

# Fagplan Helse IKT

## Versjon 1.0

### Bakgrunn

Denne fagplan er laget som et rammeverk til hjelp for å sikre kompetanse om prinsipper for behandling av pasientinformasjon og en forståelse for de krav og regler som stilles. Den er initiert av Akribe a.s, Norsk Sykepleierforbund og Datakortet a.s. Akribe vil utvikle lærebøker og Datakortet vil lage test-deg-selv tester samt sertifiserende tester. En rekke personer og miljø innen norsk helsetjeneste har bidratt til utvikling av innholdet i denne fagplanen. Utgangspunktet har vært Syllabus for ECDL for Health Services fra ECDL-Foundation.

### Målgruppe

Målgruppen for denne fagplanen er ansatte i helsetjenesten som benytter informasjonssystemer med pasientinformasjon.

### Nivå

Fagplanen tar opp det som er spesielt innen helsetjenesten. Fagplanen bygger på at hver bruker har en generell IKT kompetanse og i tillegg for opplæring i bruk av spesifikke systemer (se figur neste side).

### Avgrensning

Fagplanen dekker ikke dybdekompetanse om det enkelte system.

### Inndeling

Fagplanen er bygget opp rundt følgende hovedtemaer;

#### 1 – Generelt

Inneholder premisene for IKT i helsetjenesten, dvs fra målsettinger til lover/regler.

#### 2 – Forpliktelser

Inneholder krav som stilles de som bruker helseinformasjonssystemer (HIS). Avsnittet har hovedfokus mot det som er spesielt mot behandling av pasientinformasjon.

#### 3 – Retningslinjer

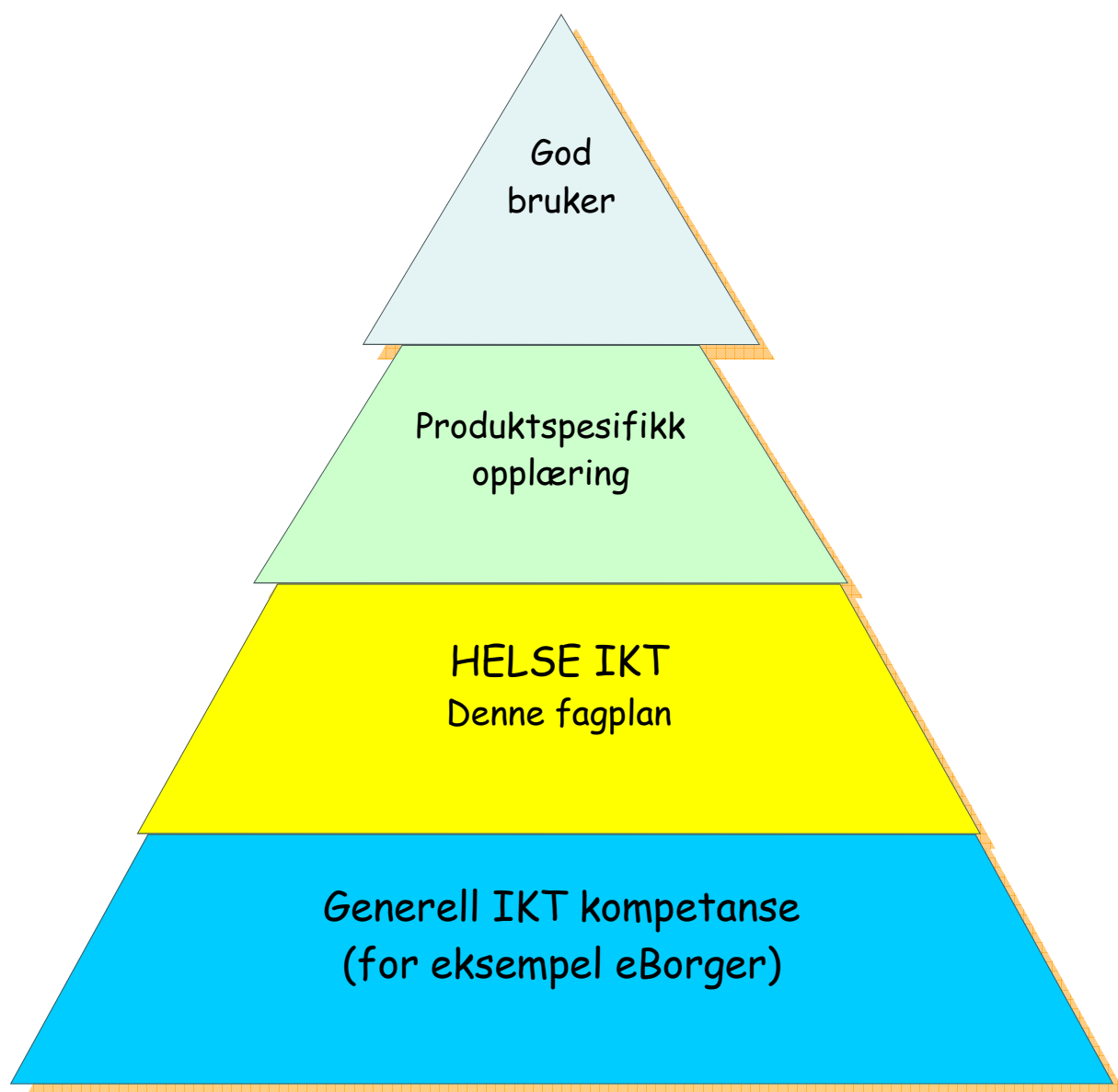
Retningslinjer er praktiske løsninger på de krav som stilles til brukere av elektronisk pasientinformasjon med fokus på elektroniske pasient journal.

#### 4 – Systemer

Avsnittet gir kandidaten en oversikt over systemløsningene som er tatt i bruk ved helsevirksomheter med fokus på system for elektronisk pasient journal.

#### 5 – Ferdigheter

Dette avsnittet vil være spesifikt for de ulike leverandørene og vil gi kandidaten konkret kunnskap innen det system som benyttes i egen virksomhet.



Kategori	Kompetanse	Ref.	Læringsmål
1. Generell	1.1 <i>strategier, lover og forskrifter</i>	1.1.1	Kjenner til strategiske dokumenter og helsepolitisk målsetting. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Helhetlige pasientforløp gjennom elektronisk samarbeid</li> <li>- Samhandling mellom tjeneste</li> <li>- Økt oppmerksomhet på helheten</li> <li>- Pasientperspektiv, brukermedvirkning</li> </ul>
		1.1.2	Kjenner til gjeldende helselovgivning som har betydning for helse IKT.
		1.1.3	Har oversikt over krav til nasjonal rapportering, kjenner de viktigste nasjonale helseregistrene og deres formål
2. Forpliktelser	2.1 <i>Konfidensialitet</i>	2.1.1	Kjenner til Nasjonale føringer om konfidensialitet.  Er kjent med helsearbeiderens ansvar knyttet til konfidensialitet og taushetsplikt om pasientinformasjon og at personell kun skal søke informasjon som dekker tjenstlig behov  Har forståelse for at EPJ-systemet skal sikre at informasjon er tilgjengelig kun for helsepersonell som har autorisert tilgang til informasjonen. Er innforstått med at hovedreglen for å gi en ansatt tilgang til informasjon i en pasientjournal, er at informasjonen er en nødvendig del av beslutningsgrunnlaget for hvilke pasientiltak som skal iverksettes.
		2.1.2	Har klart for seg at pasientrettighetsloven gir pasienten rett til innsyn i egen journal. Forstår pasientens rett til å få nødvendig informasjon.
		2.1.3	Forstår samtykkerett i pasientrettighetsloven som kan gi pårørende rett til å få nødvendig informasjon.
		2.1.4	Kjenner til at ved akutsituasjoner kan kravet om samtykke fravikes.
		2.1.5	Anerkjenner at det er risiko for uautorisert tilgang til informasjon både i papirbaserte og elektroniske systemer, og hvilke konsekvenser dette kan ha..
	2.2 <i>Autorisasjon</i>	2.2.1	Har oversikt over ulike former og prinsipper for autorisasjon og teknikker for tilgangskontroll.  Har forståelse for at helsepersonell som yter helsehjelp, skal, med mindre pasienten motsetter seg det, gis tilgang til all informasjon som dekker det tjenstlige behov.
		2.2.2	Har forståelse for at passord er personlig og ikke skal deles med andre (autentifikasjon). Derved forstår behovet for å holde passord hemmelig og kjenner til de gjeldene rutinene for passordhåndtering.
		2.2.3	Kjenner til de viktigste problemstillingene relatert til bruk av informasjonssystemer inkludert informasjonsdeling og

Kategori	Kompetanse	Ref.	Læringsmål
			medlingsutveksling, knyttet til pålitelighet, kvalitet, sikkerhet og autorisasjon.
	<b>2.3</b> <b>Informasjons-sikkerhet</b>	2.3.1	Forstår nødvendigheten av sanksjoner ved ikke-autoriserte oppslag i pasientjournalen
		2.3.2	Forstår at sikkerhetsretningslinjer i en organisasjon har personlig, faglig/profesjonell og organisatorisk betydning.
		2.3.3	Kjenner til noen av de viktigste truslene til Helseinformasjonssystemet (HIS <sup>1</sup> ), slik som uønsket innsyn, ikke autorisert innhenting av informasjon, ondsinnet ødeleggelse av informasjon, ukontrollert tilgang, sikkerhetsrisiko ved overføring av data til eksterne kilder/medier.
		2.3.4	Kjenner til tiltak for å hindre sikkerhetstrusler mot HIS.
		2.3.5	Forstår plikten til å rapportere sikkerhetsbrudd og -trusler knyttet til HIS.
<b>3. Retningslinjer</b>	<b>3.1</b> <b>Prinsipper for bruk av informasjons-systemer</b>	3.1.1	Kjenner prinsipper, ansvar og prosesser som gjelder ved retting eller sletting av journalopplysninger.
		3.1.2	Kjenner til hvem som kan opprette nye eller midlertidige (hjelpenummer) pasientjournaler.
		3.1.3	Kjenner noen HIS-baserte valideringskontroller, slik som temperaturkontroll, kontroll ved medisinerings og medisindoser, og kontroll av personlige opplysninger som for eksempel fødselsnummerkontroll.
		3.1.4	Forstår det personlige ansvaret forbundet med å overstyre systemgenererte valideringskontroller, og forstår behovet for at kun autorisert personale kan foreta slik overstyring.
		3.1.5	Forstår prinsipper for etterkontroll (kvalitetskontroll og sporbarhet) innen HIS og betydningen av dette.
<b>4. Systemer</b>	<b>4.1</b> <b>Helse-informasjons-systemer</b>	4.1.1	Definerer helseinformasjonssystemer (HIS) som informasjonssystemer som inneholder pasientinformasjon. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elektronisk pasientjournal (EPJ)</li> <li>- Pasientadministrasjonssystemer (PAS)</li> <li>- Røntgensystemer</li> <li>- LAB-systemer</li> <li>- Medisinsktekniske systemer</li> </ul>

<sup>1</sup> I denne fagplanen benyttes begrepet HIS (helseinformasjonssystem) om den delen av informasjonssystemet i helsevirksomheten som inneholder pasientinformasjon.

Kategori	Kompetanse	Ref.	Læringsmål
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beslutningsstøttesystemer</li> <li>- Pasientens egenjournal</li> </ul>
		4.1.2	<p>Forstår de viktigste fordelene og begrensningene med elektronisk informasjonshåndtering, inkludert</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pålitelig, oppdatert informasjon</li> <li>- enhetlig definert språk</li> <li>- avhengigheter og sårbarhet</li> <li>- endringer i relasjonen pasient–helsearbeider</li> </ul>
		4.1.3	<p>Forstår at HIS skal f.eks :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ivareta pasientens sikkerhet (pasientsikkerhet og personvern)</li> <li>- sikre kvalitet og kontinuitet i helsehjelpen</li> <li>- synliggjøre faglig ansvar i egenskap av å være et juridisk dokument</li> <li>- synliggjøre klinisk erfaring og tydeliggjøre fagansvaret</li> <li>- gi verktøy for fagutvikling, utviklingsarbeid og forskning</li> <li>- sikre kommunikasjon, koordinering og kontinuitet</li> <li>- gi grunnlag for ledelse og ressursstyring</li> <li>- gi grunnlag for helsestatistikk og aktivitetsoversikter</li> </ul>
		4.1.4	<p>Forstår at HIS kan bestå av pasientinformasjon, personlig informasjon og befolkningsinformasjon.</p>
		4.1.5	<p>Kjenner til at organiseringen av informasjon i HIS skal støtte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ulike aspekter og komponenter i helsearbeideres dokumentasjon av helsehjelp</li> <li>– tilfredsstillende krav til brukergrensesnitt som er tilpasset ulike helsearbeideres arbeidsflyt</li> <li>– ulike strategier for representasjon av vurdering av pasients behov for helsehjelp</li> </ul>
		4.1.6	<p>Kjenner til at ekstern informasjonskilder kan støtte bruk av HIS, inkludert</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– retningsgivende informasjon, retningslinjer, metoder</li> <li>– databaser for kunnskapsbasert praksis</li> <li>– c) lokale og nasjonale kvalitetssystemer og prosedyrer</li> </ul>
	<b>4.2</b>	4.2.1	<p>Forstår at elektronisk pasientjournal (EPJ) er en elektronisk ført samling eller sammenstilling av opplysninger om en</p>

Kategori	Kompetanse	Ref.	Læringsmål
	<b>Elektronisk pasientjournal-system</b>		pasient i forbindelse med helsehjelp. Forstå forskjellen mellom epj-systemet og epj-dokumentene.
		4.2.2	Kjenner til journalføringskravene med hensyn til <ul style="list-style-type: none"> <li>- identifikasjon av person</li> <li>- oppretting og organisering av journal</li> <li>- registrering av informasjon i ulike formater: skanning, lydopptak, lyd/bilde, datafangst</li> <li>- redigering, retting, sletting av opplysninger og ulike gyldighetsområder for ulike opplysninger</li> <li>- journalansvarligs virke og ansvar</li> </ul>
		4.2.3	Kan nevne ulike systemer og leverandører av EPJ-systemer innen de tre områdene <i>sykehus</i> , <i>legekontor</i> og <i>kommunehelsetjenesten</i> , og forstår ulike utfordringer for informasjonsutveksling mellom slike systemer.
		4.2.4	Forstår at EPJ støtter, men ikke erstatter, klinisk vurdering og kompetent handling.
		4.2.5	Kjenner til hvilken betydning kravene til utveksling og deling av informasjon mellom EPJ-systemer har for standarder og begrepsforståelse (kompatibilitet).
<b>5. Ferdigheter leverandør - avhengig</b> Opplæring og test tilpasset det enkelte system	<b>5.1 Navigering</b>	5.1.1	Kan søke frem en spesifikk pasientjournal.
		5.1.2	Kan finne frem i en pasientjournal med utgangspunkt i et spesifikt problem, en hendelse, en relevant faggruppe eller kronologi.
		5.1.3	Kan identifisere hvem som har skrevet eller endret ulike informasjonselementer i en journal.
		5.1.4	Kan velge ut og se på et utvalg pasientjournaler basert på noen felles kriterier, for eksempel innleggelsesdato, post/enhet, tjenestetype.
		5.1.5	Kan registrere informasjon i en pasientjournal: pasientadministrative data, kliniske data/diagnoser, behandling og prosedyrer.
	<b>5.2</b> <b>Uthenting av informasjon</b>	5.2.1	Kan ta ut noen forhåndsdefinerte rutinerapporter, for eksempel pasientlister, operasjonsprogram, arbeidslister eller lignende.
		5.2.2	Kan lage en standardrapport med en spesifikk spørring, for eksempel antall utskrivninger i en bestemt periode.

Kategori	Kompetanse	Ref.	Læringsmål
		5.2.3	Kan hente ut en bestemt type informasjon basert på en forhåndsdefinert rapport eller mal.
		5.2.4	Kan skrive ut en rapport. <sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Overveielser knyttet til praktiske sikkerhetsspørsmål for utskrifter (lokalisering av skriver, deling av skriver) må tas med her.