eller utbudsinformation från utbudstjänsten.

2.6 Behovsscenario "Skriva information"

En invånare vill välja vårdgivare att lista sig på och vänder sig till en vårdgivare som har en applikation som är upphandlad eller utvecklad i vårdgivarens regi för detta ändamål. Invånaren har också beviljats hemtjänst och vill också välja kommunal utförare för sin hemtjänst och vänder sig till kommunen som också erbjuder en applikation som är upphandlad eller utvecklad för detta ändamål.

Invånaren använder också en del utrustning i hemmet för att övervaka sin hälsa, såsom blodtryck, puls och vikt. Dessa mätvärden behöver både vårdgivaren och kommunen få tillgång till.

2.7 Sammansatt behovsscenario

Detta scenario är ett sammansatt scenario där det både ingår att hämta och registrera information av både administrativ karaktär såväl som patient- eller brukarinformation. Både kommunal omsorg och regional sjukvård inkluderas.

En invånare har nyligen skrivits ut från slutna hälso- och sjukvård. Invånaren vill ha tillgång till sin samlade planering på 1177 Vårdguiden, med planering menas vem kommer till mig när och

vad ska de göra. Här involveras hemtjänst, hemsjukvård och regional hälso- och sjukvård. Invånaren vill kunna återkoppla när hen inte kan, vill kunna ändra tid eller återkoppla att hen inte behöver planerad hjälp. Även invånarens närstående vill kunna se och meddela detta.

Informationen finns i hemtjänstens planeringssystem, kommunens hälso- och sjukvårdsjournal och i regionens journalsystem, inklusive de system som regionens avtalade vårdgivare använder, samt i systemstöd för utskrivningsprocess från slutenvård och SIP (Sammanhållen Individuell Plan).

2.8 Övriga behov

Även behov såsom att samutnyttja produkter hos brukaren för uppkoppling har inkommit. Juridiken kring denna typ av behov kommer utredas på uppdrag av Kompetenscentrum Välfärdsteknik vid SKR: Vi avvaktar den utredningen innan vi arbetar vidare.

På samma sätt kommer behov om att ha standardiserade API:er för välfärdsteknik förhoppningsvis att utredas separat.

Det fanns också behov om SSO mellan tjänster. Dessa beskrivs i viss mån i denna rapport.

3 Kommunalt perspektiv

I detta avsnitt beskrivs de skillnader som finns i den kommunala verksamheten jämfört med regionernas verksamhet för att på ett bättre sätt kunna förstå och adressera de frågor som rör kommunerna. Sveriges 290 kommuner är sedan 2017 delägare i Inera och för att Inera ska möta den kundgruppen behövs strategier och rutiner för tredjepartsprodukter för invånare utifrån kommunernas perspektiv.

Kommunernas IT-miljö har många gånger byggts upp nära marknadsaktörer och har normalt varken påverkats av Ineras arkitektur och infrastruktur eller anslutit till den. Det gör att i stort sett samtliga produkter och tjänster som finns i kommunen är att anses som tredjepartsprodukter. Utveckling sker oftast i samarbete med marknaden och det mjukvarustöd som finns är oftast en tredjepartsprodukt. Det finns kommuner med egen utvecklingsavdelning men det är ovanligt. Tjänsteköp är relativt vanligt varför det finns många molntjänster i kommunerna.

3.1 Samarbetsformer

Kommuner samarbetar på olika sätt med varandra inom IT-området exempelvis i form av att en

- gemensam nämnd etablerats,
- det finns samverkansavtal
- kommunalförbund har etablerats
- kommunförbund har etablerats

Det betyder att det inte behöver vara den enskilde kommunen som är avtalspart för IT-produkter utan det finns samordnade parter som kan vara ägare av tredjepartsprodukter. Konkret kommer detta att påverka arbetet med att inkludera kommunerna i 1177 Vårdguiden då det kommer att finnas många olika samarbets- och avtalsparter.

3.2 Identitet och åtkomst

Ineras lösningar med HSA och Siths har inte fått genomslag i kommunal sektor, sektorn har 900 000 anställda. HSA och Siths används inom den kommunala hälso- och sjukvården vilket motsvarar ca 3% av kommunens verksamhet för att få tillgång till verksamhetskritiska system som Pascal. Det finns ett begränsat antal kommuner som använder HSA/SITHS i större utsträckning för kommunen men de flesta kommuner som har identitets och åtkomstlösningar för hela kommunen använder andra lösningar än Ineras lösningar.

Många kommuner har invånarinloggning på sin hemsida. Det är ofta en marknadsaktör som tillhandahåller inloggningen.

3.3 E-tjänster för invånare

Kommunerna använder e-tjänster i sin kommunikation med invånare. Dessa e-tjänster tillhandahålls oftast som:

- En modul från leverantör som ett integrerat tillägg till verksamhetssystemet
- E-tjänstplattformar där utvecklingen av e-tjänsterna sker genom sambruk. Sambruk innebär att kommuner kan återanvända andra kommuners e-tjänster och anpassa dem.
- Kommunen har ofta en egen kommunapp. I den finns t ex skolmältider, möjlighet att anmäla skada, fixa min gata osv.

3.4 Socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården

Socialtjänst och hälso- och sjukvård har olika juridiska förutsättningar vilket påverkar utformningen av systemstöden inom kommunen. Det är olika moduler vilka ofta levereras av samma leverantör för de olika lagrummen. Det förekommer att en kommun har olika leverantörer till modulerna.

Den kommunala hälso- och sjukvården kan ha sammanhållen journal med sin region, vilket innebär att regionens installation av hälso- och sjukvårdssystem används även av den kommunala hälso- och sjukvården. Det blir fler och fler kommuner som ansluter till regionens journalsystem.

Verksamhetssystemen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården är ofta gamla och det pågår arbete med att modernisera dem. Initiativ som pågår med modernisering är bl. a. det beställarnätverk och den beställargrupp som Sveriges kommuner och regioner (SKR) driver.

Socialtjänsten är uppdelad i:

- Myndighetsutövning, där invånaren ansöker om bistånd/hjälp och efter utredning får beslut om vilka insatser de får.
- Verkställighet av beslutade insatser. En del av socialtjänsten som utför beviljade insatser som hemtjänst, vård och stödinsatser, olika boendeformer. Socialtjänsten omfattar 1700 äldreboenden med ca 80 000 boende, hemtjänst med ca: 240 000 brukare. Verkställigheten kan ske i kommunens regi eller i privat regi, t ex utförs knappt 25% av hemtjänsten i privat regi, särskilt boende för äldre kan ske i egen, regi, entreprenad/upphandlad drift eller privat regi.

E-tjänster till invånare används i både myndighetsutövning och verkställighet.

Kommunerna hanterar mångfalden av privata utförare på olika sätt:

- krav på att privata utförare att använda kommunens system,
- erbjudande till privata utförare att använda kommunens system
- säger nej till privata utförare att använda kommunens system.

Exempel på ytterligare IT stöd som används

- Planeringssystem som bistår vid schemaläggning av hemtjänstpersonal och beläggning av platser på SÄBO dessa system kan ibland även inkludera invånarkommunikation.
- Mobila lösningar för dokumentation, planering, rapportering signering av utdelat läkemedel vilka kan vara aktuella för invånarkommunikation.
- Välfärdsteknik, det kan vara i form av sensorer, nattkameror, digitala lås, trygghetslarm, gps larm. Användningen av välfärdsteknik inom socialtjänsten förväntas öka och regeringen stödjer kommunerna med ökad användning via SKR. För att välfärdsteknikens potential fullt ut ska tas tillvara behöver bli informationshanteringen standardiseras och API:er specificeras samt invånarkommunikation utvecklas.
- Hjälpmedel

När kommunerna med sina förutsättningar inkluderas i 1177 Vårdguiden behöver Inera förhålla sig till de förutsättningar kommunerna har:

- I kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst är det långa kedjor av aktörer vilket avtalskonstruktionen behöver hantera
 - Att det i verkställandet av insatser kan kommun, privat vårdgivare med underleverantörer involveras
 - Kommunens driftsorganisationer kan vara, egen regi, tjänsteköp/molntjänster, outsourcing.
 - Kommunen kan ha olika leverantörer av IT-stöd som verksamhetssystem, larm, välfärdsteknik, hjälpmedel
- 290 kommuner och många privata utförare gör att det blir stora volymer av avtal
- Kommuner och kommuners privata utförare är en kundgrupp som är ovan vid att samarbeta med Inera

Flera leverantörer av digitala tjänster åt kommunal hälso- och sjukvård, har agentavtal med Inera. Idag används agentavtal för tjänster kopplade till medarbetares informationsförsörjning, t ex NPÖ. Huruvida konstruktionen med agentavtal kommer att användas när det gäller kommunens tjänster riktat till invånare har inte utretts men bedöms ändå vara ett möjligt alternativ.

4 Samverkansarkitektur

Samverkansarkitektur är ett samlingsnamn för de arkitekturprodukter som definierar hur informationsutbyte och interoperabilitet mellan system ska uppnås. Samverkansarkitekturen

består av principer, referensarkitekturer och tillämpningsanvisningar. Samverkansarkitekturen adresserar i sin nuvarande form huvudsakligen informationsutbyte inom vård och omsorg. Exempel på referensarkitektur som ingår i samverkansarkitekturen är T-boken – referensarkitektur för informationsutbyte inom vård och omsorg. Ett annat exempel är referensarkitekturen för identitet och åtkomsthantering.

Dagens T-bok bygger i delar på tekniska koncept som har många år på nacken. Säkerheten bygger på koncept som fungerar väl med relativt få parter som behöver utbyta information och ha tillit till varandra. Med fler parter som behöver utbyta information med varandra så ställs krav på utökat tekniskt stöd för att stödja tillitskedjan, inte minst för att kunna öppna upp för fler aktörer, samverkande parter och nya samverkansmönster och även för patienten själv. Detta är troligen en förutsättning för att på ett skalbart sätt tillgodose de behov som är identifierade i denna rapport. Det löses i så fall med att tillämpa en säkerhetsarkitektur som bygger på identitets- och åtkomstintyg kombinerat med en organisatorisk tillit. Principerna är beskrivna i Referensarkitektur för Identitet och åtkomst men behöver konkretiseras och kommer också påverka existerande säkerhetsinfrastruktur för både Inera och regioner.

Under 2021 påbörjas arbetet med att ta fram nästa generations samverkansarkitektur. Dels för att möta behovet av nya mönster, dels för att öppna upp för fler aktörer, både privata och offentliga. Genom att etablera en ny arkitektur som ger en hög säkerhet baserad på moderna och etablerade standarder med teknisk verifierbarhet, flexibla och sektoroberoende samverkansförmågor så möjliggörs en kostnadseffektiv förvaltningsgemensam infrastruktur med hög kvalitet och tillgänglighet.

5 Aspekter kring säkerhet, test och kvalitetssäkring

5.1 Grundläggande om ansvar

Den organisation som är personuppgiftsansvarig för en uppgift har också ansvaret för att personuppgifterna har ett adekvat skydd. Det innebär att de tredjepartsprodukter som hanterar organisationens personuppgifter omfattas i detta ansvar. I ett ekosystem där olika tredjepartsprodukter ska hantera personuppgifter från en stor mängd personuppgiftsansvariga, t.ex. regioner och kommuner som köpt dessa tredjepartsprodukter, utgör detta en stor utmaning. Inte minst gällande den juridiska aspekten och de avtal som kan behöva tecknas mellan personuppgiftsansvariga och den organisation som ansvarar för tredjepartsprodukten,

En utgångspunkt gällande säkerhet är att den personuppgiftsansvarige ska kunna visa att de har uppfyllt detta ansvar, vid exempelvis ett tillsynsärende från Integritetsskyddsmyndigheten. För att göra det kan organisationen förlita sig på sin egen kvalitetssäkring eller till en kvalitetssäkring genomförd av någon annan betrodd part.

5.2 Minska exponeringen

Flera av Ineras befintliga tjänster har samtliga invånare som målgrupp samt hanterar de flesta informationsmängder som finns tillgängliga. Samtliga personuppgiftsansvariga har ett avtalsförhållande med Inera gällande dessa tjänster

För tredjepartsprodukter är det sannolikt att de av avtalsmässiga skäl kommer att hantera informationsmängder från enbart vissa personuppgiftsansvariga. Tredjepartsprodukten kan också vara riktade mot en speciell målgrupp. Ett hypotetiskt exempel skulle kunna vara en diabetesapp som en vårdgivare vill tillgängliggöra för sina diabetespatienter och där invånaren får tillgång till informationsmängder som är kopplade just till detta.

Om ett dataintrång sker i en sådan tredjepartsprodukt där en angripare får full kontroll över produkten och kan styra informationsflöden kan skadan begränsas genom att minska exponeringen. Detta kan göras genom att begränsa vilken information produkten tekniskt kan hämta. Det kan gälla begränsningar baserade på informationsmängder, vilken organisation som är personuppgiftsansvarig, eller att begränsa så att enbart vissa invånares uppgifter kan hämtas

För att en begränsning ska vara effektiv måste den vara åtskild från själva produkten. Det kan alltså inte vara själva produkten som styr vilka begränsningar som ska gälla utan detta måste göras via en annan kanal. Detta då en angripare vid ett intrång inte ska kunna påverka begränsningen, även om denne har full kontroll över produkten.

Punkter:

- Införa en funktionalitet för begränsning

5.3 Den personuppgiftsansvarige ska styra

Grundprincipen är att den som är personuppgiftsansvarig direkt eller indirekt godkänner den tredjepartsprodukt som ska kunna hantera organisationens uppgifter. Detta kan ske på tre sätt

1. Organisationen genomför själv kvalitetssäkringen i nivå med organisationens krav och godkänner därefter tredjepartsprodukten
2. En betrodd annan aktör genomför kvalitetssäkring på en nivå som ligger i paritet med organisationens krav. Om den betrodda aktören godkänner tredjepartsprodukten litar även organisationen på detta.
3. En tredjepartsprodukt innehar en formell certifiering enligt ett certifieringsramverk som ligger i paritet med organisationens krav.

Tekniskt kan en organisation idag styra vilken tredjepartsprodukt som ska kunna hämta personuppgifter för vilka organisationen är personuppgiftsansvarig för. Detta har visat sig vara svårt rent praktiskt. En förutsättning för att tredjepartsprodukter ska kunna anslutas och få tillgång till den information som de är godkända för krävs det som benämns vitlistning, dvs godkännande i regionerna av den trafik som behöver gå från tredjepartsprodukten, något som har arbetats med på Inera inom ramen försammanhållen journalföring tidigare. Det innebär att en tredjepartsprodukt som är kvalitetssäkrad och godkänd för ett visst syfte per automatik får tillgång till information från de personuppgiftsansvariga som godkänt förutsättningarna för denna vitlistning. Alla anslutande organisationer som tillgängliggör information måste alltså komma överens om vilka kriterier som ska gälla för vitlistningen. Förutsättningen för detta är också att detta godkännande är juridiskt korrekt.

Punkter:

- Införa teknisk funktionalitet för vitlistning
- Införa process för godkännande av certifieringsregelverk

5.4 Vem ska verifiera säkerheten

För att kunna underlätta för marknaden samt att inte skapa långsamma och komplicerade kvalitetssäkringskedjor är det viktigt att det är tydligt vem som praktiskt genomför kvalitetssäkringen.

Tre scenarier kan ses:

1. En tredjepartsprodukt hanterar en enskild organisations information, men hämtar inte information från andra organisationer.
2. En tredjepartsprodukt hanterar information från en organisation samt andra organisationer som har inbördes avtalsförhållanden och som omfattar tredjepartsprodukten. Typiskt en region med upphandlade vårdaktörer. Om avtalet med de upphandlade aktörerna innefattar olika tekniska verktyg skulle detta även kunna omfatta en tredjepartsprodukt som riktar sig till invånare. Via avtal skulle då den upphandlade organisationen kunna lita på den upphandlande organisationens kvalitetssäkring.
3. En tredjepartsprodukt hanterar information från andra organisationer som inte har ett direkt avtalsförhållande sinsemellan men där hanteringen av uppgifterna har annat rättsligt stöd. Exempelvis produkter inom sammanhållen journalföring eller individens direktåtkomst.

Det finns också ett scenario där tredjepartsprodukten hanterar information som rättsligt sett lämnas ut mellan organisationer. I det fallet övergår personuppgiftsansvaret till den mottagande organisationen och just den hanteringen omfattas därefter av scenario 1 ovan.

5.4.1 Scenario 1:

Ansvar för att skydda informationen ligger hos den organisation som innehar personuppgiftsansvaret. Därmed godkänner organisationen själv huruvida tredjepartsprodukten ska vara godkänd eller inte.

Ur ett Inera-perspektiv innebär detta att det är den av Inera formulerade anslutningsprocessen som bör inkludera grundläggande krav på kryptering, skydd mot skadlig kod etc. och säkerställa att de är uppfyllda, innan anslutning till Ineras tjänster och infrastruktur.

Punkter:

- Säkerställa krav inom ramen för anslutningsprocessen.
- Tillhandahålla teknisk begränsning så att tredjepartsprodukten enbart kan hantera organisationens egen information
- Använda Ineras möjlighet att via Nordic MedTest kunna kvalitetssäkra en tredjepartsprodukt

5.4.2 Scenario 2

En vårdgivare i form av en region kan upphandla en tredjepartsprodukt i syfte att hantera regionens information. I det avtalet kan säkerhetskrav ställas som står i paritet med regionens övergripande säkerhetskrav och anses då uppfylla regionens behov.

En region kan också anses vara en huvudman för den privata vård som huvudmannen ansvarar för. I det avtalet finns ofta skrivningar om att den privata vårdgivaren, som arbetar på

huvudmannens uppdrag, på olika sätt överför information till huvudmannen alternativt använder samma it-stöd som huvudmannen tillhandahåller. Typiskt gäller detta ett journalsystem. Men det skulle också kunna innefatta tredjepartsprodukter riktade mot invånare.

Ur ett säkerhetsperspektiv kan det anses att ansvaret för att kvalitetssäkra en tredjepartsprodukt som ska användas inom huvudmannens verksamhetsområde skulle kunna åligga huvudmannen. Detta resonemang skulle kunna gälla alla vårdgivare som ansluter sitt system via en regional tjänsteplattform eller annan integrationsplattform och litar då på det som är anslutet via denna plattform.

Ur ett Inera-perspektiv innebär detta att det är den av Inera formulerade anslutningsprocessen som bör inkludera grundläggande krav på kryptering, skydd mot skadlig kod etc. och säkerställa att de är uppfyllda, innan anslutning till Ineras tjänster och infrastruktur.

Punkter:

- Säkerställa krav inom ramen för anslutningsprocessen.
- Tillhandahålla teknisk begränsning så att tredjepartsprodukten enbart kan hantera information från de organisationer som omfattas.
- Använda Ineras möjlighet att via Nordic MedTest kunna kvalitetssäkra en tredjepartsprodukt

5.4.3 Scenario 3

Denna typ av utbyte kännetecknas av att tredjepartsproduktens användare har legalt stöd att själv hämta information från en annan aktör. Exempelvis en vårdgivare. Och att denna andra aktören inte vid varje tillfälle godkänner denna överföring. Personuppgiftsansvaret ligger hela tiden kvar hos den aktör som äger informationen. I praktiken innebär det att en aktör tillgängliggör information i ett visst syfte men kan inte sedan själv verifiera säkerheten i den produkt som används för att hämta informationen.

I syfte att genomföra en kvalitetssäkring som gör att respektive aktör inte själv behöver utföra denna används det som Inera benämner certifiering. Även andra typer av certifiering eller verifierad tillit kan användas.

Ur ett säkerhetsperspektiv kan kvalitetssäkringsfrågan lösas genom ovanstående resonemang. Den kan dock vara svårt att lösa juridiskt pga omfattande sekretess och dataskyddslagstiftning.

Punkter:

- Säkerställa krav inom ramen för anslutningsprocessen.
- Tillhandahålla teknisk begränsning så att tredjepartsprodukten enbart kan hantera information från de organisationer som omfattas.
- Använda en certifieringsprocess för verifierad tillit
- Skapa beslutsvägar för verifierad tillit
- Använda vitlistefunktionalitet

5.5 Möjligheter till kvalitetssäkring – verifierad tillit

Ineras certifieringsfunktion innebär att en tredjepartsprodukt granskas ur ett antal aspekter mot ett antal regelverk. Dessa regelverk är uppsatta av Inera och syftet med certifieringen är att skapa en kvalitetsstämpel som alla aktörer vars information hanteras av tredjepartsprodukten kan lita på.

Vissa produkter kan dessutom falla inom ramen för medicintekniska produkter och kan komma att behöva CE-märkas.

Det finns andra initiativ när det gäller kvalitetssäkring av denna typ av produkter. Ett sådant är N!P-projektet som arbetar med ett ramverk för just detta. Projektet syftar till att skapa ett ramverk för kvalitetssäkring mot vilket leverantörer kan certifiera sin produkt. Kopplat till detta finns sedan en databas över alla produkter som är certifierade och som kan utnyttjas av den som vill använda produkten. Om tillitsramverket uppfyller organisationens krav behövs därmed ingen ytterligare kvalitetssäkring utan det går att uppnå tillit via detta.

Det är sannolikt att ett sådant initiativ efter bedömning kan ge ett tillitsramverk för kvalitetssäkring av tredjepartsprodukter. Med tiden kommer troligen fler. För att tilliten ska verifieras måste granskning av tredjepartsprodukten göras av någon aktör som kan anses vara oberoende. Företrädesvis ett certifieringsorgan.

Det är kostnadseffektivt både för personuppgiftsansvariga och tredjepartsleverantörer om det finns tillitsramverk att certifiera sig mot och som merparten av personuppgiftsansvariga har tillit till. Det innebär dock att beslut måste tas vilka tillitsramverk som ska godkännas. Detta beslut måste göras av varje personuppgiftsansvarig men skulle kunna beredas i gemensamma beredningsorgan för flera personuppgiftsansvariga.

Punkter:

- Skapa bedömningsgrund gällande kriterier för bedömt tillitsramverk
- Skapa en beslutsväg för vilka tillitsramverk som är godkända.

5.6 Federation vid inloggning

Ett behov som framkommit är att kunna växla mellan tjänster som 1177 e-tjänster och tredjepartsprodukter för invånare.

Det finns idag en möjlighet till uthopp som innebär att personuppgiftsansvariga organisationer via en tredjepartsprodukt kan välja att lita på den inloggning som gjorts via 1177 och via Ineras Identity Provider (IDP). Detta beror bland annat på att den personuppgiftsansvariga organisationen har ett avtal med Inera och 1177,

Om man vänder på detta behov skulle scenariot vara att den inloggningsfunktionalitet en tredjepartsprodukt använder går att använda för att, utan en ytterligare inloggning, kunna växla från tredjepartsprodukten till 1177 e-tjänster. Detta scenario är betydligt mer komplext eftersom man som invånare via 1177 kommer åt uppgifter från fler personuppgiftsansvariga organisationer än den som ansvarar för tredjepartsprodukten. Det kräver en federationslösning som är verifierad och godkänd av alla personuppgiftsansvariga organisationer. För att detta skulle vara möjligt måste alltså alla personuppgiftsansvariga organisationer via avtal med Inera dokumenterat lita på den inloggningsfederation som tredjepartsprodukten använder. Detta skulle behöva utredas separat både ur ett juridiskt och ett säkerhetsmässigt perspektiv i det fallet det blir ett reellt behov.

Det krävs också att varje nytt användningsfall av en sådan federation bedöms både ur ett riskperspektiv och ur ett juridiskt perspektiv när en federations användningsområde utökas.

Punkter:

- Utredda de juridiska förutsättningarna
- Utredda de säkerhetsmässiga förutsättningarna för verifierad tillit kopplad till inloggningsfunktionalitet i det enskilda fallet.

6 Kunder och avtal

6.1 Inera som bolag

Ineras affärsmodell bygger på att tillhandahålla egna utvecklade tjänster åt ägarna och dess privata utförare – inte andras tjänster. Det gör det möjligt för regioner och kommuner att slippa upphandla Ineras nationella tjänster och i stället göra ”interna köp” med stöd av det s.k. Teckal-undantaget i lagen om offentlig upphandling.

I korthet innebär Teckal-undantaget att regioner och kommuner slipper upphandlingsförfarandet trots att köp sker från en fristående leverantör. För att undantaget ska vara tillämpligt vid ett köp från en annan juridisk person måste två kriterier vara uppfyllda, kontrollkriteriet och verksamhetskriteriet. Kontrollkriteriet innebär att leverantören ska vara underställd en kontroll som gör det möjligt för den upphandlande myndigheten att ha ett bestämmande inflytande över dess strategiska mål och dess viktiga beslut. Verksamhetskriteriet innebär att leverantören ska bedriva mer än 80 procent av sin verksamhet för den kontrollerande myndighetens, eller de kontrollerande myndigheternas, räkning. Leverantören ska därmed huvudsakligen utöva verksamheten åt denna upphandlande myndighet som utövar kontrollen. Det privata eller kommersiella inslaget får således vara 20 procent.

Skulle det privata inslaget i Ineras verksamhet överstiga tröskeln 20 procent ligger det i farans riktning av regioner och kommuner tvingas upphandla motsvarande tjänster som Inera erbjuder, och Inera får lägga anbud i konkurrens med andra leverantörer.

6.2 Dagens avtalsmodell

Det finns ett antal förutsättningar som måste vara beslutade och kommunicerade, internt men även externt för att en organisation, som vill använda Ineras tjänster, ska kunna teckna ett kundavtal med Inera.

En helt styrande förutsättning är veta till vilka kategorier av kunder Inera kan/får teckna avtal med. I *Riktlinje Ineras marknad 2.0*, framtagen i början av 2019 avgränsas Ineras marknad till vilka vi, Inera, i vår bolagsform, har legala förutsättningar att sälja tjänster till. Senare samma år gjorde advokatbyrån Delphi en ny utredning där hänsyn togs till ytterligare ett antal faktorer som kan påverka den marknad Inera kan verka på.

Många av de problemställningar/utmaningar som finns i dagens avtalsstruktur skulle få sin lösning om ett särskilt uppdrag utformades utifrån det som finns beskrivet i beslutsunderlag ”*Genomlysning av Ineras marknad*”.

Enligt Kundavtal (K2) har vi följande kundkategorier:

- Regioner
- Kommuner
- Statliga myndigheter
- Privata vårdgivare
- Underleverantörer till offentlig sektor
- Hjälpmedelsleverantörer

Om Ineras marknad vidgas/ändras måste dagens kunder som ligger i Kundavtal 1 och som inte kan hanteras inom befintliga kundkategorier ”mappas” in mot eventuellt nya kundkategorier. Dessa ska inte vara fler än att de enkelt ska kunna hanteras i Kundportal. Ju fler kundkategorier desto svårare blir det att få kunderna att hitta rätt i portalen – som till stora delar bygger på att kunderna ska kunna hantera det mesta på egen hand, ex att lista ut vilken kundkategori man tillhör.

Eventuella förändringar av kundkategorier påverkar även delar av dokument i (generiska/semigeneriska/tjänsteunika dokument) i Kundavtal 2, vilka vid en förändring, behöver som uppdateras.

6.2.1 Sammanfattning dagens avtalsstruktur

Dagens avtalsstruktur behöver ses över och vidareutvecklas. I botten handlar det om Ineras marknad och våra kundkategorier. Dagens system är inte optimalt och orsakar därför ofta behov av justeringar på kort varsel. Vi behöver förändra så att det i grunden blir en stabil struktur. Det kommer att krävas en hel del arbete, men vi kommer inte ifrån att göra det. I juni 2020 presenterades en utredning om våra kundkategorier. Denna utredning är en bra början på det arbete som behöver göras. Arbetet behöver inkludera jurister på Inera, men det kommer även att behövas medverkan från många andra kategorier av anställda. Det kommer därför att krävas samordning. Ett internt uppdrag har startats på Inera för att hantera denna.

6.3 Invånares åtkomst till information via tredjepartsprodukter

6.3.1 Utgångspunkter

Det är värt att framhålla för den fortsatta framställningen vissa centrala utgångspunkter.

Inera är som framhållits ett kommunalt bolag som ägs av regioner, kommuner och SKR Företag. Ineras uppdrag är att utveckla och förvalta nationella tjänster åt både vårdgivare (och i framtiden kommuner). Ineras affärsmodell är tydligt avgränsad till att enbart tillhandahålla tjänster som Inera utvecklar.

Ineras säljer inte kommersiella aktörers tjänster. Det skulle onekligen leda till att verksamhetskravet i Teckal-undantaget i LOU (se avsnitt 2.1) inte kan uppfyllas, och resultera i att regioner och kommuner måste upphandla de tjänster som erbjuds av Inera på en öppen marknad med de konsekvenser det medför: dyrare tjänster, fler avtalsparter att förhandla med, fler kundavtal samt en ökad fragmentering av ett redan splittrat informationslandskap inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

En ytterligare styrka med Inera som förvaltare av nationella tjänster är att Inera omfattas av bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen. Sekretess råder för kundernas känsliga

personuppgifter. Medarbetarna omfattas av en straffsanktionerad tystnadsplikt. Förvisso omfattas leverantörer av en straffsanktionerad tystnadsplikt enligt lagen om tystnadsplikt vid utkontraktering av teknisk bearbetning eller lagring av uppgifter. Men kontrollen och skyddet av uppgifter får betraktas som större hos Inera eftersom regioner och kommuner genom sitt ägande har större insyn i bolagets verksamhet.

Inera tecknar avtal med agenter som beskrivits ovan. En agent är en leverantör av ett system. Agentavtal med Inera medger en möjlighet för leverantören att via sitt IT-system låta sina kunder även bli kunder till Inera och därmed låta dem få tillgång till Ineras tjänster, såsom NPÖ. I dessa lägen tecknar Inera kundavtal direkt med leverantörens kunder, inklusive PUB-avtal med dessa (förutom agentavtalet med leverantören). Agenten är personuppgiftsbiträde åt sina kunder – inte åt Inera.

Varje vårdgivare är personuppgiftsansvarig för sin behandling av personuppgifter. Det framgår av PDL. Även leverantörer kan vara personuppgiftsansvariga för invånarens personuppgifter i sina digitala tjänster om tjänsternas avsedda användning är egenvård inom ramen för en vårdgivares egenvårdsbeslut eller självhjälp.

Ineras traditionella roll är rollen som personuppgiftsbiträde åt regioner och andra vårdgivare. Inera kan även vara underleverantörer till andra parter. Så är fallet med de privata vårdgivare som är indirekt anslutna till Ineras tjänster via främst regionernas tjänstplattformar. Inera agerar i dessa fall som underbiträde. Regionerna agerar i rollen som personuppgiftsbiträde åt de privata vårdutförarna som är personuppgiftsansvariga. Inera får endast behandla personuppgifter åt personuppgiftsansvariga med stöd av ett personuppgiftsbiträdesavtal (PUB-avtal) samt enligt instruktioner från de personuppgiftsansvariga.

Dataskyddsförordningen stadgar nämligen att det måste upprättas ett personuppgiftsbiträdesavtal mellan samtliga personuppgiftsansvariga och personuppgiftsbiträden samt underbiträden. Vad som ska ingå i dessa avtal framgår i art. 28 dataskyddsförordningen.

6.3.2 Scenario 1 – hämta patientinformation

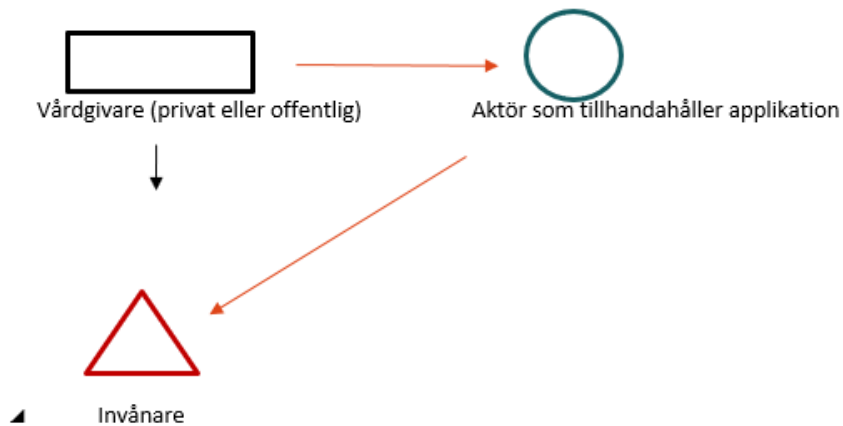
Inera har utrett de rättsliga förutsättningarna för några av de behovssituationer som presenteras inledningsvis i denna förstudierapport. I det följande presenteras en sammanfattning av den juridiska utredningen. I det följande presenteras fyra behov som utretts.

Invånare har varit föremål för vård hos en enskild eller offentlig vårdgivare i en region ("VG 1"). Om det är en privat vårdgivare, så har denne ett avtal med regionen om att bedriva hälso- och sjukvård.

Invånaren byter från VG 1 till ny vårdgivare ("VG 2"). VG 2 kan vara lokaliserad i samma region eller i en annan region. VG 2 kan vara en privat eller en offentlig vårdgivare. Invånaren vill se information som finns hos VG 1. Informationen kan bestå av journalinformation men även patientadministrativ information såsom bokade tider, information om listning, remisser, uppgift om högkostnadsskydd och uppgift om vaccination ("Informationen").

Invånaren vill ta del av Informationen hos både VGb1 och VGb2 genom en applikation. Applikationen erbjuds av VG 2 via en upphandlad Aktör (tredjepartsprodukt).

Utgångspunkten för scenario 1 är följande parter och förhållanden.



Enligt 5 kap. 5 § PDL får en vårdgivare medge en invånare direktåtkomst till sådana uppgifter om den enskilde själv som får lämnas ut till honom eller henne och som behandlas för ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2, nämligen journalhandlingar och annan patientadministrativ information. Den enskilde får under samma förutsättningar medges direktåtkomst till sådan dokumentation som avses i 4 kap. 3 § första stycket första meningen.

Med direktåtkomst avses en situation när någon har direkt tillgång till någon annans register eller databas, och på egen hand kan söka efter information, men utan att kunna påverka innehållet i registret eller databasen. Vid direktåtkomst fattas beslut om överföring i varje enskilt fall av mottagaren. Sekretessprövningen måste därför ske redan då uppgifterna görs tillgängliga för direktåtkomst. Ineras tjänst Journalen är en sådan titta-lösning som bygger på att Inera på regionernas vägnar möjliggör via en applikation enskilda direktåtkomst. Lika gärna som regionerna kunde ha tillhandahållit en sådan tjänst, kan Inera göra det med stöd av uppdragsavtal och PUB-avtal (se bilden ovan).

En annan leverantör kan erbjuda motsvarande tjänst åt en region eller en kommun på samma rättsliga grunder (avtal och PUB-avtal). Ju fler vårdgivare en leverantör har, desto större förutsättningar för invånare att ta del av "sin" vårddokumentation hos var och en av vårdgivarna via enskilda direktåtkomst enligt PDL. I scenario 1 möjliggörs detta av att VG 1 och VG 2 har avtal med Aktören om en och samma tredjepartsprodukt som erbjuder enskilda direktåtkomst.

Scenario 1 uppehåller sig emellertid vid en situation där VG 1 och VG 2 inte har avtal med samma Aktör. Enskilda direktåtkomst till VG 1:s vårddokumentation är inte möjlig helt enkelt därför att VG 2 inte har köpt någon tredjepartsprodukt som VG 1 förfogar över.

Bestämmelserna om sammanhållen journalföring i 6 kap. PDL låter sig inte användas eftersom bestämmelserna är ett regelverk för utbyte av information mellan vårdgivare om en och samma invånare för ändamålen individnära vård och behandling respektive utfärdande av vårdintyg – inte för invånarens åtkomst till information om denne hos två eller flera vårdgivare.

Samtyckesbaserat utlämnande

Ineras utredning ger vid handen att det enda alternativet för att en invånare i scenario 1 som förfogar över en applikation som tillhandahålls av VG 2 att få ta del av information som finns hos VG 1 via sagda applikation är genom s.k. ADB-utlämnande. Skillnaden mellan direktåtkomst och ADB-utlämnande är att det i det senare fallet rör sig om ett kontrollerat

utlämnande av en part på begäran av en part. Det rör sig om ett asynkront utlämnande – en fråga – ett svar-utlämnande – som innefattar i praktiken en filöverföring, ungefär som Ineras tjänstekontrakt fungerar. Det finns inte som i fallet med direktåtkomst en potentiell teknisk åtkomst för mottagaren av uppgifterna.

Det råder en stark sekretess för patientuppgifter hos en vårdgivare. Uppgifterna kan inte utan vidare lämnas ut av en vårdgivare till en annan part, patienten undantagen. I vissa fall finns sekretessbrytande bestämmelser som tillåter eller förpliktar en vårdgivare att lämna ut sekretessbelagda uppgifter till en mottagare. En annan vårdgivare tillhör inte den kretsen, inte heller en leverantör som saknar ett personuppgiftsbiträdesavtal med en vårdgivare.

Enligt offentlighets- och sekretesslagen kan emellertid en patient efterge sekretessen till förmån för en tredje part, t.ex. en annan vårdgivare eller leverantör. Även privata vårdgivare kan med en patients medgivande efterge sin tystnadsplikt till förmån för en tredje part.

Vårdgivares behandling av personuppgifter regleras av GDPR och med kompletterande bestämmelser i PDL och Socialstyrelsens föreskrifter till lagen. I lagen finns ett nödvändighetskrav för vårdgivare att behandla personuppgifter, vilket får ske utan stöd av samtycke. Det nödvändighetskravet är uppfyllt såvida en vårdgivare har en vårdrelation till en patient, genom vårdkontakt (planerad/akut) eller remiss. En vårdgivare får dock enligt 2 kap. 3 § PDL behandla personuppgifter som annars inte är tillåtet med stöd av den registrerades uttryckliga samtycke. Bestämmelsen togs inte bort i PDL i samband med GDPR:s giltighet, trots att GDPR erinrar om att samtycke kan vara en olämplig rättslig grund för behandling av personuppgifter om den registrerade är i ett beroendeförhållande till den personuppgiftsansvarige. Å andra sidan är all vård frivillig (här bortses från tvångsvård) och lagstiftaren har förutsatt att i de flesta fall söker invånare vård av frivillighet och utan tvång. Samtycke får dock inte uppställas som villkor för vård. Det får inte heller användas som stöd för att ”skapa” en direktåtkomst t.ex. mellan vårdgivare. Samtycket ”släcker” inte en sådan brist.

PDL reglerar nämligen strikt i vilka fall direktåtkomst är tillåten för en vårdgivare eller invånare. PDL tillåter emellertid ADB-utlämnande i de fall direktåtkomst inte är tillåten. I sådant fall får ADB-utlämnande ske för de ändamål som en vårdgivare får behandla personuppgifter, t.ex. vård och behandling, förutsatt att sekretess inte lägger hinder i vägen för ett utlämnande. Så är tyvärr fallet vid utlämnande mellan vårdgivare (med undantag för sammanhållen journalföring)

För att ett ADB-utlämnande i scenario 1 ska kunna genomföras av uppgifter som omfattar invånaren från VG 1 till VG 2 och dennes Aktör – via Aktörens applikation – krävs samtycke. Dock inte ett utan minst två samtycken som ska lämnas av invånaren till både VG 1 och VG 2. Ett samtycke för att bryta sekretessen hos VG 1 för uppgifterna till förmån för VG 2 och dennes Aktör. Ett samtycke till VG 1 för att denne ska kunna behandla invånarens personuppgifter inför ett utlämnande till VG 2 som förvisso har en vårdrelation till invånaren, men inte får hantera historisk information om invånaren som finns hos en annan vårdgivare såvida det inte sker genom en remiss (begäran om övertagande av vårdansvar). Och ett tredje samtycke till VG 2 för att denne ska kunna behandla mottagen vårdokumentation som hänför sig till en period då VG 2 inte hade en patientrelation till invånaren.

Inget hindrar att Inera verkställer i rollen som personuppgiftsbiträde åt VG 1 respektive VG 2 och enligt instruktion ett sådant samtyckesbaserat utlämnande till invånarens applikation, förutsatt att Inera tillhandhåller en specifik tjänst som gör det möjligt för att överföra uppgifterna på ett säkert sätt. Någon avtalsrelation krävs inte mellan Inera och Aktör utan verkställandet av det samtyckesbaserade utlämnandet sker på uppdrag av VG 1 (efter en

begäran från invånaren via VG 2) som i sin tur har ett avtalsförhållande till Aktören. Det förutsätter givetvis att Inera har ett kundavtal med VG 1. Inget hindrar att Aktören tecknar agentavtal med Inera för att kunna tillhandahålla Ineras ”informationsdelningstjänst” åt sin kund, VG 2. VG 1 å sin sida tecknar avtal direkt med Inera om Ineras ”informationsdelningstjänst” alternativt, om denna har en egen (annan) Aktör vars applikation innehåller uppgifter om invånaren, tecknar agentavtal med Inera.

Nackdelen med denna modell för invånares åtkomst till uppgifter om sig själv hos en annan vårdgivare via en tredjepartsprodukt är hanteringen av samtycken. Samtycke ger god kontroll för en invånare över personuppgifter, men är svåra att överblicka. Ju fler samtycken till olika vårdgivare, desto svårare att överblicka. Samtycke ska också vara informerat. Har inte invånaren förstått innebörden av de olika samtycken – tre i detta fall – så är personuppgiftsbehandlingen som genomförs i samband med transaktionen av personuppgifter från VG 1 till VG 2 och dennes tredjepartsprodukt otillåten. Det kan förvisso lösas genom en samtyckestjänst i 1177 för de vårdgivare som köpt tjänsten ”informationsdelning” av Inera. Då kan Inera också i sin tjänsteportfölj sälja en samtyckestjänst till regioner och kommuner som finns till förfogande för invånaren i 1177-kontot. Vidare ska nämnas att samtycken kräver en administration. Invånare kan förväntas återkalla samtycken, varvid spårbarhet måste finnas hos vårdgivare och deras tredjepartsprodukter för att kunna radera uppgifter. Slutligen finns det en viss osäkerhet i hur stor utsträckning samtycke kan användas som rättslig grund av vårdgivare, även om PDL medger det uttryckligen. Det rör sig inte om en vårdssituation utan om att en invånare vill få ta del av sina uppgifter hos en annan vårdgivare.

Leverantörer som är personuppgiftsansvariga

Som framhållits kan även leverantörer vara personuppgiftsansvariga för uppgifter i applikationer som används av invånare för egenvård eller självhjälp. De behandlar personuppgifter med de rättsliga grunderna avtal och uttryckligt samtycke. De har ju en helt annan frihet att lämna ut, eller dataportera för att använda GDPR:s uttryck, invånaruppgifter sinsemellan. Faktum är att registrerade vars uppgifter behandlas med stöd av avtal eller samtycke har en rättighet enligt GDPR att få uppgifter hos en leverantör som är personuppgiftsansvarig nedladdade till sin egen dator eller till en tredje part, såvida det är uppgifter som invånaren själv genererat i applikationen. Denna situation berörs inte vidare i framställningen.

Enskilda direktåtkomst alt 1

Strävan är givetvis att kunna använda enskilda direktåtkomst så långt det går. Som konstaterats ovan förutsätter det att VG 1 och VG 2 har avtal om samma applikation och samma leverantör. Då kan enskilda direktåtkomst realiserars utan inblandning av Inera. Finns inte ett sådant avtal kan inte enskilda direktåtkomst realiserars utom möjligen med hjälp av Inera, se nedan.

Ett annat alternativ som övervägts i förstudien för att åstadkomma enskilda direktåtkomst (i stället för samtyckesbaserat ADB-utlämnande) är att VG 2 behandlar personuppgifter i rollen som personuppgiftsbiträde åt VG 1, och Aktör agerar i rollen som underbiträde åt VG 2 enligt beskrivning nedan.

- VG 1 – Personuppgiftsansvarig
- VG 2 - Personuppgiftsbiträde
- Aktör - Underbiträde

Skulle man därutöver lägga till Inera blir avtalskedjan ett steg längre. Uppställningen blir då enligt följande.

- VG 1 – Personuppgiftsansvarig
- VG 2 – Personuppgiftsbiträde
- Aktör åt VG 2 – Underbiträde
- Inera – Underbiträde

Och omvänt om en invånare hos VG 1 vill ta del av sina uppgifter hos VG 2 via en applikation som VG 1 tillhandahåller.

- VG 2 – Personuppgiftsansvarig
- VG 1 – Personuppgiftsbiträde
- Aktör åt VG 1 – Underbiträde
- Inera – Underbiträde

Nackdelen med lösningen är framför allt att den ger upphov till komplexa biträdeskedjor och avtalsförhållanden mellan berörda aktörer, och i förlängningen en omfattande avtalsadministration. Och det är knappast sannolikt att Inera ingår ett avtal som underbiträde åt en leverantör mot bakgrund av Teckal-undantaget.

Enskilda direktåtkomst alt 2

Ett annat alternativ som Inera övervägt är att samtliga regioner och privata vårdgivare tecknar PUB avtal med samtliga Aktörer på marknaden om att bereda direktåtkomst eller genomföra utlämnande på medium för automatiserad behandling till invånaren i enlighet med 5 kap PDL. Inera kan då, i egenskap av att vara personuppgiftsbiträde, agera som teknisk förmedlare. Uppställningen blir då enligt följande.

- Region eller privat vårdgivare – Personuppgiftsansvarig
- Aktör – Personuppgiftsbiträde
- Inera – Personuppgiftsbiträde

Avtalskonstruktionen blir enligt följande.

- Region/Privat vårdgivare – Personuppgiftsbiträdesavtal med Aktör
- Region/Privat vårdgivare – Personuppgiftsbiträdesavtal med Inera

Lösningen innebär att samtliga Aktörer måste identifieras och att samtliga regioner och privata vårdgivare måste ha avtal med alla Aktörer om invånaren vill hämta eller se information från alla regioner och privata vårdgivare. En form av ”alla har avtal med alla”-lösning.

Enskilda direktåtkomst alt 3

Ett ytterligare alternativ som Inera övervägt för att åstadkomma enskilda direktåtkomst i scenario 1 är att Aktörerna skulle ansluta sina kunder till Ineras infrastruktur i rollen som s.k. agenter. Flertalet leverantörer av digitala tjänster, t.ex. dokumentationssystem, har agentavtal med Inera.

Applikerat på tredjepartsprodukter skulle avtalskonstruktionen se ut enligt följande:

- Aktör 1 blir agent och tecknar agentavtal med Inera
- Aktör 2 blir agent och tecknar agentavtal med Inera
- VG 1 tecknar kommersiella avtal jämte PUB-avtal med Aktör 1
- VG 2 tecknar kommersiella avtal jämte PUB-avtal med Aktör 2
- VG 1 beställer Aktör 2:s tjänst av Inera samt teckna kundavtal och PUB-avtal med Inera.

VG 2 beställer Aktör 1:s tjänst av Inera samt teckna kundavtal och PUB-avtal med Inera.

Bristen i denna lösning är att alla Ineras avtalsrelationer, oavsett det gäller direktanslutningar eller agentanslutningar, utgår ifrån att det är Inera som tillhandahåller den enskilda tjänsten till kunden. Ineras affärsmodell är att sälja egna tjänster, inte andras tjänster. Agenter traditionella och enda uppgift är därmed att tillhandahålla Ineras tjänst till kunden – inte sin egen. VG 1 och VG 2 kan helt enkelt inte beställa respektive Aktör 1 och 2:s tjänst av Inera eftersom Inera inte förfogar över tjänsten.

Om Inera ska kunna tillhandahålla andra aktörers (tredjepartsleverantörers) tjänster till Ineras kunder behöver tredjepartsleverantörens tjänst på något sätt bli Ineras. Ett alternativ är att Inera upphandlar tredjepartsleverantörens tjänst. Med hänsyn till att Inera måste beakta lagen om offentlig upphandling (LOU) när Inera ska införskaffa tjänster torde leverantören inte kunna erbjuda sin tjänst till Inera helt utan kostnad eller för en symbolisk summa.

Ett annat alternativ där tredjepartsleverantörens tjänst skulle kunna bli Ineras är om exempelvis en ägare av Inera (t.ex. en region) överlåter ett upphandlat avtal om en tjänst (en applikation) till Inera, dvs. överlåter rättigheterna till att nyttja tjänsten. Det förutsätter givetvis att ägarkunden har ett medgivande i sitt avtal med tredjepartsleverantören som motsvarar det som finns i punkten 19 i Ineras Allmänna villkor och som medger att ägarkunden kan överlåta avtalets rättigheter och skyldigheter till Inera.

När tjänsten blivit Ineras, kan Inera tillhandahålla den antingen via direktanslutning eller via agent (tredjepartsleverantören som medgav att ägarkunden fick överlåta avtalet). Om den enskilda tjänsten förutsätter tillgång till Ineras tekniska infrastruktur kan Inera, efter överlåtelse, integrera tredjepartsleverantörens tjänst med Ineras tekniska infrastruktur för att slutligen sälja den till Ineras kunder. Förutsätter den inte tillgång till Ineras tekniska infrastruktur kan Inera istället tillhandahålla Ineras kund tillgång till tjänsten genom att kunden direkt integrerar med Ineras agent (tredjepartsleverantören). Härigenom skulle VG 1 kunna beställa Aktör 2:s tjänst av Inera samt teckna kundavtal och PUB-avtal med Inera, liksom VG 2 beställer Aktör 1:s tjänst av Inera samt teckna kundavtal och PUB-avtal med Inera.

Det finns risker med modellen som behöver utredas vidare. För det första inträder Inera i en helt ny roll som ”återförsäljare eller proxy” av andras tjänster. Det väcker frågor om i vilken utsträckning Inera kan friskriva sig från ansvar i produkten. Någon måste vara garant för säkerheten i produkten, varför utrymmet för Inera att helt friskriva sig från ansvar synes liten. För det andra kan ägarkundens överlåtelse utan vederlag av tjänsten till Inera betraktas som ett kringgående av LOU. Det skulle kunna ifrågasättas som ett förtäckt ”internt” köp när det i själva fallet är en kommersiell tjänst som i normalfallet ska upphandlas av ägarkunderna som Inera tillhandahåller tjänsten till, särskilt om Inera underprissätter tjänsten. Det s.k. Teckal-undantaget i LOU som gör det möjligt för regioner och kommunerna att köpa Ineras tjänster ”över disk” utan upphandling försätts i fara genom en modell där enskilda regionerna överlåter upphandlade kommersiella tjänster till Inera för att därigenom tillhandahållas flera regioner utan upphandling.

6.3.3 Delning av information om listning till privata vårdgivare

I enlighet med redogörelsen ovan (scenario 1) kan det konstateras att samma överväganden gör sig gällande för delning av information om invånares listning via tredjepartsprodukter.

6.3.4 Delning av information om bokade tider, dels hos VG 1 och dels hos VG 2

I enlighet med redogörelsen ovan (scenario 1) kan det konstateras att samma överväganden gör sig gällande för delning av information om invånares bokning via tredjepartsprodukter.

Skillnaden här är att invånaren registrerar själv bokad tid i en tredjepartsprodukt som VG 1 kan tänkas erbjuda och sedan ta del av den bokningen via den applikation som VG 2 erbjuder. Direktåtkomst är en titta-lösning, inte en skriva-lösning. Den enklaste lösningen för att boka tider hos olika vårdgivare som inte har samma leverantör av bokningstjänst är uthoppstjänster, på motsvarande sätt som 1177 erbjuder uthoppstjänst för invånare till regioners regionala bokningstjänster som tillhandahålls av leverantörer. Det kan kräva avtal mellan berörda vårdgivare. Beträffande uthopp från en tredjepartsprodukt till 1177, se avsnitt 5.6.

6.3.5 Ombud

Förstudien har övervägt om en vårdgivare kan agera ombud för en patient vid bokning av tid hos annan vårdgivare.

Scenariot blir följande. En person ringer in till en VG (VG 1) och vill avboka en tid eller få hjälp med att boka en tid hos en annan vårdgivare (VG 2). Kan VG 1 agera som ombud för patienten? Blir det någon skillnad om VG 1 är en privat eller offentlig vårdgivare?

Som utgångspunkt krävs en fullmakt för att någon ska få göra något i en annan persons namn. Regler om fullmakt behandlas främst i 2 kap avtalslagen (1915:218). Den som lämnar fullmakt kallas fullmaktsgivare eller huvudman. Den som får fullmakt kallas fullmaktstagare eller ombud. En fullmakt behöver inte vara utformad på visst sätt för att vara giltig utan både skriftliga och muntliga fullmakter är giltiga. Ur bevishänseende är dock skriftliga fullmakter att föredra. Det kan nämligen vara svårt för en fullmaktstagare att bevisa att man har fått en muntlig fullmakt om detta inte har dokumenterats.

Med behörighet avses vad en fullmaktstagare kan göra och med befogenhet vad en fullmaktstagare får göra. I fullmaktsförhållanden knyts behörigheten till huvudmannens viljeförklaring till fullmaktstagaren och hur detta uppfattas av tredje man, varvid befogenheten utgörs av de åtgärder fullmaktstagaren får göra enligt huvudmannens instruktioner. Förenklat sätt kan man säga att behörigheten är vad som framgår av fullmakten, till exempel att VG 1 har rätt att boka och/eller avboka tider för patientens räkning. Befogenheten kan istället beskrivas som vad VG 1 får göra mot bakgrund av patientens instruktioner, till exempel att VG 1 ska avboka en specifik tid för patientens räkning.

I fullmaktssammanhang brukar man även tala om tredje mans goda respektive onda tro. Med god tro avses att motparten (i detta fall vårdgivaren) inte varit medveten om att fullmaktstagaren agerat i strid med sin behörighet eller befogenhet. Med ond tro avses istället att motparten varit medveten om överskridandet.

Det finns även en möjlighet för en person att utfärda en obegränsad fullmakt, en så kallad generalfullmakt. En sådan fullmakt innebär att ombudet har rätt att vidta samtliga åtgärder som huvudmannen själv får göra. Det ska dock noteras att huvudmannen måste inse och förstå vad fullmakten innebär och får endast ge fullmakt avseende sådana rättshandlingar som huvudmannen själv får vidta. Detta gäller oavsett om fullmakten är obegränsad eller begränsad. Om en person på grund av sjukdom inte förstår vad fullmakten innebär får denne inte heller ställa ut fullmakten. Då kan det istället vara aktuellt med en god man eller förvaltare, som får föra personens talan.

Att huvudmannen endast får ge fullmakt avseende rättshandlingar som huvudmannen själv får vidta har som exempel tagits upp i ett principiellt beslut från Inspektionen för vård och omsorg ("IVO") från den 22 oktober 2015. IVO ansåg att det saknades stöd för att överlåta en patients bestämmanderätt rörande vård och behandling till en annan fysisk person genom en utfärdad

generalfullmakt eftersom denna beslutsrätt inte låg hos patienten, utan hos läkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal. Däremot ansåg IVO att fullmakten hade kunnat läggas till grund för att ombudet skulle få information om planering och uppföljning av den vård som patienten gavs.

Utgångspunkten är att det endast är ett fåtal kategorier av ombud som inte får agera som ombud. Juridiska personer får i regel agera som ombud. Det finns dock undantag till denna regel. Som exempel godtar inte Bolagsverket sedan den 1 juli 2018 fullmakter ställda till en juridisk person. Bolagsverket godtar alltså endast att fysiska personer får vara ombud. Annat gäller för apoteksärenden där det är tillåtet för en patient att ge en vård- och omsorgsenhet fullmakt att utföra patientens apoteksärenden.

En juridisk person är en organisation, t.ex. aktiebolag, handelsbolag, kommuner och regioner. En offentlig vårdgivare kan vara en region eller en kommun och en privat vårdgivare är ofta ett aktiebolag. Med andra ord betraktas både privata och offentliga vårdgivare som juridiska personer och får därför som utgångspunkt agera som ombud.

Bedömning enligt den juridiska analysen i bilaga x är att VG 1 har möjlighet att agera som ombud vad gäller frågan om tidsbokning under förutsättning att patienten förstår vad fullmakten innebär. Samma bedömning gäller oavsett om VG 1 är en privat eller en offentlig vårdgivare.

Detta har bland annat speglats i det refererade IVO-beslutet där det framgår att en patient har rätt att utfärda fullmakt till någon annan avseende åtgärder som patienten själv får besluta om. Med andra ord är det inte tillåtet för patienten att utfärda fullmakt avseende en åtgärd som patienten inte själv får besluta om. Beslut om tidsbokning och avbokning tillhör rimligtvis till sådana kategorier av åtgärder som patienten själv får besluta om.

E-hälsomyndigheten erbjuder möjligheten för en individ att lämna fullmakt till annan att hämta ut läkemedel genom att logga in med e-legitimation i den digitala tjänsten Läkemedelskollen. Det finns även möjlighet för individen att fylla i en blankett och lämna in den hos närmaste apotek. Enligt Ineras bedömning bör även fullmakter avseende tidsbokning och avbokning kunna registreras på motsvarande sätt hos 1177 Vårdguidens e-tjänster, dvs. genom att patienten antingen lämnar fullmakten digitalt via e-tjänst eller fyller i en blankett som därefter skickas till Inera.

6.4 Fortsatt analys av behovsscenario

Initialt i rapporten presenterades följande generella behovsscenario:

1. Behovsscenario ”Hämta patientinformation
2. Behovsscenario ”Hämta brukarinformation
3. Behovsscenario ”Hämta grunddata”
4. Behovsscenario ”Skriva information”
5. Sammansatt behovsscenario
6. Övriga behov

Ovan har enbart olika aspekter på scenario1 belysts ur ett juridiskt perspektiv. Det återstår fortfarande att titta närmare på juridiken kring behovsscenario 2-6.

För kommuner som hanterar hälso- och sjukvård så faller de också in under det juridiska resonemang som har presenterat ovan. Om det däremot är andra lagrum som blandas in i

scenarion, såsom Socialtjänstlagen, kommer den juridiska analysen att se annorlunda ut. Avtalsstrukturen kan troligtvis dock behållas.

7 Varumärkesaspekter

Sveriges regioner samverkar kring det gemensamma varumärket 1177 Vårdguiden och använder det som en del av sin kommunikation med invånare inom området hälsa, vård och omsorg. Under året har ett arbete skett för att se över regelverken runt varumärket och nya principer har nu beslutats. Syftet var att underlätta för en bredare användning regionalt och lokalt av både varumärket 1177 Vårdguiden och tjänsterna som ingår i konceptet. Exempelvis ska möjligheterna för regionerna att använda varumärket på egna appar och portaler belysas och även hur användning får ske av exempelvis privata vårdgivare som är offentligfinansierade. Förändringarna ska göras utan att äventyra det höga förtroendet som 1177

Sveriges kommuner bedriver också hälso- och sjukvård, vilket gör kommunerna till nya möjliga användare och avsändare till varumärket. Alla förändringar av hur varumärket används görs på uppdrag av regioner och kommuner med invånarens behov i fokus.

De principer som styr hur varumärket 1177 Vårdguiden får användas utgår ifrån ett invånarperspektiv och från det värde som den offentligfinansierade hälso- och sjukvården står för. 1177 Vårdguiden signalerar därmed en god och jämlik tillgång till hälsa, vård och omsorg tillsammans med konkurrensneutral information och vägledning till rätt vård i rätt tid.

1177 Vårdguiden står också för tillgången till en samlad överblick över invånarens personliga information, oavsett vilken vård- eller omsorgsgivare som har skapat informationen.

1177 Vårdguidens varumärke kan därmed användas som en kvalitetsmärkning och ett tecken på igenkänning och pålitlighet, under vissa förutsättningar.

Principer för hur varumärket 1177 Vårdguiden får användas i digitala tjänster är att Varumärket 1177 Vårdguiden får, tillsammans med det egna varumärket, användas i regioners och kommuners upphandlade eller egenutvecklade digitala tjänster inom området hälso- och sjukvård, som riktar sig till invånare. Detta under förutsättning att huvudmannen för hälso- och sjukvård, en region eller en kommun, ansvarar för att vården som bedrivs via den digitala tjänsten är förenlig med hälso- och sjukvårdslagen samt uppfyller de kvalitetskrav för exempelvis informationssäkerhet och personuppgiftshantering som huvudmannen ställer samt att invånaren ska kunna hitta den digitala tjänsten på 1177.se och få information om vad tjänsten innehåller. Om tjänsten genererar journalinformation ska invånaren i efterhand kunna på sin personliga information via Journalen på 1177.se. Om detta krav inte kan uppfyllas direkt ska huvudmannen ha en tidplan för när detta kan ske för att få använda varumärket i den digitala tjänsten.

8 Möjliga vägar fram

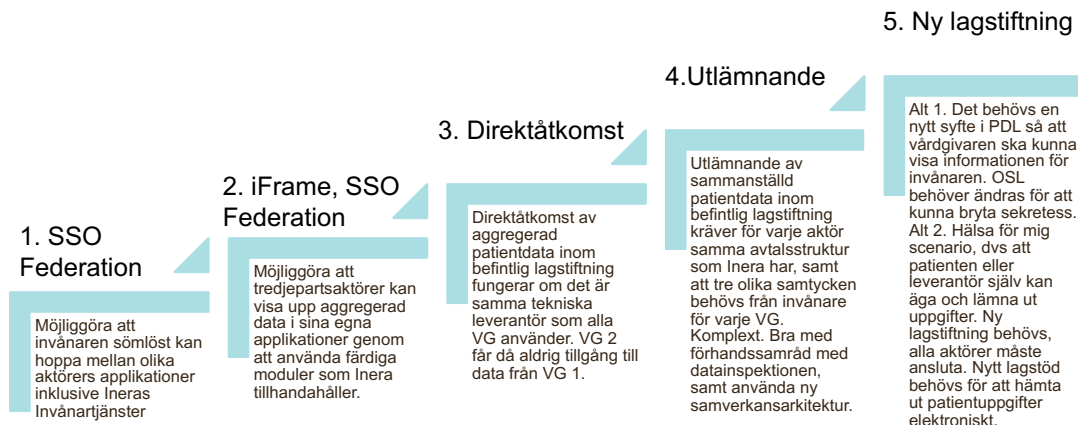
Behovsbilden som vi har sammanställt har stor spännvidd från relativt enkla behov som vi redan idag kan lösa med ganska små medel till lösningar som kräver omfattande utredningar och finansiering eller till och med lagförändringar. Fokus har här lagts på att förstå vad som är nästa

steg utifrån våra sex olika behovsscenario. I många fall kommer det att krävs vidare utredningar men omfattningen på utredningarna kommer att vara väldigt varierande.

8.1 Möjliga vägar för att hämta patientinformation

Informationen i detta avsnitt gäller sannolikt även behovsscenario 2: Hämta Socialtjänstinformation, eftersom offentlighets- och sekretesslagen omfattar båda dessa verksamheter och gör det svårt att sammanställa och dela information mellan olika parter.

För att skapa en överskådlighet har de olika lösningsvarianterna sammanställts i en trappstegsmodell där de lägsta stegen är det som är enklast att genomföra och högre upp i trappan blir det dyrare/svårare/tar längre tid.



1 – SSO – Federation som möjliggör för invånaren att sömlöst hoppa mellan tredjepartsaktörernas produkter och 1177 Invånartjänster för att exempelvis kunna hoppa ut till sammanställda bokade tider. Detta kräver:

- En utredning om tredjepartsaktörer får använda 1177 Vårdguidens inloggning och vad som då krävs ur säkerhets- varumärkes- och avtalsperspektiv. Beträffande frågan om avtal är det inte uteslutet att personuppgiftsansvariga regioner och vårdgivare som invånaren ”hoppa mellan” via 1177 behöver datadelningsavtal mellan sig som reglerar personuppgiftsansvarets övergång, säkerhetsprotokoll samt avvikelserutiner. Här måste regioner och kommuner sannolikt ge Inera ett uppdrag om att göra detta.
- Utredda om det är ok om andra aktörers inloggningar får ingå i federation med 1177 Vårdguidens inloggning. Exempel på inloggningar som skulle kunna vara intressanta för detta är olika regioner, kommuners eller privata vårdaktörers egen inloggning
- Att om a och/eller b är möjliga behöver vi utreda hur invånaren tydligt informeras att hen ”loggar in med 1177 Vårdguidens inloggning” även i en extern applikation (Kry, Capio, Region Skåne) och hen då har tillgång till alla tjänster som ingår i inloggningsfederationen.

2 – iFrame-paketering av tjänster innebär att tredjepartsaktörer i sin egen applikation kan lägga till moduler med paketerad information av det som finns i 1177 Vårdguiden som Inera tillhandahåller. Denna lösning innebär att ingen data lämnas över till en tredjepartsaktör, utan det är fortfarande Inera som har det fulla ansvaret som PUB. Exempel på data som kan visas upp på detta sätt är bokade tider, provsvar och högkostnadsbelopp.

- Detta förutsätter att punkt 1 genomförs först.
- Detta kräver en ny teknisk arkitektur för de informationsmängder som ska lämnas ut på detta sätt.
- Det är viktigt att det tydligt framgår att informationen tillhandahålls av 1177 Vårdguiden/Inera och att man per informationspost kan visa vilken vårdgivare som har personuppgiftsansvaret för posten. Detta blir extra viktigt när även kommunal information visas i journalen så att invånaren lätt kan se vem som har ansvaret.

3 – Enskild direktåtkomst från samma tekniska system. Om alla vårdgivare upphandlar samma aktör så kan sammanställd vårddokumentation tillgängliggöras för invånaren i varje leverantörs applikation via direktåtkomst.

- Två eller flera vårdgivare har samma leverantör, Inera blir inte inblandad utan varje VG tillåter att vårddokumentationen tillgängliggörs via enskild direktåtkomst i appen.
- Observera dock att patienten bara får den informationen som de vårdgivare har, som använder samma tekniska lösning för visning av vårddokumentationen.

4 – Utlämning av sammanställda patientdata – dagens lagstiftning. Dessa lösningar har stor komplexitet och sannolikt mycket stora kostnader för att hantera avtal och/eller samtycken. En kostnads-nyttoanalys bör göras först av allt innan man väljer variant 1, 2 eller 3.

- Variant 1: Det går att avtala om utlämnande av patientuppgifter. Utred om detta kan lösas genom avtal där Inera utvecklar en avtalshub som möjliggör många-till-många avtal. Denna avtalshub måste sedan tekniskt kopplas till infrastrukturen så att förändringar i avtal, certifieringar och godkännande kan automatiseras och eventuell e-tjänsterna för att invånaren ska kunna få insyn.
- Variant 2: Att prova att för en mindre datamängd (exempelvis bokade tider) använda samtycken för utlämning. Förhandssamråd med Integritetsskyddsmyndigheten kommer att behövas för denna lösning.
- Variant 3: Alla leverantörer tecknar så kallade agentavtal med Inera samt att Inera tecknar kundavtal och PUB-avtal med leverantörernas kunder. Vidare att varje region och kommun överläter rättigheterna till applikationerna med leverantörernas godkännande till Inera så att Inera kan sälja tjänsten åt landets regioner och kommuner samt andra vårdgivare så att deras anlitade och upphandlade leverantörer kan producera och konsumera invånaruppgifter mellan varandra. Lösningen behöver utreda förutsättningarna med utgångspunkt från kommunala kompetensprinciper och lagen om offentlig upphandling, särskilt Teckal-undantaget.

Oavsett vald variant kommer lösningen ha en hög komplexitet och det kommer vara många regler som avgör om information kan lämnas ut. Detta kräver på ett eller annat sätt att avtal, certifieringar, samtycken och andra typer av godkännanden digitaliseras och automatiseras genom att policy-och regelmotorer läggs till i en nationella interoperabilitetsarkitekturen enligt referensarkitekturen för IAM och Samverkansarkitekturen 2.0.

5 – Förändrad lagstiftning

- Variant 1: Hälsa för mig-likande funktionalitet som möjliggör för invånare att själv prenumera på vårdokumentation hos regioner, kommuner och enskilda vårdgivare samt dela denna dokumentation med en vårdgivare eller annan tredje part.
- Variant 2: Ändringar i OSL som medger att man kan bryta sekretess mellan olika vårdgivare samt ändring i 2 kap. 4 § PDL som lägger till ändamålet att en vårdgivare får dela information som de fått från en annan vårdgivare med invånaren.

8.2 Möjliga vägar för att hämta grunddata (behovsscenario 2)

Om tredjepartsleverantören har ett avtal med en region eller kommun ska det vara möjligt att som agent kunna ta del av att de informationsmängder som Inera förvaltar.

- Utveckla möjlighet för tredjepartsleverantörer att ansluta till Ineras informationsmängder och tjänster via REST-api enligt de mönster som finns i referensarkitekturen för IAM och Samverkansarkitekturen 2.0. Detta innebär att Inera IdP behöver utvecklas. Detta blir ett av de första stegen mot samverkansarkitektur 2.0.
- Ombud är en särskilt viktig informationsmängd. Här kan det vara så att vägen framåt är olika typer av ombud med olika rättigheter. Tillsatt utredning för teknisk arkitektur direkt när laglig möjlighet finns för ombud.
- Tjänstepaketerna och agentifiera fler informationsmängder. Prioriterat ur perspektivet att ansluta tredjepartsprodukter till Ineras infrastruktur är att agentifiera säkerhetstjänster särskilt spärr, PU-tjänsten, utbud och ombud.
- Verka för en större anslutning och mer information till NPÖ och Journalentjänsterna. Tjänsterna får större nytta för tredjepartsaktörer och invånare med mer information. En viktig sak här är att balansera invånarens integritet och kontroll vilket kan innebära att även tjänsterna för spärr och samtycke behöver byggas ut och göras enklare för invånaren.
- Digitalisera och snabba anslutningsprocesserna.
- Öka övervakning och spårbarheten för våra informationsmängder

Finlands lösning Kanta

Finland har valt en egen väg där man har en statligt förvaltnad lösning för e-hälsa, Kanta. Kanta är idag lite av ett mellanting mellan Ineras leverans och E-hälsomyndighetens leverans och innehåller funktionalitet som gör det möjligt att föra över hälso- och socialtjänstdata mellan olika aktörer, ge invånaren insyn (journal och recept) och kontroll (samtycken och spärrar) samt arkivfunktionalitet. Precis just nu utvecklas även en modul i Kanta för invånarens egen data som hen har möjlighet att dela med hälso- och sjukvård, modulen liknar initiativet Hälsa för mig som e-hälsomyndigheten bedrev tidigare.

Det är uttalat i både lag och strategiska dokument att det är i Kanta som invånaren ser sin sammanställning av hälso- och sjukvårdsdata. Data förs endast över till en vårdgivare för ändamålet att ge en god och säker vård, inte för att visas upp för invånaren.

En stor skillnad mot Sverige är att man i Finland lagstiftat en skyldighet att vårdgivare och verksamheter inom socialtjänst ska leverera in sin data till Kanta. I Sverige sker detta på frivillig basis av vårdgivare. Det blir problem i dag i både Journalen och NPÖ att alla aktörer inte delar sin data med invånare och andra vårdgivare, vilka då inte har en fullständig bild av den vård som har givits.

En annan skillnad mellan Sverige och Finland är att Finland samlar in alla data och lagrar, distribuerar och arkiverar den centralt med det uttryckliga ändamålet att effektivisera hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Vid årsskiftet 2020/2021 kommer lagen i Finland ändras så att om invånaren samtyckt till sammanhållen journalföring i Kanta kommer alla invånarens uppgifter automatiskt delas mellan hälso- och sjukvårdsenheter samt från en socialvårdsorganisation till en annan, om inte invånaren har förbjudit uppgifterna att lämnas ut.

Vår slutsats är att en lösning som Kanta inte primärt löser de behov som tagits upp i denna rapport. Kanta skulle dock kunna underlätta andra behov, såsom vidarenyttjande av data, eller behov av arkivfunktion.

Bilageförteckning

Bilaga	Kort beskrivning
Bilaga 1	Inriktning för regionala respektive centrala tjänster
Bilaga 2	Fördjupad behovsbeskrivning av inkomna behov
Bilaga 3	Analys av potentiella lösningar (Separat dokument – ej klart)
Bilaga 4	Juridisk utredning: Tredje part Slutversion_Delphis justeringar v2 (separat dokument)

9 Bilaga - Inriktning för regionala respektive centrala tjänster

För att kunna positionera hur anslutning av *tredjepartsprodukter för invånare* till Ineras infrastruktur och tjänster skall förhålla sig till Ineras övriga tjänsteutbud är det viktigt att också förstå den tjänsteportfölj som finns och sätta en inriktning framöver.

De digitala vårdtjänster för invånare som utvecklas och förvaltas nationellt under samlingsnamnet 1177 Vårdguidens e-tjänster är tjänster som gradvis uppstått under en tjugoårsperiod. De är av olika karaktär och saknar en strategisk produktstyrning.

Huvuddelen av tjänsterna togs fram tidigt i perioden under namnet Mina vårdkontakter, i en tid då det nästan helt saknades digitala invånartjänster i vården. Exempel på dessa tidiga tjänster är säker ärendehantering mellan invånare och en specifik vårdenheter, som att kunna skicka en förfrågan om en tid eller ett förnyat recept, och få ett svar tillbaka. Exempel på tjänster som kommit till senare under tjugoårsperioden är möjligheten för invånare att se sin egen journalinformation på nätet.

För att hanteringen av tjänster för invånare skall bli rationell och effektiv för regioner och kommuner, samtidigt som invånaren skall känna sig trygg i vad som erbjuds och vart man kan vända sig med frågor, så är det viktigt att lägga fast en inriktning för var utveckling skall ske av förändrade eller nya invånartjänster de kommande åren. Det ett par tydliga anledningar till att det just nu är relevant att ta fram en strategisk inriktning för tjänsterna.

- Det sker just nu en kraftigt ökad digitalisering inom vården med tjänster där patienten är medaktör.
- Regionerna står inför implementering av nya vårdinformationsmiljöer.
- Det finns en framtagen och accepterad målbild för första linjens vård och 1177 Vårdguidens roll.
- Inera har en ny femårig strategi som ger stöd för inriktning.

Den inriktning som föreslås i detta dokument skulle kunna användas som guide för långsiktig hantering av utveckling och förvaltning av 1177 Vårdguidens e-tjänster. Inriktningen tar även höjd för framtida tjänster och kan därför också användas som stöd för sjukvårdshuvudmännens egna strategier för digitala vårdtjänster. Inriktningen omfattar begreppet 1177 Vårdguidens e-tjänster som utvecklas och förvaltas nationellt av Inera, oavsett om de kräver inloggning eller

inte. Fokus ligger på att, utifrån den kunskap vi har idag, beskriva vilka tjänster som det på lång sikt kan vara rationellt och effektivt för vård- och omsorgsgivarna att förvalta och utveckla gemensamt, nationellt och vad som bäst utvecklas och förvaltas regionalt.

9.1 En framtida inriktning ska bidra till nytta för olika målgrupper

En framtida inriktning för 1177 Vårdguidens e-tjänster tar sin utgångspunkt i synen på patienten som medaktör i sin vård och omsorg. Inriktningen bygger på det faktum att digitala verktyg och tjänster i allt högre utsträckning är en del av vårdens kärnverksamhet. En överenskommen inriktning ska skapa nytta för både användarna, det vill säga både invånare och vårdpersonal, och för verksamheten samt för beslut på både nationell och lokal nivå kring ny- och vidareutveckling av funktioner och digitala verktyg och tjänster.

För invånaren ska inriktningen bidra till:

- Att det ska vara enkelt och säkert att få vägledning till rätt kompetens inom vård och omsorg, oavsett var man befinner sig och oavsett vårdgivare. Vägledningen ska fungera fram till påbörjad vårdkontakt, det vill säga antingen ett bokat eller påbörjat besök, digitalt eller fysiskt. Principer som det fria vårdvalet gäller
- Att det finns en samlingsplats där all patientinformation som finns om en person i olika vårdgivares system är nåbar för personen på ett tillgängligt och säkert sätt. För den stora mängd invånare som får vård och omsorg via både kommunal- och landstingsfinansierade aktörer och för dem som bor i gränsområden och har vårdkontakter i flera landsting/regioner blir den samlade överblicken annars svår att få.
- Att möjligheten att nå digital vård förstärks för individen och information som lämnas tidigt i vårdprocessen ska kunna följa individen även när olika vårdgivare är aktörer i en och samma vårdprocess.

För vårdpersonalen ska inriktningen bidra till:

- effektiva, patientsäkra, verksamhetsanpassade digitala verktyg och system som underlättar kommunikation med patienten och till exempel minimerar dubbeldokumentation och extra administration.
- fler och nya enkla och lättillgängliga digitala verktyg som skapar utökade möjligheter till digital vård

För verksamheten i landsting, regioner och kommuner ska inriktningen bidra till:

- stöd för anskaffning genom
 - › att fler verksamhetsanpassade system kan interagera med och i vårdens och omsorgens digitala ekosystem
 - › gemensamma kravbibliotek med beskrivningar av överenskomna standarder och riktlinjer för att underlätta anskaffning av digitala verktyg, system och tjänster med användarens (invånaren och vårdpersonalens) behov i fokus, inte organisationens

För Inera ska inriktningen bidra till:

- En roadmap på lång sikt och ett tydligare fokus på vilka (nya) typer av tjänster som Inera och dess programråd i framtiden ska lägga mest resurser på

- Input till operativa och taktiska beslut om vilka nationella tjänster och verktyg som ska ingå i ett nationellt basutbud respektive kunna vara valbara i exempelvis olika kundsegment

9.2 Målbild för första linjens vård och 1177 Vårdguidens roll



I juni 2018 tog Ineras styrelse ett beslut om att anta den Målbild för första linjens vård och 1177 Vårdguiden som formulerats under våren 2018 av Inera, i dialog med representanter för landsting och regioner. Målbilden ska vara vägledande när beslut tas om exempelvis organisationsformer och digitala stödsystem inom första linjens vård, både på lokal huvudmannanivå och på nationell samverkansnivå.

Målbilden uttrycker bland annat att 1177 Vårdguiden ska erbjuda invånare:

- En första väg in i vården via olika digitala kanaler, oavsett alternativa vägar och kanaler som vårdgivare också erbjuder.
- Ett sammanhängande ärendeflöde vid en hälsofråga, oavsett vilka vårdgivare som blir involverade i ärendet.
- Lotsning fram till påbörjad digital vård med rätt personalkompetens när det är relevant, och till att kunna boka ett fysiskt vårdmöte själv, efter bedömt behov.
- En samlingsplats för överblick över alla hälso-, vård- och omsorgsärenden samt all personlig hälsoinformation från vårdgivares olika system.

Den första punkten inleds med att beskriva ambitionen att fortsätta vara en första väg in i vården, en ställning som arbetats upp under många år då det inte har funnits så många andra digitala vägar in. Detta är på väg att förändras så i samma punkt nämns alternativa vägar och kanaler som vårdgivare erbjuder som likvärdiga. För just första linjens vård, då invånaren inte alltid har en etablerad väg in i vården för sin aktuella hälsofråga, kan 1177 Vårdguiden som ingång spela en viktig roll. Det kan upplevas som enkelt och tryggt att det finns en ingång som redan är känd och lätt att hitta till. I pågående vård, då det finns en etablerad kontakt mellan invånare och vårdgivare, är det troligt att invånaren kommer erbjudas flera olika ingångar och tjänster av vårdgivarna.

De övriga tre punkterna beskriver ett nationellt perspektiv på ett fullständigt vårdutbud, guidning till rätt vård och möjlighet till överblick över all sin personliga vårdinformation. Det

finns i nuläget ingen självklar annan aktör än Inera som kan erbjuda nationella invånartjänster av detta slag, dels på grund av juridiska och avtalsmässiga krav. I ett lokalt eller regionalt perspektiv kan däremot många andra erbjuda samma sak, och i dessa fall är 1177 Vårdguiden ett nationellt komplement, inte en konkurrent.

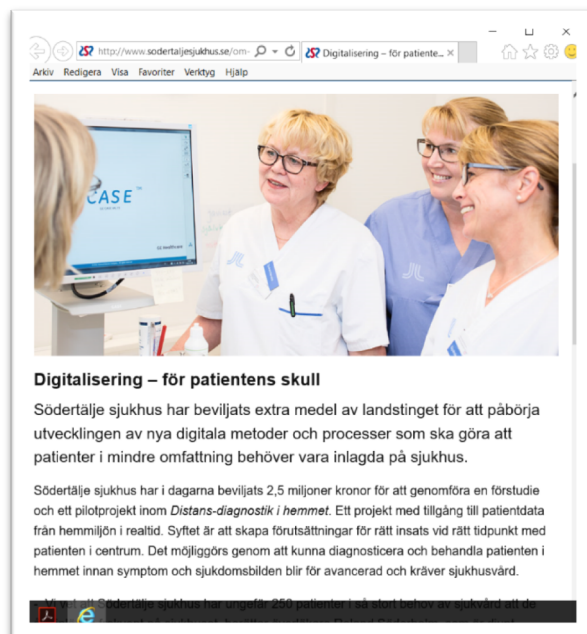
Det finns alltså en unik uppgift för 1177 Vårdguiden som bör prioriteras i den kommande utvecklingen. Det är att med stöd i det fria vårdvalet kunna guida invånaren fram till ett heltäckande nationellt vårdutbud, liksom att erbjuda invånaren en samlingsplats för den vårdinformation som genereras vid olika vårdkontakter, oavsett var och av vilken aktör. Detta bör vara huvuduppgiften som långsiktigt kan ligga till grund för de prioriteringar av vilka digitala invånartjänster 1177 Vårdguiden ska ansvara för nationellt och hur de, och webbplatsen som helhet, ska utformas.

Parallellt med 1177 Vårdguiden är det positivt att se hur digitala vårdtjänster, där invånaren är medaktör, nu tar form och rullas ut på bred front inom hälso- och sjukvården. En aktuell omvärldsbevakning visar ett helt annat digitalt landskap än tidigare, vilket gör att även kartan måste ritas om. Dels handlar det om att upphandlingar av stora nya vårdinformationssystem börjar bli klara, men också om att det finns en stor mängd mindre digitala system och tjänster för vårdgivare att använda sig av.

9.2.1 Nya vårdinformationssystem med invånarfokus

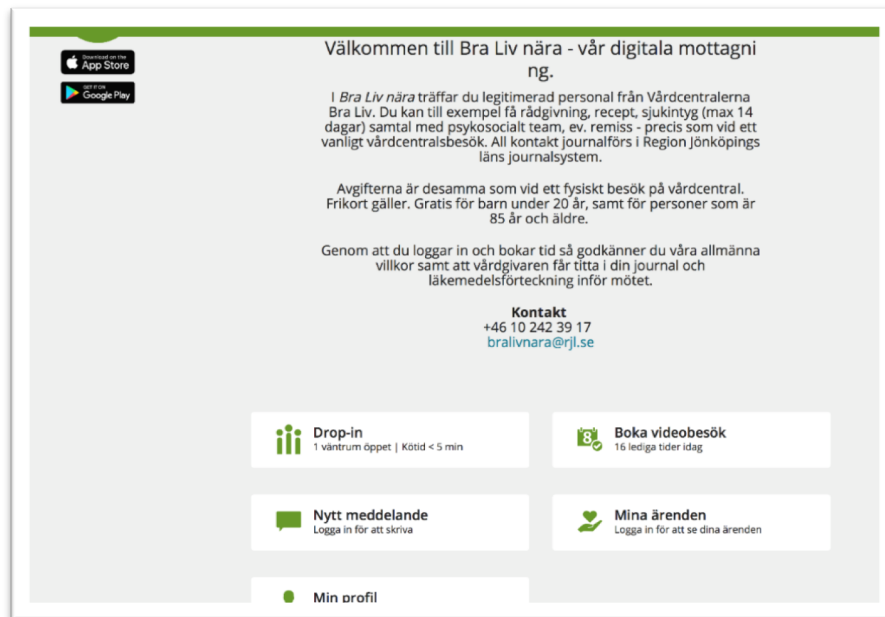
Flertalet av landets regioner planerar att byta ut sina vårdinformationssystem inom de kommande åren. Det är troligt att moderna vårdinformationssystem med inbyggda invånartjänster på sikt kommer att ersätta vissa av de e-tjänster som i dagsläget drivs av Inera. Det handlar framför allt om en enklare och effektivare arbetsmiljö för vårdpersonalen. Ju mer digital vård blir kärnverksamhet, desto mer behöver arbetsredskapen vara anpassade för vårdpersonalens dagliga arbete. Ärendehantering i 1177 Vårdguidens e-tjänster är inte integrerad med vårdgivarnas lokala system, vilket gör att personalen manuellt måste kopiera över information mellan olika system, exempelvis tider som ska läggas in i en tidbok och information som ska journalföras. De nya vårdgivarsystem som har egna invånartjänster blir effektivare att arbeta i. Fördelen för invånare är att man sannolikt enklare och snabbare får kontakt med sin aktuella vårdgivare. Att landsting och regioner fullt ut vill använda de nya system som de investerar stora summor i är rimligt och leder troligen till att skynda på utvecklingen av digitala vårdprocesser och därmed till att kunna hämta hem effekterna som beskrivs i målbilden.

Först nu börjar hälso- och sjukvården på allvar att betrakta digital vård som kärnverksamhet, där digitala stödsystem bör utformas utifrån huvudmannens egna behov och processer för att fungera optimalt. Därför är det läge att se över de nationellt framtagna digitala tjänsterna och analysera hur och i vilka situationer de gör mest nytta.



9.2.2 En flora av digitala vårdtjänster på marknaden

Förutom de stora vårdinformationssystemen finns numera andra mindre digitala verktyg på marknaden. Det hänger framför allt ihop med att appar för mobila lösningar utvecklats. Flera landsting och regioner använder sig av privata leverantörer för mobila lösningar som utformas med landstingets utseende och avsändare och som marknadsförs som mobila vårdcentraler eller ungdomsmottagningar. Det finns också flera privata vårdföretag som marknadsför liknande tjänster under egna namn.



9.3 Ineras strategi – Vårt digitala bidrag, 2020-2025

I Ineras strategi beskrivs det som är Ineras relation till sina ägare och som styr realisering av målbilder och underliggande strategier.

”Ineras roll är att vara den nationellt sammanhållande parten inom en snabbt föränderlig sektor. Genom Inera kan marknads möjligheter utnyttjas bättre för att leverera effektiva lösningar till låga kostnader. Ineras egen verksamhet och utvecklade lösningar ska inskränka sig till att över tid säkerställa tillgången till marknads konkurrenssituation och innovationer....Inera ska eftersträva att samtliga utförare och andra kompletterande tjänster ges möjlighet att nyttja informationen....Inera har en kärnverksamhet bestående av digital infrastruktur och arkitektur. Det är bolagets fokus och prioriterade verksamhet. Kärnverksamheten är den som skapar högst nytta om den görs gemensamt nationellt.”

Med grund i strategin samt trender i omvärlden och i målbilden för första linjens vård kan en inriktning och plan för framtida hantering av olika e-tjänster inom 1177 Vårdguiden formuleras. Syftet är att använda skattemedel så effektivt som möjligt genom att i första hand utveckla och förvalta tjänster som är centrala för 1177 Vårdguidens nationella roll i målbilden och i andra hand e-tjänster som Ineras ägare av olika skäl vill att Inera utvecklar och förvaltar gemensamma lösningar för. Ett skäl kan till exempel vara att en konstellation av ägare ännu inte har upphandlat eller utvecklat egna digitala vårdlösningar för sin kärnverksamhet.

Om man tar exemplet ärendehantering som finns i 1177 Vårdguidens e-tjänster så kan en sådan tjänst gradvis förlora sin betydelse hos regioner i takt med att deras egna verksamhetssystem tar över funktionaliteten. Samtidigt kanske delar av den nya kundgruppen kommuner kan ha behov av gemensamma lösningar för säker meddelandehantering där tjänsten kan återanvändas, vilket gör att den får en längre livslängd.

9.4 Nuläge och behov av förflyttning

1177 Vårdguidens e-tjänster består i dagsläget av ett diversifierat tjänsteutbud som vuxit fram organiskt under en tjugoårsperiod. Användningen av tjänsterna varierar mellan landsting och regioner och även mellan vårdenheter inom landsting och regioner. Ett exempel på tjänst med låg användning är möjligheten för invånare att själv boka tid på nätet. Relativt få tider görs bokningsbara via webbtidbokningen i 1177 Vårdguidens inloggade sidor. Samtidigt som till exempel den snabba framväxten av privata nätläkartjänster där tillgängligheten är högre, kan sägas visa att många invånare uppskattar att boka tid via webben. Tjänsten för webbtidbokning är ett exempel på hur svårt det är med genomslag för en nationell, gemensam tjänst då många lokala huvudmän behöver enas om användningen, samtidigt som själva tjänstens innehåll har en stark koppling till lokala processer och lokal bemanning.

Tjänsten Journalen hade inledningsvis problem med enighet, vilket gjorde att det tog tid för huvudmännen att komma överens om och tillämpa ett ramverk för tjänsten. Nu finns ett sådant ramverk. Det finns inte samma koppling till lokala arbetsprocesser för att Journalen ska ge nytta för invånaren. Journalinformation skapas som en del av vårdens processer. Att invånaren i efterhand ska kunna se informationen är inte beroende av en vårdprocess, utan det kräver bara en inledande acceptans för tjänsten.

Ett kriterium för bedömning av ifall tjänster bäst förvaltas nationellt eller lokalt kan alltså vara i vilken grad de är integrerade med lokala verksamhetsprocesser som kräver lokalt anpassade lösningar. När målbilden för första linjens vård realiserats kommer nya informationsmängder att behöva diskuteras, utöver sådant som redan finns i tjänster som journalinformation, läkemedelsinformation och bokade tider. Det är information som har med nya digitala arbetssätt att göra, till exempel invånarens symtombeskrivning, digital anamnes, bedömning och hänvisning. Var sådana tjänster bäst utvecklas och förvaltas, om det är i lokala vårdssystem eller i nationella gemensamma lösningar, behöver analyseras. Inriktningen som beskrivs i detta dokument är ett första steg i en sådan analys. Huvudfokus för inriktningen är en övergripande diskussion om nationella och gemensamt förvaltade invånartjänster, i dagsläget 1177 Vårdguidens e-tjänster.

En mer taktisk och operativ beslutsprocess om enskilda tjänsters framtid behöver hanteras ur flera aspekter. Detta dokument kan användas som stöd i en sådan process.

9.5 Nationella tjänsters roll i framtida ekosystem

När det växer fram ett stort utbud av lokala digitala vårdtjänster som erbjuder både patientingångar och digital vård är det relevant att ställa frågan vad en nationell tjänst som dagens 1177 Vårdguiden ska spela för roll i det framtida ekosystemet. Om man för ett ögonblick tänker bort 1177 Vårdguiden så uppstår bilden av ett ekosystem med en mängd olika digitala tjänster. Varje enskild vårdkontakt fungerar, och inom ett landsting eller en region kan också regionala överblickar erbjudas för regionens invånare. Men för den stora mängd invånare

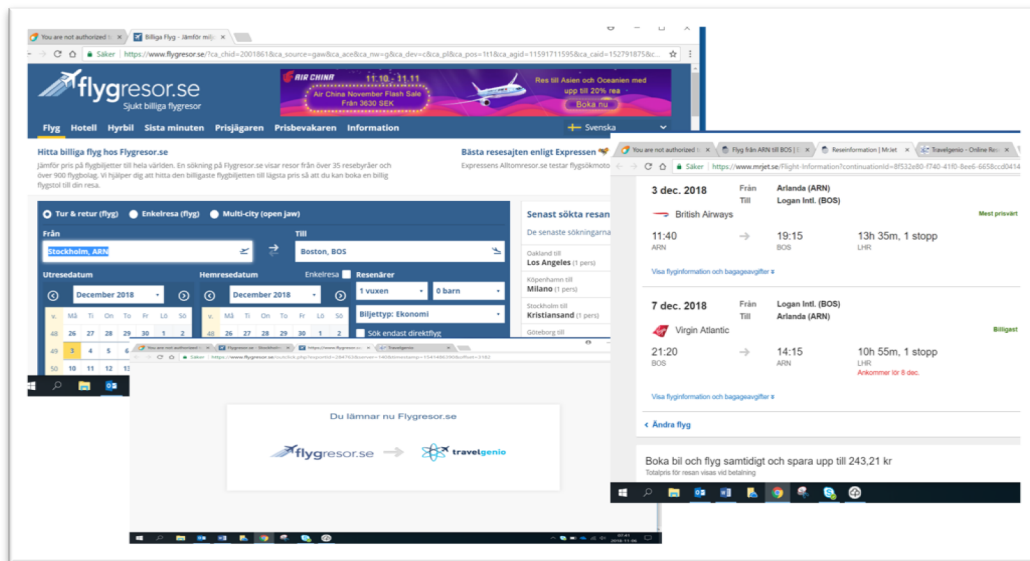
som bor i gränsområden och har vårdkontakter i flera landsting/regioner blir den samlade överblicken svår att få om ingen aktör erbjuder detta. Det fria vårdvalet blir också svårare för invånaren att utöva om det inte finns någon aktör som neutralt visar upp det fullständiga skattefinansierade vårdutbudet, oavsett utförare.



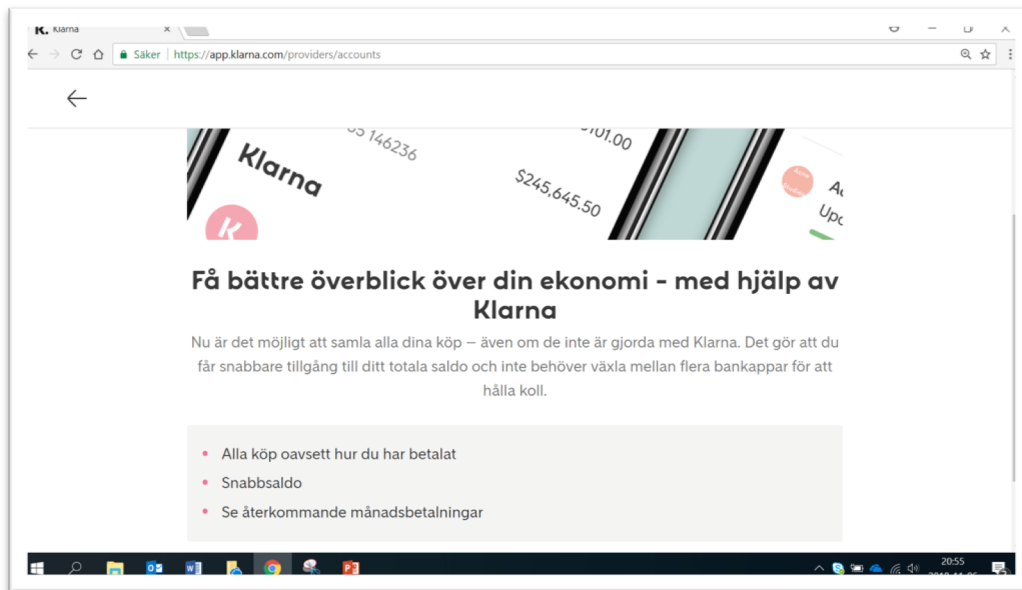
Man kan uttrycka det som att 1177 Vårdguiden skulle behöva uppstå igen som svar på önskemålen:

- En plats/tjänst där invånaren kan hitta och få vägledning till ett fullständigt nationellt vårdutbud
- En plats/tjänst där invånaren kan få en fullständig överblick över all sin personliga information som genererats av olika vårdkontakter, oavsett var i landet eller med vilken vårdgivare?

Två exempel från andra branscher som belyser dessa två punkter är flygresebokningar och betalningstjänster. Exempel:



Exempel Flygresebokningar: Jag söker ram lämplig resa via en samlingstjänst. När jag valt en specifik resa att boka slussas jag till det valda flygbolagets sida för att genomföra bokningen



Exempel betalningstjänst: Här kan jag se både obetalda och betalda fakturor från olika leverantörer – ett ställe, ett inlogg för mig som ska betala

9.6 Indelning i fyra funktionsområden

Ett verktyg för att göra en analys av befintliga och möjliga framtida e-tjänster är att se över vilka olika typer av digitala tjänster som finns. I det här arbetet har vi utgått från tjänsternas syfte. Det har resulterat i en uppdelning i fyra olika funktionsområden. Det är en grov indelning, tänkt att ge stöd i följande analyser och beskrivningar. Varje funktionsområde kan bedömas för

sig utifrån olika utgångspunkter, exempelvis målbilden. När en separat tjänst behöver diskuteras kan den först sorteras in under ett funktionsområde och diskuteras utifrån områdets beskrivna roll i ett totalt digitalt tjänsteutbud. En befintlig tjänst kan förstås erbjuda funktioner som finns i mer än ett funktionsområde.

De föreslagna funktionsområdena är:



Ett exempel på hur ett par av dagens e-tjänster på 1177 Vårdguiden kan sorteras in:



9.7 Vad görs bäst nationellt?

Målbildens beskrivning av 1177 Vårdguidens framtida roll ger ett ökat fokus på funktioner som invånarens samlade överblick över sin information och vägledning till hela vårdutbudet, med utgångspunkt i det fria vårdvalet och i jämlik vård. Översikter som visar upp patientinformation oberoende av vårdgivare och region är väsentligt för att ge invånaren nödvändig överblick. Att kunna visa upp patientinformation från alla vårdgivare och huvudmän kräver att man tecknat personuppgiftsbiträdesavtal med alla personuppgiftsansvariga. Inera har strukturen och legala ramverket för att kunna göra detta.

Vissa av dagens tjänster, som ett nationellt invånarkonto med en inkorg och möjlighet att ta del av sin journalinformation, blir centrala för 1177 Vårdguiden, eftersom de realiserar delar av målbilden som andra aktörer inte hanterar. Andra tjänster, som att boka tid, fylla i ett formulär inför ett besök hos en specifik vårdgivare eller efterfråga receptförnyelse, kan andra leverantörer erbjuda när vården digitaliserar sina processer. Om en tjänst berör något som görs som en del av en lokal verksamhetsprocess, och där det krävs tät integration mot ett lokalt verksamhetssystem, är det enklare och förmodligen effektivare att tjänsten krävställd, utvecklas och bedrivs lokalt än att den lyfts till en nationell tjänst som kräver standardiserade processer och generaliseringar. Samtidigt kan det finnas processer som man är överens om bör ensas och då kan sjukvårdshuvudmännen välja att stödja den ensningen genom nationella, gemensamt framtagna, digitala vårdtjänster.

Det finns flera sätt att värdera tjänster på i en diskussion om deras framtid. En viss tjänst kanske behöver drivas nationellt, eftersom det saknas lokala förutsättningar i vissa, eller alla landsting/regioner. Inera kommer kanske att behöva vara en tjänsteleverantör som garanterar vissa tjänster, om det inte finns marknadslösningar som tar över. Detta kan vara en uttalad strategi. Det kräver dock att finansieringsmodeller anpassas efter ett annorlunda kundunderlag än hittills, då samtliga landsting/regioner har använt dem. En liknande diskussion kan handla om att plattform och tekniska lösningar för dagens e-tjänster inom 1177 Vårdguiden kan vara relevant för kommunsektorn, som stöd för exempelvis säker ärendehantering, men att de då behöver användas under annat namn.

En strategi behöver därför hållas levande över tid. Det som beskrivs i det här dokumentet är en första utgångspunkt för en inriktning som gör det möjligt för Inera att gå igenom varje enskild e-tjänst och i samråd med landsting och regioner göra en bedömning av deras framtid

9.8 Sammanfattning av framtida inriktning

- 1177 Vårdguiden är en del av ett större ekosystem med många digitala vårdtjänster, inte själva ekosystemet i sig
- 1177 Vårdguiden är en av många ingångar till digitala vårdtjänster, inte den enda ingången
- 1177 Vårdguiden ska erbjuda en neutral och fullständig överblick över det nationella vårdutbudet, inklusive andra digitala vårdtjänster.
- 1177 Vårdguiden ska erbjuda vägledning till vårdutbudet ur ett invånarperspektiv med stöd i det fria vårdvalet, inte ur ett vårdorganisationsperspektiv.
- 1177 Vårdguiden ska erbjuda invånaren en samlingsplats för all relevant personlig information som genereras vid alla vårdkontakter, oavsett fysisk eller digital vård, eller val av vårdgivare.

- Nationellt utvecklade tjänster blir mest effektiva när de stödjer en generell process, antingen en invånarprocess utan direkt koppling till vårdgivarens process, eller en vårdgivarprocess som är gemensamt överenskommen på nationell nivå

9.9 Två scenarier som exempel

9.9.1 Scenario 1: Invånare med en hälsofråga



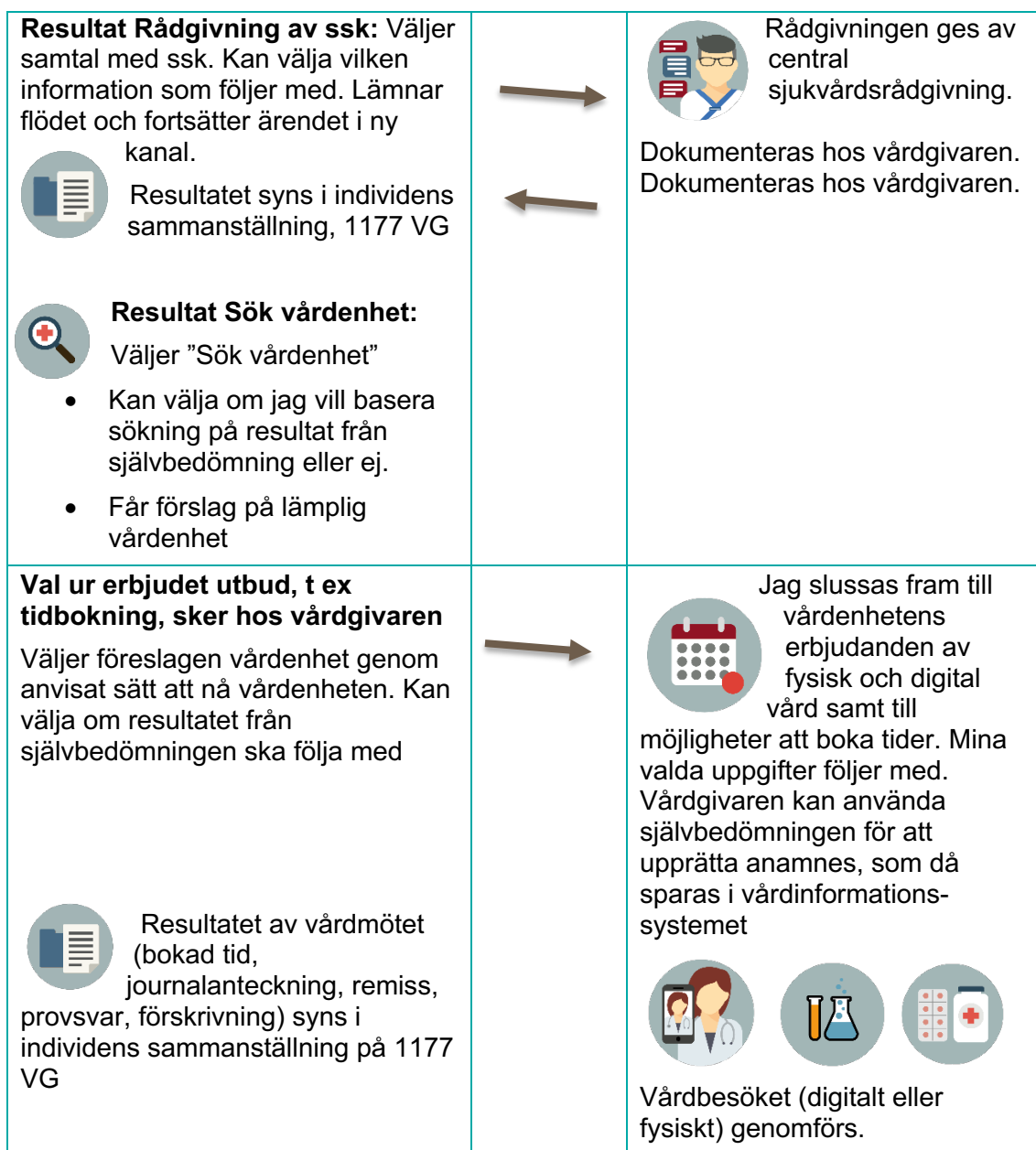
En automatiserad första linjens vård skulle kunna vara att jag, via mobil, dator eller en röststyrd högtalare, snabbt kan få information om mina symtom och hjälp. Jag använder mig av ett självbedömningsverktyg och en digital assistent som är en robot. Kanske kan jag tillföra egen hälsodata jag samlat på mig i mina appar. Antingen kan jag sen chatta med vårdpersonal för att få diagnos, recept eller annan behandling, eller så kopplas jag till ett videobesök eller till en tidbokning online.

Personalen, som tar hand om mig om inte roboten klarar hela ärendet själv, har tillgång till den information som jag matat in i början.











Behöver jag ta ett prov upprättas en labbremiss och jag får veta vart jag kan välja att gå för att provet, alternativt beställa hem ett självtest.

I efterhand kan jag logga in och se relevant information i min översikt på en nationell webbsida.

Nationellt		Lokalt
		
 <p>Söker information och använder ett självbedömningsverktyg på 1177 VG.</p> <p>Eventuellt räcker egenvårdsråd.</p>  <p>Får frågan om jag vill spara resultat från självbedömningsverktyget. Om ja, dags logga in...</p>	<p>Sessionen avslutas</p>	<p>Jag har en fast kontakt i vården och vet att jag kan vända mej direkt dit med den här frågan</p> <p>Om vårdgivaren har ett självbedömningsverktyg lokalt kan det bygga på samma kvalitetssäkrade medicinska underlag som det nationella.</p> 
 <p>Loggar in.</p> <p>Kan spara resultatet i "mina anteckningar" (ej nåbart för någon annan än mej själv)</p>		<p>Allt som registreras i det lokala vårdinformationssystemet kan synas i sammanställningen på 1177 VG</p>



9.9.2 Scenario 2: Hemmamätning

Nationellt		Lokalt	
			
			<p>  Patient använder den ordinerade hemmätningstrustningen. </p> <p>  Antingen registreras mätvärden automatiskt eller också går man in på anvisad webbplats eller app och registrerar mätvärden </p>
 Individen loggar in på 1177 Vårdguiden			<p>Aktuella relevanta mätvärden registreras i vårdgivarens system</p>
 Registrerade mätvärden syns i sammanställningen på 1177 Vårdguiden			
<p>Resultatet från vårdmötet (journalanteckning, remiss, provsvar, förskrivning) syns i individens sammanställning på 1177 Vårdguiden</p> 			<p>Enligt överenskommen rutin sker digital eller fysisk kontakt mellan vårdpersonal och patient</p>

10 Bilaga - Detaljerade behovsbeskrivningar

10.1 Översikt av all patientinformation

Nr1	Behovsbeskrivning	Scenario: Hämta patientinformation
	<p>Cambio har en patientapp, Min Hälsa, kopplat till vårdsystemet som fungerar som navet mellan patienten och vårdgivaren. Den är direktintegrerad och ger patienten tillgång till videomöten, tidboksfunktion, meddelandehantering samt tillgång till sin hälso-och sjukvårdsinformation.</p> <p>För att ge invånaren/patienten en så totalbild av sin egen hälsa så behöver Min Hälsa kunna konsumera information från de regioner som patienten har fått vård hos. Vi vill att Ineras tjänsteplattform ska bidra med det.</p>	

Kan behövas information från den kommunala hälso- och sjukvården	
Målbild	Nytta
<p>Skapa en invånarupplevelse som innehåller både information, interaktion och integrationer.</p> <p>Hälso-/sjukvården behöver göra samma resa som bankerna har gjort med sina kunder. Invånare kan och vill utföra en mängd administrativt arbete som utförs av vårdpersonal idag eftersom det går snabbare med en bra digital tjänst. Jämför med att man inte länge pratar med bankpersonal om att flytta pengar mellan konton.</p> <p>Vinsterna kommer inte bara leda till besparingar och effektivare utnyttjande av skattemedel utan även förbättringar i upplevelse av tillgänglighet och slutligen faktiska förbättringar i hälsa.</p>	<p>Effektivisera våra kunders verksamhet.</p> <p>Att detta levererar värde till kunderna är en nödvändig förutsättning, båda sidorna måste dra nytta av att visionen realiserar.</p>
Kommentar	
Regioner äger sin del av PU info. Kan ej sälja tjänst. Skatteverket avtalar med kund. Ombud juridisk oklar. Whitelist och policyfråga.	

10.2 Se min samlade patientinformation

Nr2	Behovsbeskrivning	Scenario: Hämta patientinformation
	<p>Det finns appar som vill kunna presentera information från de regioner där patienten haft vårdkontakter, dvs samma uppgifter som i dag visas i Ineras tjänst Journalen.</p> <p>Patienter som söker via digital plattform/patientportal vill ha sin kompletta journal tillgänglig oavsett digital kanal (i annat gränssnitt) utan att behöva gå in i Journalen via nätet på 1177 i annat gränssnitt.</p> <p>Detta kan uppnås genom att göra uthopp med single-sign on för journal via nätet i digitala plattformar där patienten redan är identifierad och autentiserad.</p> <p>Behov finns att ibland få ett utlämnande av information till annan vårdgivare t ex läkemedelslista då den ska finnas dokumenterad i båda journalsystemen</p>	
Målbild		Nytta
<p>Patient som är välinformerad och har sina journaluppgifter tillgängliga innan, under och efter konsultationen.</p> <p>Med samlad vårdinformation inkluderas även den kommunala hälso- och sjukvården</p>		<p>Mindre risk för bristande informationskontinuitet (vilket kan medföra kostnader i form av onödiga utredningar, prover, felaktiga läkemedel etc)</p>
Kommentar		

Regioner äger sin del av PU info. Kan ej sälja tjänst. Skatteverket avtalar med kund. Ombud juridisk oklar. Whitelist och policyfråga.

10.3 Läsa listningsinformation

Nr3	Behovsbeskrivning	Scenario: Hämta patientinformation
<p>I takt med att möjligheten att kommunicera digitalt med egen vårdenhet ökar så blir det allt viktigare att enkelt kunna få tillgång till information om vart patienten är listad, på enhets- och regionnivå (+ personnivå när det genomförs på nationell nivå)</p> <p>Det finns också ett behov av att tillhandahålla denna information för automatisk sortering av digitala patientärenden så att patienten får kontakt med rätt enhet automatiskt.</p> <p>Idag krävs godkännande av varje region för att ansluta till listningstjänst. Extremt tidsödande administrativt, stor risk för juridiskt godtycke. Detta bör kunna ske nationellt och bör vara tillåtet per automatik för ackrediterad VG.</p>		
Målbild	Nytta	
<p>Att jag som invånare ska kunna se var jag är listad på annat sätt/ genom att använda andra produkter (anvisade/godkända av den region jag är mantalsskriven hos) än att behöva logga in i 1177.</p> <p>Ex att en patient skulle kunna söka en nationell digital 1177-tjänst och automatiskt få sitt ärende vidarebefordrat till sin egen lokala vårdenhet (under förutsättning av patienten samtycker till detta).</p> <p>Aktuell listningsinformation finns alltid tillgänglig för vårdpersonal som hjälper patienterna - kan enkelt guida patienten rätt.</p>	<p>Rätt patient får kontakt med rätt vårdnivå och enhet, stora möjligheter till automatisering och resursbesparingar,</p> <p>Kostnadskontroll för region/vårdenhet, undvikande av utomlänshälsningar, straffavgifter för täckningsgrad, minskad administration för vårdpersonal.</p>	
Kommentar		
<p>Regioner äger sin del av PU info. Kan ej sälja tjänst. Skatteverket avtalar med kund. Ombud juridisk oklar. Whitelist och policyfråga. Stor krock mellan behov uttryckt av leverantörer och privata vg och regionernas instllning till att lämna ut uppgifterna.</p>		

10.4 Se summa i högkostnadsskydd

Nr4	Behovsbeskrivning	Scenario: Hämta patientinformation
<p>Vi har en stor andel patienter på våra enheter i närsjukvård och specialistvård som söker via en digital konsultationsplattform. Många har frikort. Giltigheten på patientens frikort kan i dag inte kontrolleras automatiskt vid onboarding i den digitala plattformen. Vi har också behov av att kunna addera kostnaden för det aktuella besöket till patientens frikortsbelopp.</p>		

Eftersom patienten lämnar samtycke så finns inga hinder för att hantera frikortsinformation på detta sätt i den digitala plattformen, som redan hanterar personuppgifter och patientdata i enlighet med gällande lagrum.

Detta är endast en tjänst som kan konsumeras av både CE-märkta och icke- CE märkta medicin-tekniska produkter, dvs faller ej inom MDD/MDR

Målbild	Nytta
<p>Att jag som invånare ska kunna se nivå på mitt högkostnadsskydd, på annat sätt/ genom att använda andra produkter (anvisade/godkända av den region jag är mantalsskriven hos) än att behöva logga in i 1177.</p> <p>Att digitala plattformar kan slå mot frikortsdatabas i den region patienten är skriven för att kontrollera om frikort finns och är giltigt samt addera kostnaden för det aktuella besöket</p>	<p>Det blir användarvänligt och tydligt för patienten samt minskar markant administrativ börda, i form av faktureringar och manuell kontroll av frikort, uppdateringar av belopp etc.</p>
Kommentar	
<p>Policybeslut om visning av invånarinformation. Vitlisteproblematik. VG anslutning via Agent.</p>	

10.5 Se alla mina vaccinationer

Nr5	Behovsbeskrivning	Scenario: Hämta patientinformation
<p>Flera regioner är, enligt systemleverantör, på väg att börja använda Systemet Mittvaccin för att registrera vaccinationer.</p> <p>Leverantören har även utvecklat och certifierad en app som kan visa invånaren en sammanställning av sina vaccinationer, (förutsatt att vårdgivarnas system för registrering av vaccinationer är anslutit till Tjänstekontraktet GetVaccinationHistory).</p> <p>Det ges mycket vaccin i elevhälsan, målbild är att den informationen också kommer att finnas med, samt den vaccination som ges inom hemsjukvård</p>		
Målbild		Nytta
<p>Individen ser hela sin samlade vaccinationshistorik vilket bl a inkluderar barnhälsovård elevhälsa, vaccinationsmottagningar, primärvård och hemsjukvård.</p>		<p>Sammanhållen information</p> <p>Missar varken utförd vaccination eller missad vaccination</p>
Kommentar		
<p>Regioner äger sin del av PU info. Kan ej sälja tjänst. Skatteverket avtalar med kund. Ombud juridisk oklar. Whitelist och policyfråga</p>		

10.6 Se mina digitala kallelser

Nr6	Behovsbeskrivning	Scenario: Hämta patientinformation
Att jag som invånare ska kunna få digitala kallelser eller andra kallelser oavsett hos vilken vårdgivare jag ska besöka (offentligt finansierad) och via annan applikation än 1177.		
Målbild		Nytta
Kommentar		

10.7 Nationell e-remiss

Nr7	Behovsbeskrivning	Scenario: Hämta patientinformation + skriva info
<p>Många patientresor innefattar en kedja av kontakter med olika delar av sjukvården för att patienten skall kunna få rätt hjälp med sina besvär.</p> <p>Kommunikation mellan vårdgivare och vårdnivåer sker via remisser vilka än idag kan skickas via papper eller fax.</p> <p>Både patient och vårdgivare har svårt att följa status i remissflödet.</p>		
Målbild		Nytta
<p>Samtliga godkända vårdgivare skall kunna både skicka / ta emot elektroniska remisser via en ”nationell växel”.</p> <p>Format för e-remisser skall vara baserade på en nationell eller internationell standard.</p> <p>Tredjepartsleverantörer skall kunna ansluta sig till den nationella tjänsten och kunna erbjuda denna funktion.</p> <p>Patienter skall kunna använda den nationella e-remisstjänsten även för att kunna skapa digitala egenremisser.</p>		<p>Säkerställa optimerade och säkra vårdflöden för patienterna.</p> <p>Minimera administration för vårdpersonal</p> <p>Öka upplevd tillgänglighet för patienterna till vården</p>
Kommentar		
<p>Ta emot remiss = hämta information</p> <p>Skicka remiss = <i>Skriva information</i></p>		

10.8 Sammanställning – bokade tider

Nr8	Behovsbeskrivning	Scenario: Hämta patientinformation
Ca 5-10% av alla inkommande kontakter inom både närsjukvård och specialistvård rör ombokning/avbokning av tider vilket idag är en antingen en manuell process, eller sköts via		

1177 på ett sätt som inte fungerar optimalt för vare sig patienten eller vårdgivare då möjlighet att få kontakt med personal saknas i samband med bokningen.

Grunden för att optimera tidbokningar för en invånare är att det finns en överblick att samtliga tidbokningar som finns för en invånare. Nästa steg är att varje bokning tillhandahåller en länk till det system där av- och ombokning sker på bästa sätt i den verksamheten. Genom att både invånare, vårdkoordinator och när det går även vårdpersonal kan se samtliga bokningar så kan dubbelbokningar/inte hållbara bokningar undvikas.

Målbild	Nytta
<p>Låta patient, vårdkoordinator och vårdgivare få möjlighet att se tider online.</p> <p>Antingen via digital plattform tillhandahållen av en tredjepartsleverantör eller via ”vanlig web/1177”</p> <p>Kunna presentera olika tider i tidboken beroende på olika kontaktorsaker / ifyllda anamenser / behov. (Flitering?)</p> <p>Låta invånaren/vårdkoordinator hoppa direkt (SSO) från sammanställningen av bokade tider till det system där tiden kan avbokas/ombokas</p> <p>Använd/utveckla existerande tjänstekontrakt för tidbokning.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Minska sena avbokningar/uteblivna tider • Minska administration för vårdpersonal • Öka upplevd tillgänglighet för patienterna till vården
Kommentar	
Se bokade tider = Hämta information	
Se lediga tider = Hämta information	

10.9 Vårdkoordinator som bokar tid åt patient

Nr9	Behovsbeskrivning	Scenario: Hämta patientinformation + skriva info
<p>Invånare med komplexa vårdbehov som är uppdelat på många aktörer kan ofta få tider som krockar med varandra, inte fungerar i den ordningen eller leder till onödigt många vårdbesök.</p> <p>Behovet som Capio pekade på var att vårdpersonal kan boka tider hos andra vårdenheter/vårdaktörer. Detta är sannolikt inte hållbart, men ett alternativ är att ha en specialiserad grupp av vårdkoordinatorer som har till uppgift att se till patientens bästa och se till att besöken hos samtliga vårdaktörer blir så effektiva som möjligt för både patient och vård.</p> <p>Denna administratörskategori agerar som ett ombud för invånaren. Vården skulle kunna delegera tidbokningar åt vårdadministratören.</p>		
Målbild		Nytta
Låta invånare och vårdkoordinator få möjlighet att boka/avboka/omboka tider själva hos samtliga vårdaktörer:		<ul style="list-style-type: none"> • Minska sena avbokningar/uteblivna tider • Minska administration för vårdpersonal

<p>Få tillgång att boka olika tider i tidboken beroende på olika kontaktorsaker / ifyllda anamenser / behov.</p> <p>Låta patienten direkt boka tid/omboka tid/avboka tid i enhetens tidbok inifrån egenutvecklad app/web. (Alla tider hittas via sammanställningen)</p> <p>Vårdgivaren kan tillhandahålla (dela ut?) tidbokningsmöjlighet till specifik enhet/resurs/person</p> <p>Kommunikation med nationell tidbok skall kunna ske via ex. Rest-API el. motsv. (Dvs layout och design av ”kalender” skall vara whitebrandad)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Öka upplevd tillgänglighet för patienterna till vården
<p>Kommentar</p>	
<p>Se bokade tider = Hämta information</p> <p>Se lediga tider = Hämta information</p> <p>Boka, avboka = <i>Skriva information</i></p>	

10.10 Stödtjänster till lokala tidbokningssystem

Nr10	Behovsbeskrivning	Scenario: Hämta patientinformation
	<p>Stödtjänster för att göra det så enkelt som möjligt för lokala tjänster/appar att bygga bokningstjänster för invånare.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tillgång till samtliga tider (eller olika urval), antingen som strukturerad data eller iframe/uthopp. - Formulär - Uthoppstjänst - E-bjuden e-tjänst - UX riktlinjer (av den typ som har börjat utveckas på Inera) 	
	<p>Målbild</p>	<p>Nytta</p>
	<p>Att göra det så enkelt för invånaren som möjligt att boka och administrera tidsbokningar i sin vård och omsorg.</p> <p>Att göra det så lätt och effektivt som möjligt för olika vårdaktörer att delta i ett ekosystem där invånaren sömlöst rör sig mellan olika aktörer.</p>	<p>Minska sena avbokningar/uteblivna tider</p> <p>Minska administration för vårdpersonal</p> <p>Öka upplevd tillgänglighet för patienterna till vården</p>
<p>Kommentar</p>		
<p></p>		

10.11 Sammanhållen planering

Nr11	Behovsbeskrivning	Scenario: Hämta patientinformation
<p>För patientgruppen med komplexa vårdbehov finns det behov av att få en sammanställning samtliga planer som är aktuella inklusive omsorgsplaner.</p> <p>Planen som avses här är inte de bokade tiderna eller de andra aktiviteterna som planeras utan endast de översiktliga planerna.</p>		
Målbild		Nytta
<p>Invånaren ska kunna hitta/se alla vård- och omsorgsplaner på ett ställe.</p> <p>Planerna ska kunna uppdateras automatiskt så att invånaren</p>		<p>Öka upplevd tillgänglighet för patienterna till vården.</p>
Kommentar		

10.12 Sammanställning kontaktinformation

Nr12	Behovsbeskrivning	Scenario: Hämta patientinformation
<p>För patientgruppen med komplexa vårdbehov finns det behov av att få en sammanställning av de aktörer och resurser som samtidigt ingår i invånarens vård och omsorg. Invånaren ska kunna se kontaktuppgifter till alla kontaktsjuksköterskor, vårdteam och andra typer resurser på ett ställe.</p> <p>Omvänt behöver vårdpersonal veta vem de ska kontakta när det gäller frågor om invånarens vård.</p> <p>Även närstående som har blivit ombud ska veta vem de ska kunna kontakta om det finns frågor.</p>		
Målbild		Nytta
<p>Att invånaren har överblick över vilka aktörer och resurser som ingår i sin vård. Detta för att underlätta kontakt och ge en större kontroll.</p> <p>Att vården (men invånarens samtycke) kan samarbeta och dela information med de andra aktörerna i invånarens vård.</p> <p>Att underlätta multidisciplinära konferenser tillsammans med invånaren för att snabbare och effektivare planering och informationsspridning.</p> <p>Invånaren bör kunna styra vilka som ska ingå i "vårdsarbetet". Frågan är om det är Opt-in eller Opt-out?</p>		<p>Öka upplevd tillgänglighet för patienterna till vården</p> <p>Ökad effektivitet när vårdpersonal som deltar i samma invånarens vård vet vem de lämnar över till och kan se till att information når fram eller vem man ska fråga om man behöver kompletterande information.</p>
Kommentar		

--

10.13 Sammanställning "att göra"

Nr13	Behovsbeskrivning	Scenario: Hämta patientinformation
<p>För patientgruppen med komplexa vårdbehov finns det behov av att få en sammanställning av alla aktiviteter som vården att gett invånaren i uppdrag att utföra, exempelvis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Självt boka tider för olika vårdaktiviteter - Utföra olika typer av egenvård som att lägga om sår en viss tidpunkt - Att utföra hälsofrämjande aktiviteter som man kommit överens med vården att utföra. 		
Målbild		Nytta
<p>Att invånaren har överblick över de aktiviteter som det tillsammans med vård och omsorg kommit överens om att utföra.</p> <p>Att i de fall då invånaren behöver stöd av en anhörig eller ett annat ombud det är tydligt vad som är överenskommet så att den anhörige/ombudet kan hjälpa till att planera/organisera/utföra dessa aktiviteter.</p>		<p>Ökad överblick och större "compliance" till de planer och aktiviteter som invånare och patienten kommit överens om.</p> <p>Ger större möjlighet för anhöriga eller ombud att stötta patienten i planering av aktiviteter som behöver utföras och/eller planeras.</p>
Kommentar		
<p></p>		

10.14 Läsa min samlade socialtjänstinformation

Nr14	Behovsbeskrivning	Scenario: Hämta socialtjänstinformation
<p>Läsa brukarinformation, Informationen är delad mellan myndighetsdokumentation och utförardokumentation. Informationen kan finnas i en systemlösning eller i flera olika systemstöd.</p> <p>Oftast finns särskilda systemstöd för utskrivningsprocessen från sjukhus och Sammanhållen individuellplan SIP mm</p>		
Målbild		Nytta
Kommentar		
<p></p>		

10.15 Läsa val av utförarinformation för hemtjänst

Nr15	Behovsbeskrivning	Scenario: Hämta socialtjänstinformation
<p>I takt med att möjligheten att kommunicera digitalt med kommunen ökar så blir det allt viktigare att enkelt kunna få tillgång till information om vart brukaren har valt hemtjänst.</p> <p>Detta kommer behöva speglas upp i sammanhållna planer där informationen kommer att visas i externa appar och samla från flera organisationer.</p> <p>För att det ska vara möjligt krävs information om beviljade insatser som finns som beslut i kommunens verksamhetssystem och grund/kataloginformation om utförare som finns i kataloginfrastrukturen som finns i Ineras Utbudstjänst, se lösningsmönster ”Hämta grunddatainformation”.</p>		
Målbild		Nytta
<ul style="list-style-type: none"> • Att jag som invånare ska kunna se var jag har min hemtjänst • Att jag skall kunna välja om hemtjänst • Att jag skall kunna se detta i en samlad vy tillsammans med annan information <p>Val av utförare Informationen finns normalt i verksamhetssystemet.</p> <p>Informationen finns inte i Ineras kataloginfrastruktur idag.</p>		<p>Knyta person till utförare</p> <p>Adressregister SDK, Svarar på frågan vem som har kontakt med brukare</p>
Kommentar		
<p>Bör heta annat än listning Enl Stjernsteds utredning ska listning läggas in i lagstiftning i dag sägs i Patientlag att en invånare ska kunna välja utförare av offentligt finansierad öppenvård.</p>		

10.16 Bekräfta vårdnadshavare

Nr16	Behovsbeskrivning	Scenario: Hämta grunddata
<p>En stor andel av patienterna i digitala plattformar är barn (<18), där en vårdnadshavare söker vård. Det finns behov för VG att få vårdnads-havarskapet bekräftat, att säkerställa att info om barnet delas till rätt person</p> <p>Det finns ett behov av att kunna nå ut i en digital plattform till vårdnadshavare till ett barn för att vården ska kunna initiera en digital vårdkontakt. Behovet finns att detta sker automatiskt utan manuellt arbete hos vårdgivaren</p> <p>Det har funnits hinder för privata VG att ta del av dessa uppgifter, men Skatteverket säger att hinder är på väg att undanröjas genom regeringsbeslut. Det finns ev. problem med att föräldrar kvarstår som vårdnadshavare i tre år även i de fall ett barn är omhändertaget, vilket kan behöva utredas vidare.</p>		
Målbild		Nytta

<p>Att en digital plattform automatiskt kan bekräfta att den sökande är vårdnadshavare till barnet denne söker vård för, eller till det barn vården vill initiera en kontakt för.</p>	<p>Ökad tillgänglighet till vård för vårdnadshavare som söker vård för ett barn</p> <p>Ökad tillgänglighet för vården att nå vårdnadshavare till patienter som är barn</p>
<p>Kommentar</p>	

10.17 Bekräfta Ombud

Nr17	Behovsbeskrivning	Scenario: Hämta grunddata
<p>Vården behöver idag kunna bekräfta att en person som är legal företrädare för en annan person kan hjälpa denna att söka vård i digitala kanaler.</p> <p>Denna information skall finnas tillgänglig för vårdgivare via ev. API tjänst.</p> <p>Om personen är legal företrädare för en annan person så ser vi inga legala hinder för detta. OM lagen sedan ändras så att det finns möjlighet att agera ombud även på enskild persons fullmakt/begäran så vore det förstås bra om även det godkännande som registreras hos 1177 för detta kan hämtas även av vårdgivare och tredjepartsleverantörer av digitala plattformar.</p>		
Målbild		Nytta
<p>Genom anslutning till ombudstjänst bekräftas automatiskt att en person har rätt att agera ombud för en patient vid användande av digital plattform, så att digital konsultation eller handläggning kan ske</p>		<p>Ökad tillgänglighet till digital vård, även för den patientgrupp som inte själva har möjlighet att söka digital vård, eller vård via en digital kanal, själva</p>
<p>Kommentar</p>		

10.18 Engagemangsindex till lokala och regionala appar

Nr18	Behovsbeskrivning	Scenario: Hämta grunddata (kanske annan kategori)
<p>Invånarsystemet Alltid Öppet som används i Region Stockholm för både fysisk och digital vård önskar ansluta som tjänsteproducent mot ProcessNotification som 1177 är för att få information om bokade tider inom Folktandvården i Region Stockholm.</p> <p>Detta är för att vi skall kunna visa upp även tider bokade av Folktandvårdens personal i appen Alltid Öppet och inte bara tider som invånaren själv har bokat.</p>		

Målbild		Nytta
Text		Text
Kommentar		
Text		

10.19 Skriva listningsinformation

Nr19	Behovsbeskrivning	Scenario: Skriva information
<p>I takt med att allt fler patienter väljer att kommunicera digitala med sin egen vårdgivare behöver listningsflödet kunna optimeras.</p> <p>I en majoritet av regionerna tillåts idag endast listning via pappersblankett eller via 1177.se's gränssnitt.</p> <p>Idag krävs godkännande av varje region för att ansluta till listningstjänst. Extremt tidsödande administrativt och stor risk för juridiskt godtycke. Detta bör kunna ske nationellt och bör vara tillåtet per automatik för ackrediterad VG.</p> <p>Viktigt att information om vad det innebär att lista sig hos en vårdgivare är tydlig och följer gällande regionala och nationella regler och riktlinjer.</p>		
Målbild		Nytta
<p>Att jag som invånare ska kunna se var jag är listad och kunna lista om mig (inom region eller hos annan region) på annat sätt/ genom att använda andra produkter (anvisade/godkända av den region jag är mantalsskriven hos) än att behöva logga in i 1177.</p> <p>Ackrediterade vårdgivare skall ges möjlighet att integrera sin listning till den nationella listningsväxel (som kommunicerar med varje regions listningsdatabaser)</p>		<p>Rätt patient får kontakt med rätt vårdnivå och enhet, stora möjligheter till automatisering och resursbesparingar</p>
Kommentar		
<p>Regioner äger sin del av PU info. Kan ej sälja tjänst. Skatteverket avtalar med kund. Ombud juridisk oklar. Whitelist och policyfråga Regioners och privata vg behov krockar totalt.</p>		

10.20 Skriva listningsinformation hemtjänst

Nr20	Behovsbeskrivning	Scenario: Skriva information
<p>I takt med att allt fler patienter väljer att kommunicera digitala med sin egen vårdgivare behöver listningsflödet kunna optimeras.</p> <p>I en majoritet av regionerna tillåts idag endast listning via pappersblankett eller via 1177.se's gränssnitt.</p>		

Idag krävs godkännande av varje region för att ansluta till listningstjänst. Extremt tidsödande administrativt och stor risk för juridiskt godtycke. Detta bör kunna ske nationellt och bör vara tillåtet per automatik för ackrediterad VG.

Viktigt att information om vad det innebär att lista sig hos en vårdgivare är tydlig och följer gällande regionala och nationella regler och riktlinjer.

Målbild	Nytta
<p>Att jag som invånare ska kunna se var jag är listad och kunna lista om mig (inom region eller hos annan region) på annat sätt/genom att använda andra produkter (anvisade/godkända av den region jag är mantalsskriven hos) än att behöva logga in i 1177.</p> <p>Ackrediterade vårdgivare skall ges möjlighet att integrera sin listning till den nationella listningsväxel (som kommunicerar med varje regions listningsdatabaser)</p>	<p>Rätt patient får kontakt med rätt vårdnivå och enhet, stora möjligheter till automatisering och resursbesparingar</p>
Kommentar	
<p>Regioner äger sin del av PU info. Kan ej sälja tjänst. Skatteverket avtalar med kund. Ombud juridisk oklar. Whitelist och policyfråga</p>	

10.21 Skriva till journal som vårdgivare

Nr21	Behovsbeskrivning	Scenario: Skriva information
<p>Som VG finns det stort behov att på ett enkelt och effektivt sätt kunna journalföra de kontakter som sker i tredjeparts- vårdplattformar. Framförallt finns behov av att kunna överföra insamlad information från patienten, samt även bilagor som bilder eller dokument som använts som stöd för bedömningen i den digitala plattformen. Behov av nationell hub för integration mot underliggande journalsystem.</p> <p>Leverantören av plattformen och journalsystemet behöver säkerställa att integrationen är lika säkra och testade som övriga delar av produkten, att det finns spårbarhet, åtkomstloggar etc på sedvanligt sätt. De plattformar som integrerar med varandra kan bägge eller den ena vara en medicin-teknisk produkt.</p>		
Målbild	Nytta	
<p>Att genom integrationer automatiskt kunna överföra information och bilagor till strukturerade journalanteckningar i journalsystemen, samt tillgängliggöra denna information för patienten via journal via nätet. Allra helst bör detta ske i en gemensamt överenskommen standardiserade implementation av en internationell standard tex HL7/FHIR</p>	<p>Markant minskad administration för vårdpersonalen, vilket skulle ge effektivare och enklare arbetssätt</p> <p>Minskad risk för felaktig dokumentation i journalen</p>	
Kommentar		
<p>Beöver diskuteras skillnad mellan detta behov och behov i nästa bild.</p>		

10.22 Skriva till journal som patient (kroniker)

Nr22	Behovsbeskrivning	Scenario: Skriva information
<p>Det finns exempel på en egenvårdsplattform för personer med kroniska sjukdomar som högt blodtryck, diabetes och hjärtsvikt. Patienten matar in sin data i formulär via telefonen. Det finns ingen koppling till journalsystemet idag, men tester pågår för att göra det möjligt.</p> <p>Med hjälp av mätdatan kan ansvarig vårdpersonal avgöra om egenvården fungerar eller om det är dags för kliniska åtgärder. Kontakten sker via telefon, chatt eller ett fysiskt möte.</p> <p>Vårdgivaren har ordinerat den app som skall användas av patienten.</p>		
Målbild		Nytta
<p>Ett exempel är ett projekt med egenvårdsstöd för Ulcerös kolit och Crohns sjukdom (kroniska inflammatoriska tarmsjukdomar). Patienten har två appar, en för att svara på frågor och rapportera aktuell symtombörda, livskvalitet och en för att, via ett hemtest, rapportera in inflammatorisk sjukdomsaktivitet. Resultatet från hemtestet analyseras och skickas in med hjälp av ett foto i mobilappen. På mottagningen får det behandlande vårdteamet omedelbar tillgång till de inrapporterade värdena.</p> <p>Ett annat exempel är Hälsodagboken som används för patienter med hjärtsvikt. Patienten fyller i ett pappersformulär några gånger per dag med hjälp av en speciell penna som registrerar ifyllda värden digitalt och för över via en mobiltelefon till en back-end-tjänst. För patienten har det ett stort värde att veta att någon håller koll och man slipper åka in till sjukhus i onödan. Det finns exempel på att fysiska besök kunnat undvikas i upp till sex månader.</p>		<p>Patienter med komplexa behov, bland annat kronier och multisjuka, står för mycket stor andel av vårdens resurser</p> <p>Förbättra för denna grupp, få sammanhållen vård, samt avlasta vårdresurser</p>
Kommentar		
<p>Är inte detta något som helt sker inom en vårdgivare?</p>		

10.23 Invånarens hela interaktion med vård och omsorg

Nr23	Behovsbeskrivning	Scenario: Sammansatt
<p>En invånare har nyligen skrivits ut från slutna hälso- och sjukvård. Invånaren vill ha tillgång till sin samlade planering på 1177 Vårdguiden, med planering menas vem kommer till mig när och vad ska de göra. Här involveras biståndsbedömare, hemtjänst, hemsjukvård och regional hälso- och sjukvård. Invånaren vill kunna återkoppla när hen inte kan, vill kunna ändra tid eller återkoppla att hen inte behöver planerad hjälp. Även invånarens närstående vill kunna se och meddela detta.</p> <p>Informationen kring utskrivningsprocessen finns i särskilt systemstöd för denna</p> <p>Informationen finns i hemtjänstens planeringssystem, kommunens hälso- och sjukvårdsjournal, kommunens myndighetssystem, hemtjänst utförarens dokumentationssystem och i regionens journalsystem samt i systemstöd för utskrivningsprocess från slutenvård och SIP (Sammanhållen Individuell Plan).</p>		

Målbild	Nytta
<p>Detta scenario är ett sammansatt scenario där det både ingår att hämta och registrera information av både administrativ karaktär såväl som patient- eller brukarinformation. Både kommunal omsorg och regional sjukvård inkluderas.</p> <p>Eftersom invånaren även önskar att närstående vill kunna se och agera på information som visas behöver någon form av ombud vara registrerat. Ombud är idag en mycket oklar tjänst ur ett juridiskt perspektiv.</p> <p>Här finns även frågor om bostandsanpassning och hjälpmedel</p>	
Kommentar	
<p>Behov tillgodoses genom 1177 ingår det i vårt uppdrag (3:e part appar)? Är Ineras tjänster att betrakta som 3:e partsprodukter?</p>	

10.24 Journal via nätet med SSO för patient

Nr24	Behovsbeskrivning	Scenario: Övrigt
	<p>Patienter som söker via digital plattform/patientportal vill ha sin kompletta journal tillgänglig oavsett digital kanal (i annat gränssnitt) utan att behöva gå in i Journalen via nätet på 1177 i annat gränssnitt.</p> <p>Detta kan uppnås genom att göra uthopp med single-sign on för journal via nätet i digitala plattformar där patienten redan är identifierad och autentiserad.</p> <p>Patienten styr själva användningen av detta och vi kan inte se att det finns legala hinder för detta.</p>	
Målbild	Nytta	
<p>Patient som är välinformerad och har sina journaluppgifter tillgängliga innan, under och efter konsultationen.</p>	<p>Text</p>	
Kommentar		
<p>Mindre risk för bristande informationskontinuitet (vilket kan medföra kostnader i form av onödiga utredningar, prover, felaktiga läkemedel etc)</p>		

10.25 Federerad inloggning till 1177

Nr25	Behovsbeskrivning	Scenario: Övrigt
	<p>Många regioner / vårdgivare erbjuder idag egna digitala kontaktvägar till sina patienter – ofta vill man hänvisa patienter till tjänster som finns på 1177 från den ”egna tjänsten” där patienten är inloggad via ex. Mobilt BankID eller annan e-identifikation.</p> <p>När patienten kommer till 1177 krävs en ny separat inloggning.</p>	

Samtycken och patientgodkännanden behöver tydliggöras så att patienten alltid är medveten om var hen befinner sig.	
Målbild	Nytta
<p>En patient som är inloggad via en godkänd elektroniskt identifikation (ex. BankID, Freja eID mfl.) skall erbjudas federerad inloggning till 1177's tjänster.</p> <p>Vice versa flöden (dvs. från 1177 till enskild vårdgivare) skall också möjliggöras.</p>	<p>Sömlös patientupplevelse.</p> <p>Ökad upplevelse av tillgänglighet till sjukvården.</p>
Kommentar	
Lösö federationer	

10.26 Standardiserade APIer inom välfärdsteknik

Nr26	Behovsbeskrivning	Scenario: Övrigt
<p>I den digitala vård- och omsorgsmiljön kan ett stort antal uppkopplade enheter och tjänster integreras med verksamhetssystem och journalsystem. Idag utförs denna integration 1-1, dvs med unika API'er.</p> <p>Varje integrationsarbete tar tid och kostar mycket pengar, ca 2-500 tkr/integration beroende på system.</p> <p>Dessa integrationer kan behöva genomföras i varje kommun och region och leda till stora kostnader.</p> <p>https://www.digg.se/om-oss/nyheter/2020/arbetet-med-en-forvaltningsgemensam-digital-infrastruktur-for-informationsutbyte-fortsatter2/</p>		
Målbild	Nytta	
Ett standardiserat API underlättar för kommuner, regioner och leverantörer att snabbt och kostnadseffektivt att samarbeta.	<p>Spara stora resurser</p> <p>Snabbare</p> <p>Enklare att koppla in nya tjänster och enheter.</p>	
Kommentar		

10.27 Samutnyttja utrustning och uppkoppling för brukare

Nr27	Behovsbeskrivning	Scenario: Övrigt
<p>För en äldre person som bor hemma och har en kronisk sjukdom, alzheimers och anhörig kan olika digitala hjälpmedel vara stödjande i vardagen. Exv. kan en surfplatta användas för både sociala möten, uppföljning av behandlande läkare samt tillsynsbesök från hemtjänsten. Idag</p>		

kan denna hemmaboende äldre person ha tre surfplattor hemma på sitt köksbord som har olika appar och ägare med tre olika SIM-kort och internetuppkoppling. Det skapar svårigheter och trösklar för denna användare att veta vilka platta som har vilken app och vilket lösenord. Därmed har man skapat en onödigt hög digital tröskel.

Om uppföljning av en behandlande läkare kräver en CE-märkt device kan surfplatta omfattas av MDD / MDR. Det är idag oklart.

Målbild	Nytta
<p>Kommuner, regioner och privatpersoner kan samnyttja digital infrastruktur som exv. surfplattor, internetuppkoppling, routrar etc.</p> <p>En äldre har en surfplatta hemma med en uppkoppling för alla offentliga och privata tjänster.</p>	<p>Resurseffektivitet för IoT enheter, samarbete leder till mindre miljöpåverkan</p> <p>Enklare handhavande för användare.</p>
Kommentar	