

## Indholdsfortegnelse - Bilag

<b>Indholdsfortegnelse - Bilag</b> .....	<b>1</b>
<b>2.1 Et klart fundament for datadeling</b> .....	<b>2</b>
Bilag 1: Oversigt over KL-KOMBIT arbejdsgrupper vedr. data- og metodestandardisering.....	2
<b>2.3 Høring af målbillede for 'Digital løsning til fravalg af genoplivningsforsøg'</b> .....	<b>4</b>
Bilag 1: Målbillede for Digital løsning til fravalg af genoplivningsforsøg_HØRINGSVERSION_final.....	4
Bilag 2: Høringssvar fra Vesthimmerlands kommune .....	60
Bilag 3: Høringssvar fra Københavns Kommune .....	63
Bilag 4: KL's høringssvar til Målbillede for digital løsning til fravalg af genoplivningsforsøg .....	68
Bilag 5: Høringssvar fra Odsherred Kommune .....	71
Bilag 6: Høringssvar fra Helsingør Kommune.....	75
<b>2.6 It-understøttelse af Helhedsorienteret Indsats</b> .....	<b>79</b>
Bilag 1: Forslag til minimumsløsning for it-understøttelse af Helhedsorienteret Indsats.....	79

## **2.1**

### **Et klart fundament for datadeling**

# Data- og metodestandardisering

## Oversigt over KL-KOMBIT arbejdsgrupper 2H/2022

### 1. Kvalitetskrav til standarder

(1.1) KL og KOMBIT skal udvikle og få besluttet Kvalitetskravene til en standard, for at den er god nok til at blive besluttet. Herunder med krav om dokumenteret kommunal værdi og gennemførlighed i arbejds gange og systemer i et meget varieret kommunalt landskab, med hensyn til hvert enkelt element i standarden. Hertil kommer kriterier under de øvrige punkter nedenfor. Standarden kan kun omfatte de elementer, hvor kriterierne er opfyldt.

(1.2) KL og KOMBIT skal på baggrund af kvalitetskravene for en standard (jf pkt. 1.1) i tæt samarbejde med kommunerne og fagkontorerne i KL udvikle og aftale en metode for vurdering af et fagområde mht. standardiseringsbehov/værdi og standardiseringens muligheder/gennemførlighed etc. og afprøve metoden på mindst ét konkret område.

(1.3) Med henblik på beslutningstagere skal KL og KOMBIT udforme et kommunikationsprodukt, der med eksempler viser, hvordan standarder skaber værdi fx via et stort fælleskommunalt system.

### 2. Beslutning og forvaltning af standarder

(2.1) Projektet skal udvikle og få aftalt mulige modeller for stabil drifts/support/governance af anvendte standarder i driftsfasen. I den forbindelse undersøger projektet om der er behov for at evaluere, vedligeholde, ændre, tilpasse, nedlægge vedtagne standarder. Herunder undersøger projektet organisation, governance (styregruppe/faggruppe) og finansieringsmodeller. FSIII- og FFB-forvaltningsorganisationerne er eksempel på eksisterende modeller.

(2.2) Projektet skal udvikle og få aftalt en eller flere processer for fælleskommunal eller fællesoffentlige beslutning om ibrugtagning af en standard, herunder beslutning om indhold, tidsplaner, driftsorganisation og finansiering for berørte aktører. KL's og KOMBITs kompetencer og eksisterende fora bringes i spil hertil.

(2.3) Projektet skal udarbejde et beslutningsgrundlag for at etablere et fælles kerneteam for standardisering, som kan koordinere KL's og KOMBITs indsats, håndhæve alle de nævnte kvalitetskrav til standarder, og sikre gennemsigtighed for og inddragelse af alle berørte aktører på hele det kommunale it-marked.

(2.4) KL og KOMBIT skal lægge op til **politisk beslutning** af det ambitionsniveau, som er afspejlet i ovenstående handlingsforslag.

### 3. Implementering i systemer

(3.1) Projektet skal udvikle og få aftalt en metode for, hvordan standarder løbende kommer ind i kommunernes og KOMBITs, statens og regionernes it-kontrakter og systemer, og hvordan kontrakterne skal se ud for at understøtte nye eller ændrede standarder, Konkret skal der bl.a. sikres en bedre it-kontrakt ved støttesystemernes kommende genudbud.

(3.2) Projektet skal udvikle og få aftalt en metode med klare arbejdsprocesser og roller, som sikrer, at standarder implementeres/anvendes ifm. ny-/videreudvikling af systemer (ændringsprocessen) - herunder ved udvikling af ny lovgivning. Metoden skal forankres i alle relevante enheder i KL og i KOMBIT.

### 4. Beskrivelse af en standard

(4.1) Projektet skal udvikle og få aftalt kvalitetskravene til selve beskrivelsen af en standard, for at den er tilstrækkelig præcis. Tilstrækkelig præcis specifikation er således et tredje kvalitetskrav til en standard. Det vil typisk omfatte både beskrivelserne af data og de metoder/arbejdsprocesser, som skaber data.

(4.2) Projektet skal udvikle og få aftalt en model og give eksempler på, hvordan tværgående- og fag-standarder i praksis og dokumenteret kobles sammen.

(4.3) Projektet skal udvikle, vedligeholde og kommunikere et roadmap med tidsplaner for udvikling, genbeslutning og implementering af standarder- herunder en liste over mulige kandidater til standarder fra forskellige kilder.

(4.4) Projektet skal vurdere behov for at udvalgte aktuelt anvendte datastandarder for tværfaglige kerneobjekter (f.eks. Sag) bør genbesøges med henblik på mulig forbedring, modning, genbeslutning og genudrulning.

## **2.3**

### **Høring af målbillede for 'Digital løsning til fravalg af genoplivningsforsøg'**



MÅLBILLEDE

2022

# Digital løsning til fravalg af genoplivningsforsøg

*Beskrivelse af den fremtidige målarkitektur for løsning til fravalg af genoplivningsforsøg*

**HØRINGSVERSION**



**SUNDHEDSDATA-  
STYRELSEN**

<b>Version</b>	HØRINGSVERSION
<b>Versionsdato</b>	13. juli 2022
<b>Web-adresse</b>	Digital løsning til fravalg af genoplivningsforsøg

<b>1.</b>	<b>Indledning .....</b>	<b>5</b>
1.1	Baggrund .....	5
1.1.1	Politisk aftale.....	5
1.1.2	Foranalyse .....	6
1.2	Formål.....	7
1.2.1	Vision, mål og arkitektur for løsningen .....	7
1.2.2	Rammer for gennemførelsen.....	7
1.2.3	Målbilledet .....	7
1.3	Væsentlige begreber og forudsætninger .....	7
1.3.1	Nuværende og kommende typer af fravalg.....	7
1.3.2	Habilitet .....	9
1.3.3	Opslag.....	9
1.3.4	Viljestilkendegivelse .....	9
<b>2.</b>	<b>Afgrænsning.....</b>	<b>11</b>
2.1	De nugældende regler for fravalg af genoplivningsforsøg understøttes ikke.....	11
2.2	Samlet overblik over fravalg i fagsystemer understøttes ikke .....	11
2.3	Indsamling af data til kvalitetssikring og forskning .....	11
<b>3.</b>	<b>Rammer og forudsætninger .....</b>	<b>12</b>
3.1	Rammer .....	12
3.2	Rammer for målbilledet.....	12
3.3	Udarbejdelse, review og godkendelse af målbilledet .....	13
3.3.1	Behandling i RITA, Kommunernes IT-arkitekturråd og PL-forum .....	15
3.3.2	Behandling i RUSA .....	15
3.3.3	Fremtidige ændringer af målbilledet .....	15
<b>4.</b>	<b>Begrebsmodel .....</b>	<b>16</b>
4.1	Begrebsliste .....	16

4.1.1	Behandlingstestamente .....	17
<b>5.</b>	<b>Strategi .....</b>	<b>19</b>
5.1	Vision .....	19
5.1.1	Den politiske aftale.....	19
5.1.2	Efterfølgende dialog og aftale .....	20
5.2	Målsætninger .....	20
5.2.1	Målsætninger i forhold til borgerens mulighed for tilkendegivelse .....	20
5.2.2	Målsætninger i forhold til fravalgets ikrafttræden og gyldighed.....	20
5.2.3	Målsætning om den tekniske løsning.....	21
5.3	Interessenter og interesser .....	21
5.3.1	Borger .....	23
5.3.2	Sundhedsperson.....	24
5.3.3	Pårørende .....	24
5.4	Gevinstmodel .....	25
5.5	Kvaliteter.....	26
5.5.1	Krav og ønsker.....	26
5.5.2	Arkitekturkvaliteter .....	27
5.6	Principper .....	28
5.7	Strategisk målarkitektur .....	30
5.7.1	Kapabiliteter .....	31
<b>6.</b>	<b>Jura.....</b>	<b>33</b>
6.1	Sundhedsloven .....	33
6.2	Databeskyttelsesloven – og forordningen.....	33
6.3	Habilitet .....	34
6.4	Grundlag for de nugældende regler for fravalg af genoplivning .....	34
6.5	Viljestilkendegivelse .....	34
6.6	Digitaliseringsparat lovgivning .....	34
<b>7.</b>	<b>Sikkerhed .....</b>	<b>36</b>
7.1	Styrende vejledninger og referencearkitekturer .....	36
7.2	Den eksisterende sikkerhedsarkitektur .....	37

7.2.1	Sikkerhedsprotokoller .....	37
7.2.2	Brugertyper .....	37
7.2.3	Fuldmagt .....	37
7.2.4	Logning .....	37
7.2.4	Adgangsstyring .....	38
7.3	Grundlæggende sikkerhedsprincipper .....	38
<b>8.</b>	<b>Forretningsarkitektur .....</b>	<b>40</b>
8.1	Aktører og roller .....	40
8.1.1	Personer .....	40
8.1.2	Sundhedsprofessionel .....	41
8.2	Processer og opgaver .....	44
8.3	Forretningsobjekter .....	46
8.3.1	Forretningsobjekter .....	46
8.3.2	Dataobjekter .....	47
8.4	Relation mellem processer og forretningsobjekter .....	48
<b>9.</b>	<b>Applikationsarkitektur .....</b>	<b>49</b>
<b>10.</b>	<b>Henvisninger .....</b>	<b>52</b>
<b>Bilag A</b>	<b>Beslutningslog .....</b>	<b>54</b>
A.1	Kriterier for ret til fravalg af genoplivningsforsøg m.v. ....	54
A.2	Egen læges hjælp til borgers registrering .....	54
A.3	Borgerens mundtlige fortrydelse af fravalg .....	54
A.4	Understøttelse af de nugældende regler for fravalg af genoplivningsforsøg .....	54



# 1. Indledning

Revisionshistorik.

Revisionsdato	Version	Resumé af ændringer	Forfatter
2021-12-08	0.8	Arbejdsversion: Afsnit omkring "Indledning", "Afgrensning" og "Styring" er udarbejdet.	SDS
2022-01-13	0.9	Arbejdsversion: Afsnit med indledning, afgrænsning og styring er gennemgået med den tekniske arbejdsgruppe. Tilføjet begrebsmodel, strategiarkitektur og delvist også jura-afsnit.	SDS
2022-02-21	0.10	Arbejdsversion: Afsnit med begrebsmodel, strategiarkitektur og jura er gennemgået med den tekniske arbejdsgruppe. Tilføjet udkast til forretningsarkitektur og applikationsarkitektur	SDS
2022-05-05	0.11	Arbejdsversion: Tilpasset efter nyt politisk notat på baggrund af ordførermøde i februar. Forretningsarkitektur opdateret på baggrund af gennemgang af arbejdsgange sammen med parterne.	SDS
2022-06-03	0.12	Arbejdsversion: Indarbejdet udvalgte review kommentarer fra teknisk arbejdsgruppe, interne SDS kommentarer samt indarbejdet opdateret gevinstmodel	SDS
2022-07-13	HØ- RINGS- VERSION	Høringsversion	SDS

## 1.1 Baggrund

Retten til selvbestemmelse over afslutningen på livet er en fundamental del af et godt ældre liv og en værdig død. Det er i dag ikke muligt for en ældre alderssvækket borger, som ikke samtidig er syg, på forhånd at sikre sig imod at blive forsøgt genoplivet ved hjertestop.

I dag er det alene muligt at sige nej tak til genoplivningsforsøg, hvis man befinder sig i en akuel behandlingssituation eller et sygdomsforløb, men ældre, habile mennesker, som ikke er i en akuel sygdomssituation, men blot er alderssvækkede, har i dag ikke mulighed for at takke nej til genoplivningsforsøg, hvis deres hjerte holder op med at slå.

Det er en rettighed, som er blevet efterlyst af flere aktører på området, herunder Ældre Sagen og Lægeforeningen. Det Ethiske Råd støtter en lovsikret ret til at fravælge genoplivningsforsøg, og deres vurdering er, at der i dagens Danmark, i ikke så få tilfælde finder genoplivningsforsøg sted, som ikke burde være forekommet.

### 1.1.1 Politisk aftale

Der er i december 2020 indgået politisk aftale, som led i indsatsen for Det Gode Ældre liv, om at bygge en digital løsning til fravalg af genoplivningsforsøg.

Følgende tekst er et delvist udsnit af aftalen (for den fulde tekst henvises til aftaledokumentet [AFTALE]):

*”Med initiativet søges gennemført en lovændring, som giver habile borgere, mulighed for at tilkendegive et ønske om fravalg af genoplivningsforsøg. Dette skal kunne gøres digitalt på sundhed.dk eller ved indsendelse af en papirblanket til Sundhedsdatastyrelsen.*

*Etablering af et centralt register, ’Register for fravalg af genoplivningsforsøg’, skal sikre automatik ift. ikrafttræden og for at sikre at et fravalg, som senere kan fortrydes, straks slettes i sundhedspersonalets systemer uden, at der skal foretages manuelle procedurer. De registrerede oplysninger skal kunne tilgås digitalt af det personale, som skal kende og efterkomme sådanne fravalg, hvorfor der sikres integration til de fagsystemer, som personalet benytter til daglig. Dette gælder personale på AMK-vagtcentraler, ambulancebehandlere og akutlæger, sygehuspersonale, sundheds- og plejepersonale i kommuner og praktiserende læger.”*

I december 2021 blev der udsendt et politisk ordførernotat angående konkretisering af løsningsmodel for fravalg af genoplivningsforsøg [ORDFØRERNOTAT], som på baggrund af indledende analysearbejde konkretiserede regeringens forslag til fravalg af genoplivningsforsøg i forbindelse med hjertestop. De politiske ordfører tilsluttede sig notatet i februar 2022. Dette resulterede i følgende opsummering.

<b>Målgruppe:</b>	Alle borgere over 60 år, der ønsker at få en naturlig død, når hjertet holder op med at slå (dvs. uanset om de befinder sig i en aktuel sygdomssituation eller ej).
<b>Tidligste registrerings-tidspunkt</b>	60 år.
<b>Ikrafttrædelsestidspunkt</b>	Syv kalenderdage efter, at borgeren har registreret sit fravalg.
<b>Kvittering på ikrafttræ-delse</b>	Når registreringen træder i kraft, vil borgeren få besked herom i enten Digital Post eller ved almindelig post (alt efter registreringsmetode).
<b>Påmindelsesnotifikation</b>	Borgeren vil modtage en årlig notifikation om, at den pågældende har registreret et fravalg i enten Digital Post eller ved almindelig post (alt efter registreringsmetode).
<b>Fortrydelsesret</b>	Et registreret fravalg kan til enhver tid fortrydes af borgeren, så længe den pågældende er habil.

### 1.1.2 Foranalyse

Projektet har fra april-oktober 2021, i samarbejde med DEFACTUM i Region Midtjylland udarbejdet en foranalyse, som består af Delrapport 1 [FORANALYSE 1] der omhandler interessenters perspektiver på den politiske aftale og særligt målgruppen, mens delrapport 2 [FORANALYSE 2] omhandler borgeres og sundhedspersoners ønsker og behov til den fremtidige digitale løsning.

Foranalysen består ligeledes af et notat der sammenfatter beskrivende statistik, som bidrager til at belyse målgruppen for fravalg af genoplivningsforsøg samt statistik vedrørende forekomsten af hjertestop i Danmark hos borgere over 60 år. Endelig er der udarbejdet en Begrebs- og aktørliste.

Foranalysen har bidraget med et væsentligt input til den efterfølgende politiske proces ift. de identificerede udfordringer med de aftalte kriterier vedr. at borger skal modtage pleje eller bo på et plejehjem, før ikrafttrædelse af retten til fravalg af genoplivningsforsøg. Foranalysen skal også danne baggrund for udfærdigelse af en kommende bekendtgørelse og dermed også til den tekniske løsning.

## 1.2 Formål

### 1.2.1 Vision, mål og arkitektur for løsningen

Målbilledet beskriver vision, mål og den overordnede arkitektur for den løsning, som skal udarbejdes i en kommende løsning til fravalg af genoplivningsforsøg. Der tages udgangspunkt i forretningsens problem og behov, og herudfra illustreres, hvordan den fremtidige arkitektur skal understøtte de overordnede visioner og mål. Arkitekturen beskriver på et overordnet niveau de påtænkte forandringer i arbejds gange, systemsammensætning, informationer og data-flow.

### 1.2.2 Rammer for gennemførelsen

Målbilledet danner rammen om en kommende løsning til fravalg af genoplivningsforsøg, herunder den yderligere afklaring og analyse som finder sted i gennemførelsesfasen. Detaljer, som afdækkes i gennemførelsesfasen, fastholdes i henholdsvis løsningsarkitektur og kravspecifikation, og indarbejdes altså ikke i målbilledet. Kun hvis der ledelsesmæssigt besluttes ændringer til de overordnede rammer, skal målbilledet opdateres.

### 1.2.3 Målbilledet

For at målbilledet kan anvendes, skal følgende gælde:

- Skal holdes på konceptuelt niveau for at danne en stabil ramme for projektet
- Skal kunne forstås af alle med kendskab til forretningsdomænet

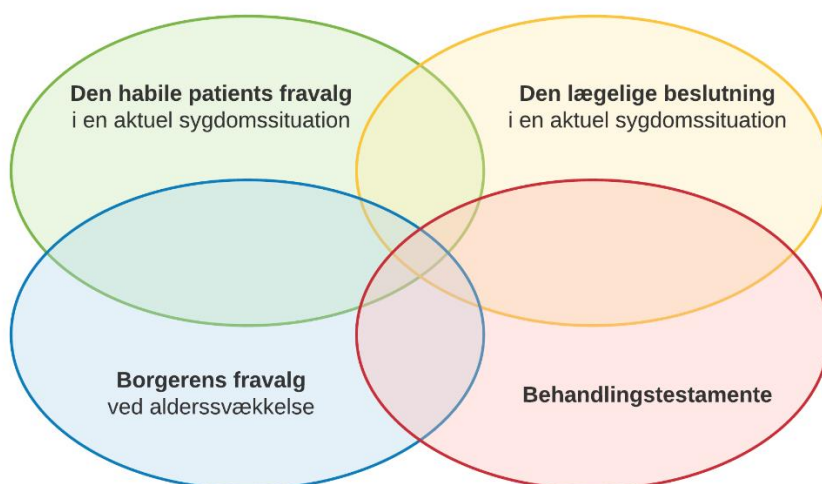
## 1.3 Væsentlige begreber og forudsætninger

I dette afsnit introduceres begreber som anvendes i den følgende tekst i målbilledet, og som er væsentlige for en fælles forståelse af det beskrevne. En mere udførlig liste af begreber findes i afsnit 4, og er i overensstemmelse med begrebslisten udarbejdet i foranalysen [FORANALYSE-BEGR].

### 1.3.1 Nuværende og kommende typer af fravalg

I foranalysen [FORANALYSE] behandles nuværende og kommende typer af fravalg. Følgende tekst opsummerer beskrivelsen i foranalysen, og der henvises til denne for en uddybende beskrivelse.

Der findes i dag tre undtagelser for genoplivningsforsøg (herefter betegnet som 'de nugældende regler for fravalg af genoplivningsforsøg', se afsnit 6.4) der giver mulighed for at der på forhånd kan træffes beslutning om fravalg af genoplivningsforsøg i aktuelle sygdomssituationer.



Figur 1: Typer af fravalg, den habile patients fravalg samt de tre gældende undtagelser for genoplivningsforsøg.

**Den habile patients fravalg** (den grønne cirkel): En habil patient kan i en aktuell sygdomssituation fravælge genoplivningsforsøg, når en læge har vurderet, at patienten er habil og forstår konsekvenserne af sin beslutning.

**Den lægelige beslutning** (den gule cirkel): En læge kan på forhånd fravælge genoplivningsforsøg hos en patient, hvor lægen vurderer, at forsøg på genoplivning vil være udsigtsløst. Der er således tale om et forudgående fravalg, inden hjertestoppet indtræder.

**Behandlingstestamente** (Den røde cirkel): Der findes i dag mulighed for, at en borger kan oprette et behandlingstestamente. En borger, der er fyldt 18 år, og som ikke er under værgemål, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, kan lave et behandlingstestamente hvor borgeren forhåndstilkendegiver, at der ikke ønskes livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg ved hjertestop. Behandlingstestamentet træder dog først i kraft, når en læge har vurderet, at borgeren er varigt inhabil og befinder sig i en af de situationer, som testamentet omhandler. Behandlingstestamentet er trådt i kraft i 2019 og afløser det, der før hed livstestamentet. Livstestamentet er dog stadig gældende for de borgere der havde et sådan oprettet før behandlingstestamentet trådte i kraft.

De tre ovenfor nævnte muligheder for fravalg af genoplivningsforsøg er omfattet af gældende lov og er beskrevet i "Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg" [GENOPLIV-VEJL]

**Borgers fravalg** af genoplivningsforsøg ved hjertestop (den blå cirkel): Habile borgere, der opfylder visse betingelser jvf. den konkretiserede politiske aftale [ORDFØRERNOTAT], får med den kommende borgersikrede ret mulighed for at fravælge genoplivningsforsøg ved hjertestop. I den politiske aftale er det yderligere specificeret forhold som skal gælde før fravalget træder i kraft.

### 1.3.2 Habilitet

I forhold til begrebet "habilitet" defineres begrebet i 'Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Øget selvbestemmelse for patienter i forhold til fravalg af behandling, herunder oprettelse af en behandlingstestamenteordning)' jf. side 9 [BT-LOVFORSLAG].

Denne definition kan, iflg. Styrelsen for Patientsikkerhed, kobles til 'Bekendtgørelse om behandlingstestamenter'[BT-BEKENDTGØRELSE], hvori det fremgår, at en borger skal være habil på tidspunktet for oprettelse af et behandlingstestamente. Definitionen på habilitet må anvendes her, indtil den kommende lovgivning definerer borgers habilitet.

Habilitet defineret således:

*"En stillingtagen fra en habil patient, dvs. en patient, som er i stand til at udøve sin selvbestemmelse i en konkret situation."*

Se også afsnit 6.3 Habilitet

### 1.3.3 Opslag

I forhold til begrebet "opslag" er det væsentligt at være opmærksom på, at dette i teknisk sammenhæng kan betegne en række forskellige former for adgang til data. I dette målbillede betyder begrebet "Opslag" at få adgang til information på en pågældende patient.

Opslag skal således ikke forstås som, at sundhedspersonen nødvendigvis skal logge på og slå op i et separat system.

Med udarbejdelse af målbilledet skal der fastlægges, hvilke typer af opslag en kommende løsning skal understøtte. Dette beskrives under forretningsarkitektur og applikationsarkitektur.

### 1.3.4 Viljestilkendegivelse

En viljestilkendegivelse er et samlet begreb for enten at samtykke eller frabede [MAAL-SAMTYKKE].

Bekendtgørelse nr. 359 af 2019 om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v. er udmøntet i henhold til sundhedsloven.

I bekendtgørelsen skelnes der bl.a. mellem samtykke til patientbehandling og samtykke til videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.

I bekendtgørelsens § 2 fremgår det, hvad der udgør et samtykke til patientbehandling.

I bekendtgørelsens § 8, stk. 2 fremgår det, hvornår der er givet samtykke til videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v. Af denne bestemmelse fremgår, at samtykket skal leve op til kravene i artikel 4, nr. 11, og artikel 7 i Europa-Parlamentets og Rådets forordning nr. 2016/679 af 27. april 2016 om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger (databeskyttelsesforordningen).

Af databeskyttelsesforordningens artikel 4, nr. 11 fremgår følgende definition af samtykke:  
”»samtykke« fra den registrerede: enhver frivillig, specifik, informeret og utvetydig viljestilken-  
degivelse fra den registrerede, hvorved den registrerede ved erklæring eller klar bekræftelse  
indvilliger i, at personoplysninger, der vedrører den pågældende, gøres til genstand for be-  
handling”.

## 2. Afgrænsning

Dette afsnit beskriver væsentlige afgrænsninger for målbilledet.

### 2.1 De nugældende regler for fravalg af genoplivningsforsøg understøttes ikke

De nugældende regler for fravalg af genoplivningsforsøg (den gule, røde og grønne cirkel på figur 1) understøttes ikke i den kommende løsning. Løsningen skal kun omfatte borgerens fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop. Den konkretiserede politiske aftale [ORDFØRERTAT] omfatter udelukkende, at der udvikles en løsning til borgerens fravalg af genoplivningsforsøg, men at der fremadrettet diskuteres finansiering i forhold til at den digitale løsning også kan indeholde andre former for fravalg af genoplivningsforsøg.

### 2.2 Samlet overblik over fravalg i fagsystemer understøttes ikke

Foranalysen [FORANALYSE 1] afdækker at sundhedspersoner i kommuner og på sygehuse har ønske om at samtlige fravalg af genoplivningsforsøg præsenteres samlet i hhv. EOJ- og EPJ-systemerne, dvs. samme sted som de nugældende regler for fravalg dokumenteres i dag. Den kommende løsning til borgerens fravalg af genoplivningsforsøg, omfatter ikke en løsning der skal samle de forskellige fravalg i fagsystemerne.

### 2.3 Indsamling af data til kvalitetssikring og forskning

Der er behov for yderligere afdækning i forhold til indsamling af data til kvalitetssikring og forskning, herunder afklaring af hjemmel til denne anvendelse af data.

Det skal bemærkes, at såfremt registrering af fravalg af genoplivningsforsøg har en forbindelse til den fælles digitale infrastruktur, vil forskning på datasættet ikke være muligt, jf. bemærkninger til sundhedslovens § 193b. Dette gælder, da data der behandles i forbindelse med den fælles digitale infrastruktur kun må bruges til patientbehandling.

## 3. Rammer og forudsætninger

### 3.1 Rammer

På nuværende tidspunkt baserer en kommende løsning sig på den konkretiserede politiske aftaletekst [ORDFØRERNOTAT], samt en foranalyse [FORANALYSE 1+2], hvor interessenter er blevet hørt. De eksisterende rammer er baseret på:

- Aftaleteksten mellem de politiske beslutningstagere, se [AFTALE] samt [ORDFØRERNOTAT].
- Eksisterende aktører og arbejdsgange, samt ønsker fra de sundhedsfaglige aktører, borgere og øvrige interessenter omkring den ældre borger. Dette er undersøgt i foranalysen og beskrevet i to delrapporter [FORANALYSE-1] og [FORANALYSE-2]
- Eksisterende lovgivning, herunder sundhedsloven og databeskyttelseslov og -forordning. Der er skrivende stund udsendt en lovforslags til ændring af sundhedsloven. Dette lovforslag giver en habil borger over 60 år rettighed til fravalg af genoplivningsforsøg samt fastlægger en udmøntningsbestemmelse til en kommende bekendtgørelse vedrørende registeret til borgerens fravalg af genoplivningsforsøg.
- Endeligt udgør eksisterende systemer, som løsningen skal integrere til, også et sæt rammer. Disse sætter dels tekniske rammer, men også rammer i forhold til forretningsarkitektur.

### 3.2 Rammer for målbilledet

Den overordnede og styrende ramme for målbillede til fravalg af genoplivningsforsøg tager afsæt i det faglige oplæg til handlingsplan for det gode ældreliv (Sundhedsstyrelsen 2019), denne handlingsplan blev udmøntet i en politisk aftale om det gode ældreliv (Regeringen 2020), hvorefter en foranalyse om fravalg ved genoplivning blev igangsat (DEFACTUM 2021).

Målbilledet danner rammen for et fælles nationalt register for fravalg af genoplivningsforsøg. Herunder definerer målbilledet rammer for den yderligere afklaring og analyse som kan finde sted i gennemførelsesfasen. Detaljer, som afdækkes i gennemførelsesfasen, fastholdes i løsningsbeskrivelsen, og indarbejdes ikke i målbilledet. Kun hvis projektets styregruppe beslutter ændringer til de overordnede rammer, skal målbilledet opdateres.

For at målbilledet kan betragtes som basis for det videre specifikationsarbejde, vil følgende præmisser være styrende for udformningen:

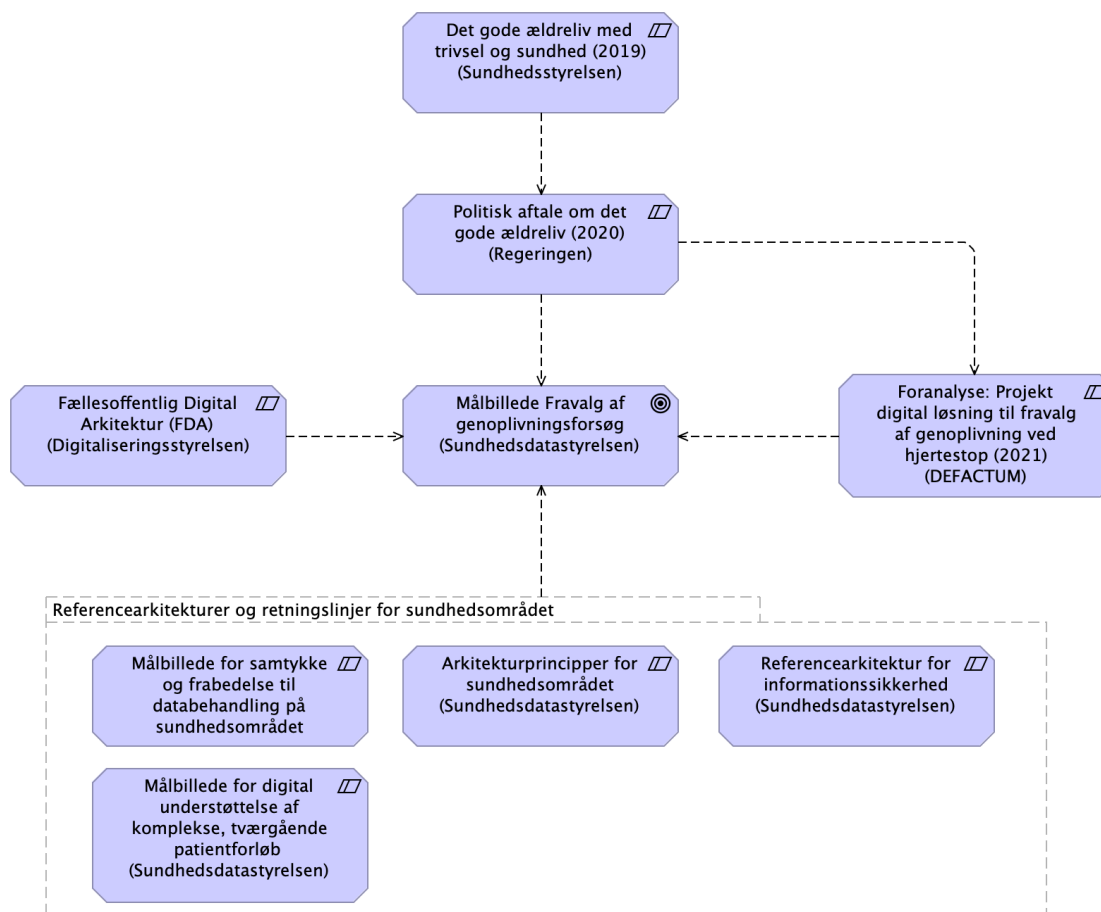
Figur 2 viser de styrende rammer for målbillede til fravalg af genoplivningsforsøg. Af strategisnittet fremgår de udvalgte principper, som har særlig fokus i denne løsning.

- Målbilledet struktureres efter Fællesoffentlig Digital Arkitektur [FDA], som er et rammeværk anbefalet af Digitaliseringsstyrelsen. I målbilledet afdækkes de 8 grundperspektiver beskrevet i dokumentet "Retningslinjer for formidling og dokumentation af arkitektur i digitaliseringsprojekter<sup>1</sup>". I dette målbillede arbejder vi med alle otte grundlæggende perspektiver.
- Målbillede for samtykke og frabadelse [MAAL-SAMTYKKE] til databehandling på sundhedsområdet, definerer en række begreber som eksempelvis "viljetilkendegivelse"

<sup>1</sup> [https://arkitektur.digst.dk/sites/default/files/retningslinjer\\_for\\_formidling\\_og\\_dokumentation\\_af\\_arkitektur\\_i\\_digitaliseringsprojekter\\_0.pdf](https://arkitektur.digst.dk/sites/default/files/retningslinjer_for_formidling_og_dokumentation_af_arkitektur_i_digitaliseringsprojekter_0.pdf)



- Målbillede for digital understøttelse af komplekse, tværgående patientforløb [MAAL-PATIENTOVERBLIK] beskriver behov og principper for deling af bl.a. borgerens stamdata og registreringer fra registre.
- Målbilledet skal holdes på konceptuelt niveau for at danne en stabil ramme for løsningen
- Målbilledet skal være forståeligt af alle med kendskab til forretningsdomænet



Figur 2: Ramme for udvikling af målbilledet

### 3.3 Udarbejdelse, review og godkendelse af målbilledet

Målbilledet er udarbejdet af Sundhedsdatastyrelsen, i samarbejde med projektets tekniske arbejdsgruppe, som består af repræsentanter for:

- Regionerne, herunder regionernes akutberedskab
- KL
- Sundhed.dk
- SDS

Udarbejdelse af målbilledet i den tekniske arbejdsgruppe er planlagt til at ske af tre omgange, opdelt ud fra de 8 grundlæggende FDA-arkitekturperspektiver (Figur 3). Jura og sikkerhed er aspekter som har en sammenhæng både med forretningsarkitektur, informationsarkitektur og applikationsarkitektur, og vil blive behandlet sammen med disse.

#### 1. omgang.

Målbilledet etableres og styringen af det fastlægges, herunder governance for målbilledet, interessenter og forretningsmål + afgrænsninger.

#### 2. omgang.

Strategiarkitekturen, herunder beskrivelse af arkitekturprincipper, begrebsmodel samt det overordnede scope for jura og sikkerhed fastlægges.

#### 3. omgang.

Forretningsarkitekturen, herunder krav, aktører, processer og forretningsobjekter defineres. Informationsarkitekturen herunder begreber og standarder samt centrale forretnings- og dataobjekter beskrives.

Applikationsarkitekturen, her applikationer, services og infrastruktur beskrives.

Jura og sikkerhedsaspekter beskrives for hver del af arkitekturen

#### 4. omgang.

Det har vist sig nødvendig at have en 4. omgang på forretningsarkitekturen, i forhold til de krav, processer og arbejdsgange der ligger og skal ligge i de enkelte aktørers fagsystemer. Applikationsarkitekturen er opdateret på baggrund af den opdaterede forretningsarkitektur.

Beslutningslog og Henvisninger opdateres løbende under alle omgange

**Styring:** Governance, interessenter, forretningsmål

**Strategi:** Strategi, målbillede, arkitekturprincipper

**Jura:** Lovgivning, databehandleraftaler, SLA-aftaler

**Sikkerhed:** Sikkerheds- strategi, model og kontroller

**Opgaver:** Opgave-/ servicekatalog, arbejdsgangsbeskrivelse

**Information:** Domænemodel, begrebsmodel, standarder

**Applikation:** Systemlandskab

**Infrastruktur:** Infrastrukturkoncept

Figur 3: De 8 grundlæggende FDA-arkitekturperspektiver

Målbilledet behandles i følgende grupper:

- Projektets styregruppe
- RITA
- Kommunernes IT-arkitekturråd
- PL-forum
- RUSA

Målbilledet vil herefter danne den fremtidige ramme for det fælles nationale register for fravalg af genoplivningsforsøg.

Målbilledet er arkitekturrammen for fravalg af genoplivningsforsøg, og kan justeres i forhold til nye behov eller ændringer i IT-løsninger, som løsningen har afhængigheder til. Projektledelsen forelægger forslag til ændringer i målbilledet i den tekniske arbejdsgruppe og eventuelle ændringer skal efterfølgende godkendes i projektets styregruppe. Væsentlige ændringer skal ud fra vurdering forelægges i RITA og RUSA.

### 3.3.1 Behandling i RITA, Kommunernes IT-arkitekturråd og PL-forum

Løsningen forelægges i RITA, Kommunernes IT-arkitekturråd og PL-forum til høring. Når det komplette målbillede er udarbejdet, og efter at eventuelle bemærkninger fra projektets styregruppe er indarbejdet.

### 3.3.2 Behandling i RUSA

En løsning for fravalg af genoplivningsforsøg skal forelægges Det rådgivende udvalg for standarder og arkitektur (RUSA), som led i behandling af målbilledet.

RUSA behandler nationale projekter, arkitekturprodukter samt IT-standarder med henblik på at sikre sammenhæng og interoperabilitet i digitale løsninger på sundhedsområdet. På Sundhedsdatastyrelsens webside beskrives RUSA's kommissorium samt styringsprocesser for arkitektur og standardgodkendelser:

<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-referencearkitektur-og-standarder/udvalg>

### 3.3.3 Fremtidige ændringer af målbilledet

Målbilledet er arkitekturrammen for løsninger til fravalg af genoplivningsforsøg, og løsninger skal derfor udvikles og ibrugtages i overensstemmelse hermed. Erfaringer herfra kan afføde ønsker til ændring af rammerne, ligesom målbilledet efterfølgende kan udbygges og dække aspekter eller områder, man i første omgang havde afgrænset sig fra. Endelig er det vigtigt, at målbilledet ajourføres i takt med at verden forandrer sig. Der vil således komme nye versioner af målbilledet fremover.

Når først målbilledet har været behandlet i RUSA og optaget som et nationalt arkitekturprodukt, da vil fremtidig vedligeholdelse styres i overensstemmelse med processer aftalt med sundhedsområdets parter. Det betyder, at der ved optagelsen af produktet vil blive udpeget en produktejer, der fremover er ansvarlig for at væsentlige interessenter inddrages i produktets videre udvikling. Produktejeren er også ansvarlig for at nye versioner af målbilledet forelægges RUSA med henblik på at disse optages som nationale arkitekturprodukter (eventuelt efter forudgående høringsprocesser aftalt med RUSA).

## 4. Begrebsmodel

I dette afsnit beskrives begreber som er væsentlig for udarbejdelse af en løsning for fravalg af genoplivningsforsøg.

Definition af begreberne stammer til dels fra foranalysen, hvor der er udarbejdet en begrebsliste [FORANALYSE-BEGR]. Foranalysens begrebsliste indeholder en række kliniske termer, som indgår som baggrundsinformation i diskussionen i foranalysen. En del af disse termer anvendes ikke i dette målbillede og forventes ikke anvendt i det videre arbejde med indeværende målbillede. Begrebslisten og begrebsmodellen har derfor et vist overlap med foranalysens begrebsliste, men indeholder ikke en kopi af denne.

Desuden er der tilføjet begreber af mere teknisk art. Disse forventes at indgå i forretningsarkitektur og applikationsarkitektur m.v. Begrebslisten forventes derfor udvidet yderligere når disse afsnit skrives.

Begreberne er koordineret med Begrebsbasen for det Nationale Begrebsarbejde for Sundhedsvæsenet (NBS) [NBS-BEGREBSBASE].

### 4.1 Begrebsliste

Kilder i NBS er angivet med et link til den relevante definition, men kan også findes ved opslag.

Begreb	Definition	Kilde til definition	Relevans for fravalg af genoplivningsforsøg
Advis (Advisering)	Sundhedsfaglig standardmeddelelse fra sygehus til kommune om forløbsstatus for fælles patient.	NBS <a href="#">link</a>	Advis kan indgå som et element til at understøtte forretningsarkitektur.
	Teknisk er en avis som følger WS-notification-standarden en besked som opsamles og kan afhentes af en modtager, på basis af oprettede abonnemeter. Den nationale adviseringservice (NAS) på NSP'en er baseret på denne standard. På NAS gælder at adviseringer ikke er databærende, men adviserer modtagersystemer om at der findes ny eller opdaterede data i kildesystemet. Der adviseres på baggrund af nøgler som eksempelvis CPR-nummer.	--	
AMK-Vagtcentral	AMK er en forkortelse af Akut Medicinsk Koordinering. AMK-vagtcentralen håndterer 1-1-2 opkald vedrørende alvorlig sygdom, tilskadekomst eller fødsel, samt andre former for ikke-akutte liggende patienttransporter.		AMK-vagtcentraler er bemanded af sundhedsfaglige visitatorer, som vurderer 1-1-2 opkaldet og beslutter hvilken hjælp der er behov for. Således består den sundhedsfaglige visitation i at vurdere, hvor alvorlig og akut hændelsen er og i at vurdere, hvilken form for hjælp, der skal sendes afsted til hændelsen For fravalg til genoplivningsforsøg, er det relevant for den sundhedsfaglige visitator at orientere sig i borgerens ønsker, hvis denne kan identificeres.
Behandlingstestamente (Livstestamente)	Se længere beskrivelse i underafsnit 4.1.1	Foranalyse	I behandlingstestamentet har borgeren mulighed for at træffe valg, som for borgeren vil opleves som værende i tæt sammenhæng med fravalg af genoplivningsforsøg.

Genoplivningsforsøg	Behandling som iværksættes ved op-hør af respiration og cirkulation.	Foranalyse, instruks fra Aalborg Kommune: <a href="https://instrukser.aalborg.dk/sundhedsfaglige-instrukser/fravalg-af-livsforlaengende-behandling-herunder-genoplivningsforsog">https://instrukser.aalborg.dk/sundhedsfaglige-instrukser/fravalg-af-livsforlaengende-behandling-herunder-genoplivningsforsog</a>	Den behandling som er genstand for fravalg i løsningen som skal udarbejdes.
Genoplivning	Basal genoplivning (ventilation og hjertemassage) og avanceret genoplivning (defibrillering, intubation og medikamentel behandling).	Foranalyse, fra Region Hovedstadens vejledning vedr. Genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg (kliniske afd. og præhospitalet): <a href="https://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html">https://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html</a>	Den handling eller det udkomme, som et genoplivningsforsøg kan have.
Habilitet	En patient anses for habil, når denne har evnen til at forstå information og kan overskue konsekvenserne af sin beslutning på baggrund af informationen. Den habile patient kan udøve sin selvbestemmelsesret og kan derved give samtykke til behandling m.v.	Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg [GENOPLIV-VEJL]	Ifølge den politiske aftale en forudsætning for at borgeren kan fravælge genoplivningsforsøg. Se også afsnit 1.1.1.

#### 4.1.1 Behandlingstestamente

Behandlingstestamentet er en formaliseret forhåndstilkendegivelse, hvori en habil patient, der er fyldt 18 år og ikke er under værgemål, har tilkendegivet, at denne ikke ønsker at modtage livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, i visse situationer. Testamentet træder først i kraft, når en læge har vurderet, at patienten er varigt inhabil og befinder sig i en af de nærmere fastsatte situationer i testamentet.

Livstestamenter kunne oprettes indtil den 1. januar 2019, hvorefter behandlingstestamenter har kunnet oprettes. Allerede oprettede livstestamenter er fortsat gyldige.

**Tilkendegivelser i et livstestamente** kan gå ud på,

- at der ikke ønskes livsforlængende behandling i en situation, hvor patienten er uafvendeligt døende (bindende tilkendegivelse), og
- at der ikke ønskes livsforlængende behandling i tilfælde af, at sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop eller lignende har medført så svær invaliditet, at patienten varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt (vejledende tilkendegivelse).

Sidstnævnte tilkendegivelse er, i modsætning til den første, alene vejledende for den behandlingsansvarlige læge.

**Tilkendegivelser i et behandlingstestamente** kan gå ud på, at der ikke ønskes livsforlængende behandling i en situation, hvor

- patienten er uafvendeligt døende,

b) sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop eller lignende har medført så svær invaliditet, at patienten varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt, og

c) behandlingen kan føre til overlevelse, men de fysiske konsekvenser af sygdommen eller af behandlingen vurderes at være meget alvorlige og lidelsesfulde.

I behandlingstestamentet kan patienten også bestemme, at vedkommende ikke ønsker at modtage behandling ved brug af tvang efter reglerne i lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile.

Alle tilkendegivelser i et behandlingstestamente er bindende for alle sundhedspersoner, når en læge har vurderet, at testamentet er trådt i kraft. Hvis tilkendegivelsen er gjort betinget af accept fra de nærmeste pårørende m.fl., er den først bindende, hvis de nærmeste pårørende m.fl. accepterer den.

## 5. Strategi

### 5.1 Vision

I det følgende beskrives visionen for fravalg af genoplivningsforsøg. Visionen er hovedsageligt baseret på den politiske aftale, men også i forhold til hvad der er besluttet i den efterfølgende proces.

I projektets foranalyse er der fremkommet en række ønsker fra forskellige repræsentanter for interessenterne. Disse er ikke en del af det politiske opdrag, og behandles i afsnit 5.3 Interessenter og interesser.

#### 5.1.1 Den politiske aftale

Visionen for fravalg af genoplivningsforsøg er formuleret i den politiske aftale "Aftale om udmøntning af midlerne afsat til Det gode ældre liv" [AFTALE]. I aftalen indgår under punkt 3.1 "Ret til fravalg af genoplivning ved hjertestop".

Nedenstående tekst er et delvist udsnit af aftalen, fra aftalepunktets begyndelse til at økonomien beskrives. For den fulde tekst henvises til aftaledokumentet. Enkelte passager markeret med et nummer som <sup>(1)</sup> osv, og er udspecificeret som målsætninger i afsnit 5.2.

Bemærk at der, efter at den politiske aftale er indgået, er indgået en aftale mellem projektet, SUM og ministeren, som foreløbigt slækker på de krav som stilles i den politiske aftale. Disse krav er defineret i [ORDFØRERNOTAT], og er de politiske ordfører tilsluttede sig notatet februar 2022

*"Retten til selvbestemmelse over afslutningen på livet er en fundamental del af et godt ældre liv og en værdig død. Det er i dag ikke muligt for en ældre (alders)svækket borger, som ikke samtidig er syg, på forhånd at sikre sig imod at blive genoplivet ved hjertestop.*

*Der iværksættes et initiativ, der skal sikre retten til, at ældre svækkede borgere, som har levet et langt liv og er nået til et sted i livet, hvor de har behov for daglig hjælp til omsorg, personlig og praktisk hjælp, kan sige nej tak til at blive forsøgt genoplivet, når deres hjerte holder op med at slå.*

*Med initiativet vedtages en lovændring, som giver habile borgere, som er fyldt 60 år, mulighed for at tilkendegive et ønske om fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop på sundhed.dk <sup>(1)</sup> eller ved indsendelse af en papirblanket <sup>(2)</sup>. Fravalget træder i kraft, når borgeren er fyldt 60 år <sup>(3)</sup> og har behov for pleje i eget hjem eller er flyttet i plejebolig/på plejehjem. Den konkrete definition af målgruppen fastlægges efter inddragelse af de relevante aktører på området. Et fravalg kan fortrydes af borgeren, så længe den pågældende er habil <sup>(4)</sup>.*

*Som led i initiativet udvikles og etableres et centralt register, hvor borgernes fravalg af genoplivning registreres <sup>(5)</sup>. Dette for at sikre automatik ift. ikrafttræden og for at sikre, at fravalg, som senere fortrydes, straks slettes i personalets systemer uden, at der skal foretages manuelle procedurer <sup>(6)</sup>. De registrerede oplysninger skal kunne tilgås digitalt af det personale, som skal kende og efterkomme sådanne fravalg, hvorfor der sikres integration til de fagsystemer, som personalet benytter til daglig <sup>(7)</sup>.*

*Dette gælder personale på AMK-vagtcentraler, ambulancereddere, sygehuspersonale, sundheds- og plejepersonale i kommuner og praktiserende læger <sup>(8)</sup>.*

*Som led i lovgivningsarbejdet vil Sundheds- og Ældreministeriet inddrage bl.a. Ældre Sagen, Danske Patienter, KL, Danske Regioner, Lægeforeningen, Danske Sygeplejeråd og FOA. Den nærmere praktiske udformning af retten til fravalg af genoplivning ved hjertestop skal fastlægges i dialog med aftalepartierne sundheds- og ældreordførere.*

### 5.1.2 Efterfølgende dialog og aftale

Siden den politiske aftale er indgået, har der været dialog mellem projektet, SUM og ministeren. Dette dels i forhold til at præcisere hvad der er formuleret i aftalen, og i forhold til hvilke kriterier som skal gælde for at den ældre borger har ret til fravalg af genoplivningsforsøg. Her er der i december 2021 truffet en foreløbig beslutning om nedenstående, hvor nummer <sup>(9)</sup>, <sup>(10)</sup> og <sup>(11)</sup> refererer til målsætninger i afsnit 5.2.

- Det tidligste registreringstidspunkt for borgerens fravalg af genoplivningsforsøg er 60 år <sup>(9)</sup>.
- Borgerens fravalg skal træde i kraft 7 dage efter registreringen <sup>(10)</sup>.
- Registrerede borgere skal årligt modtage en notifikation om at de har registreret fravalget <sup>(11)</sup>.
- Et registreret fravalg kan til enhver tid fortrydes af borgeren, så længe den pågældende er habil <sup>(12)</sup>.

Ovenstående er besluttet i den konkretiserede politiske aftale [ORDFØRERNOTAT].

## 5.2 Målsætninger

Visionen for en løsning for fravalg af genoplivningsforsøg er beskrevet i det foregående afsnit. Visionen er nedbrudt i følgende målsætninger:

### 5.2.1 Målsætninger i forhold til borgerens mulighed for tilkendegivelse

- Borgeren skal have mulighed for at tilkendegive et ønske om fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop på sundhed.dk.  
(Den politiske aftale (1))
- Borgeren skal desuden have mulighed for at tilkendegive et ønske om fravalg af genoplivningsforsøg ved indsendelse af en papirblanket.  
(Den politiske aftale (2))

### 5.2.2 Målsætninger i forhold til fravalgets ikrafttræden og gyldighed

- Fravalget træder i kraft, når borgeren er fyldt 60 år.  
(Den politiske aftale (3) samt den konkretiserede aftale (9))
- Et fravalg kan fortrydes af borgeren, så længe den pågældende er habil.  
(Den politiske aftale (4) samt den konkretiserede aftale (12))
- Borgerens fravalg skal træde i kraft 7 dage efter registreringen.  
(Den konkretiserede aftale (10))



### 5.2.3 Målsætning om den tekniske løsning

- Som led i initiativet udvikles og etableres et centralt register, hvor borgernes fravalg af genoplivningsforsøg registreres.  
(Den politiske aftale (5))
- Løsningen skal sikre automatik ift. ikrafttræden og for at sikre, at fravalg, som senere fortrydes, straks slettes i personalets systemer uden, at der skal foretages manuelle procedurer.  
(Den politiske aftale (6))
- De registrerede oplysninger skal kunne tilgås digitalt af det personale, som skal kende og efterkomme sådanne fravalg, hvorfor der sikres integration til de fagsystemer, som personalet benytter til daglig.  
(Den politiske aftale (7))
- Registrerede borgere skal årligt modtage en notifikation om, at de har registreret fravalget.  
(Den konkretiserede aftale (11))

## 5.3 Interessenter og interesser

I følgende afsnit beskrives interessenter og interesser. Borgere og sundhedspersoner udgør de primære interessenter, idet disse direkte påvirkes af borgerens mulige fravalg af genoplivningsforsøg.

Interessenters perspektiver er udførligt behandlet i foranalysen. Tabellen herunder sammenfatter de væsentligste interesser, med udgangspunkt i foranalysens delrapport 1 [FORANALYSE-1], specifik sammenfatning af opmærksomhedspunkter. Temaer fra foranalysen som udtrykkeligt er fravalgt, er ikke inkluderet i dette afsnit.

Interessenter og aktører er ikke nødvendigvis de samme som de aktører som anvender eller påvirkes af løsningen, selvom der er et vist sammenfald. Aktører og roller er beskrevet i afsnit 8.1.

A: Interessenter som direkte involveres af et fravalg af genoplivningsforsøg:				
Interessant	Holdning til projektet	Mulighed for at påvirke projektet	Ejer	Prioritet
<b>Borger</b> Den ældre habile borger omfattet af retten til fravalg af genoplivningsforsøg	Se afsnit 5.3.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Via forarbejdet i foranalysen, hvor også en række interesse- og patientorganisationer har været inddraget.</li> <li>- Via gevinstbeskrivelser</li> <li>- Forventeligt via brugerafprøvelse af den borgervendte løsning på sundhed.dk og papirblanket</li> </ul>	Projektledelsen og SUM (projekt-ejer)	1
<b>Sundhedsperson</b> herunder nedenstående roller	Se afsnit 5.3.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Via forarbejdet i foranalysen.</li> <li>- Repræsenteret i styregruppen, den kliniske arbejdsgruppe og følgegruppe</li> <li>- via repræsentanter i tabellens afsnit D</li> </ul>	Projektledelsen og styregruppen	1
Personale i hjemme plejen og på plejehjem				1
Ambulancepersonale, akutlæge				1
Sundhedsfaglig visitator i AMK-vagtcentral				1
Sygehuspersonale				1

Praktiserende læger og vagtlæger				1
<b>B: Interessenter som involveres i udvikling og drift af en løsning til fravalg af genoplivningsforsøg:</b>				
Interessent	Holdning til projektet	Mulighed for at påvirke projektet	Ejer	Prioritet
Sundhedsministeriet	At der udvikles en løsning som opfylder de politiske krav og kommende lovgivning.	- Repræsenteret i styregruppen (er projektejer), den kliniske arbejdsgruppe og følgegruppe	Projektledelsen og styregruppen	
Social- og Ældreministeriet	<i>(Den politiske aftale blev indgået da ældreområdet var placeret under det daværende Sundheds- og Ældreministerium og derved af Sundhedsministeren og partiernes sundhedsordførere. Siden er ældreområdet flyttet til det nuværende Social- og Ældreministerie)</i>  At der udvikles en løsning som opfylder de politiske krav og kommende lovgivning til understøttelse af ældreområdet	<i>(De afsatte midler fra puljen for Det Gode Ældrelev er flyttet til Social- og Ældreministeriet. Det er under afklaring (2022) hvordan de varige midler, som blev anvist i aftalen af sundhedsministeren og ordførerne, skal finansieres. SÆM har derved en økonomisk interesse ift. driften af den digitale løsning.)</i>	Sundhedsministeriet	
Sundhedsdatastyrelsen	At der udvikles en IT-løsning som opfylder krav der stilles af øvrige interessenter, og effektivt kan udvikles, driftes og vedligeholdes.	- Repræsenteret i styregruppen, den kliniske arbejdsgruppe, den tekniske arbejdsgruppe og følgegruppe	Projektledelsen og styregruppen	
Styrelsen for Patientsikkerhed	At en kommende løsning til fravalg af genoplivningsforsøg medvirker til en god patientsikkerhed.	- Repræsenteret i styregruppen, den kliniske arbejdsgruppe og følgegruppe	Projektledelsen og styregruppen	
Danske Regioner	At der udvikles en løsning som sikrer borgerens og relevante sundhedspersoners rettigheder.  At en løsning ikke medfører unødige omkostninger, herunder i forhold til arbejdsgange eller ved tilpasning af IT-systemer.	- Repræsenteret i styregruppen, den kliniske arbejdsgruppe, den tekniske arbejdsgruppe og følgegruppe	Projektledelsen og styregruppen	
KL	At der udvikles en løsning som sikrer borgerens og relevante sundhedspersoners rettigheder, herunder især hjemmeplejens.  At en løsning ikke medfører unødige omkostninger, herunder i forhold til arbejdsgange eller ved tilpasning af IT-systemer.	- Repræsenteret i styregruppen, den kliniske arbejdsgruppe, den tekniske arbejdsgruppe og følgegruppe	Projektledelsen og styregruppen	
Systemleverandører	Er interesseret i at der udarbejdes en løsning som uden unødvendig kompleksitet kan integreres i fagsystemerne.  Desuden at der udarbejdes en løsning som opfylder behov hos sundhedspersoner og andre eventuelle anvendere.	- Har mulighed for at påvirke løsningens arkitektur, via review af en arkitektur-/snitfladebeskrivelse.  - Herefter når en løsning sendes i høring.	Indirekte via systemejere og interesseorganisationer (fx Regioner, KL, PLO) repræsenteret i projektet	

C: Repræsentanter for interessenter:				
Interessent	Holdning til projektet	Mulighed for at påvirke projektet	Ejer	Prioritet
Ældre Sagen	Repræsentant for borgeren	Via forarbejdet i foranalysen, og når en løsning sendes i høring. Repræsenteret i følgegruppen		
Danske Patienter	Repræsentant for borgeren	Via forarbejdet i foranalysen, og når en løsning sendes i høring. Repræsenteret i følgegruppen		
FOA	Repræsentant for visse sundhedspersoner i hjemmeplejen og sygehuse	Via forarbejdet i foranalysen, og når en løsning sendes i høring. Repræsenteret i følgegruppen		
Dansk Sygeplejeråd (DSR)	Repræsentant for sygeplejersker i hjemmeplejen og på sygehuse	Via forarbejdet i foranalysen, og når en løsning sendes i høring. Repræsenteret i følgegruppen		
Lægeforeningen	Repræsentant for læger i regioner og almen praksis området	Via forarbejdet i foranalysen, og når en løsning sendes i høring. Repræsenteret i følgegruppen		
PLO	Repræsentant for praktiserende læger	Via forarbejdet i foranalysen, og når en løsning sendes i høring. Repræsenteret i klinisk arbejdsgruppe.		
Dansk Selskab for Patient-sikkerhed	Repræsentant for visse sundhedspersoner samt borgeren	Via forarbejdet i foranalysen, og når en løsning sendes i høring. Repræsenteret i følgegruppen		
Det Ethiske Råd	Bidrager i forhold til de etiske aspekter ved fravalg af genoplivningsforsøg for både borgere og sundhedspersoner	Via forarbejdet i foranalysen, og når en løsning sendes i høring. Repræsenteret i følgegruppen		
Pårørende i Danmark	Giver udtryk for pårørendes og borgers holdning	Via forarbejdet i foranalysen, og når en løsning sendes i høring.		
Dansk Råd for Genoplivning	Bidrager med viden om genoplivning i Danmark, herunder også om hjerteløberordningen	Repræsenteret i - styregruppen - følgegruppen		
D: Andre:				
Hjerteløber, 112-hjælper	Der skal være klare retningslinjer for hvordan disse "hjælpere" skal forholde sig i situationer med hjertestop, hvor borgeren har fravalgt genoplivningsforsøg.	Ikke repræsenteret		
Pårørende, værge	Se afsnit 5.3.3	Ikke repræsenteret		

### 5.3.1 Borger

Borgeren har følgende interesser i forhold til en kommende løsning til fravalg af genoplivningsforsøg:

- At det er tydeligt for borgeren, hvem der er omfattet af lovgivningen, og dermed den digitale løsning og i hvilke situationer.
- At borgeren har mulighed for at fortryde sit valg og hvordan dette registreres.
- At en kommende løsning ikke skaber uværdige situationer, hvor der igangsættes genoplivningsforsøg mod en borgers ønske, eller der undlades genoplivningsforsøg, hvor det skulle have været igangsat.
- At løsningen tager hensyn til borgere, der ikke er fortrolige med en digital løsning.

Borgeren har mulighed for at påvirke projektet, først via forarbejdet som er udført i foranalysen med inddragelse af en række interesse- og patientorganisationer, via repræsentanter i projektets følgegruppe og herefter når en løsning sendes i høring.

Borgerens interesser sikres af projektledelsen og Sundhedsministeriet.

### 5.3.2 Sundhedsperson

En sundhedsperson er en interessent som består af flere aktører og roller. Aktører og roller er beskrevet i afsnit 8.1. I dette afsnit er flere aktører sammenfattet til interessenten sundhedsperson, eksempelvis som aktører i hjemmeplejen, som har en jævnlig kontakt med borgeren, samt ambulancepersonale, læger og andre aktører på sygehuse m.v.

Fælles for sundhedspersonens interesser, i forhold til en kommende national løsning til fravalg af genoplivningsforsøg, er:

- At borgerens registrering og eventuelle fortrudte fravalg ajourføres hurtigst muligt i alle fagsystemer.
- At oplysningen om en borgers fravalg af genoplivningsforsøg er let tilgængelig og tydeligt markeret i fagsystemer. Desuden at oplysningen ikke skal fremsøges i systemet, og at tilgangen til oplysningerne ikke må forsinke nødvendige handlinger.
- At alle relevante sundhedspersoner og andre bemyndigede, har adgang til borgerens oplysninger om fravalg af genoplivningsforsøg.
- At en kommende løsning understøtter, at ikke alle sundhedspersoner har mobile enheder på sig, men skal tilgå borgerens oplysninger på en fælles computer. F.eks. på plejehjem.
- At der udarbejdes en tydelig vejledning, der tager konkret afsæt i de svære situationer og gør det muligt for sundhedspersoner at handle relevant og hurtigt.
- At det fremgår af vejledningen, hvilken rolle sundhedspersoner har, når borgere udtrykker ønske om fravalg af genoplivningsforsøg.
- At de nye arbejdsgange bliver integreret med øvrige arbejdsgange ifm hjertestop og genoplivningssituationen, så der er optimal mulighed for korrekt faglige intervention efter borgerens ønske
- At den digitale løsning ikke skaber situationer, hvor sundhedspersoner kan blive sanktioneret, hvis borgere genoplives mod deres ønske.
- At sundhedspersonen er informeret om den nye digitale løsning.
- At regler for alle typer af nuværende og kommende typer af fravalg er let forståelige.
- At den digitale løsning indeholder alle typer af fravalg, herunder også fravalg af genoplivningsforsøg efter de gældende regler

Bemærk at sundhedspersonens interesse i forhold til at den digitale løsning indeholder alle typer af fravalg, herunder også de nugældende regler, der ikke opfyldes af den kommende løsning.

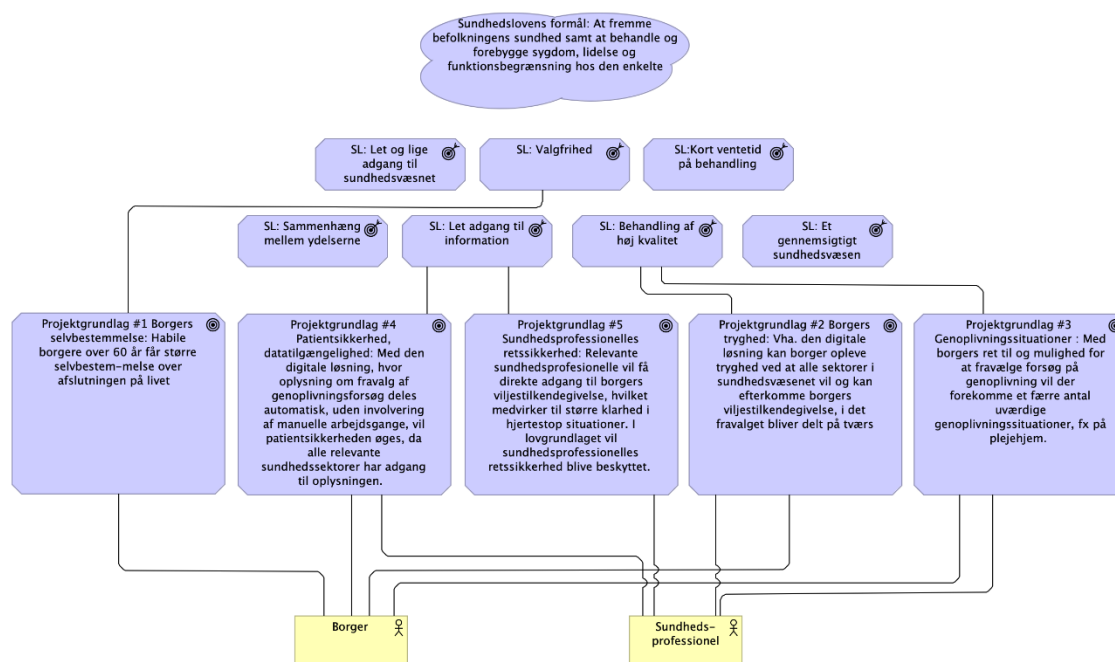
### 5.3.3 Pårørende

I forhold til et fravalg af genoplivningsforsøg, er det politisk besluttet, at det alene er den habile borgers eget valg at fravælge genoplivningsforsøg, men at borgeren i registreringsprocessen skal opfordres til at tale med en sundhedsperson og orientere sine pårørende. I denne forbindelse er den pårørende derfor ikke en primær interessent.

## 5.4 Gevinstmodel

Den politiske tilslutning til at sikre den habile borger over 60 år en egen ret til at fravælge genoplivningsforsøg er drevet af retten til selvbestemmelse over afslutningen på livet.

Det er derfor ikke-økonomiske og kvalitative gevinster, der er styrende for projektet og udviklingen af den digitale løsning. I den politiske aftale er der ikke nævnt, at borgerrettigheden eller den digitale løsning skal høste økonomiske gevinster.



Figur 4 - Gevinster i forhold til aktører

Gevinst	Beskrivelse
Borgers selvbestemmelse (PG 1)	Habile borgere over 60 år får større selvbestemmelse over afslutningen på livet.
Borgers trykthed (PG 2)	Borgeren oplever større trykthed, da det ønskede fravalg til genoplivningsforsøg, via den digitale løsning, deles på tværs af alle sektorer i sundhedsvæsenet. Og med viden om at sundhedsvæsenet kan og vil efterkomme borgers viljestilkendegivelse.
Genoplivningssituationer (PG 3)	Med borgers ret til og mulighed for at fravælge forsøg på genoplivning vil der forekomme et færre antal uværdige genoplivningssituationer, hvilket giver større trykthed for borgeren og sundhedsprofessionelle ansat i sundhedsvæsenet.
Patientsikkerhed, datatilgængelighed (PG 4)	Med den digitale løsning, hvor oplysning om fravalg af genoplivningsforsøg deles automatisk, uden involvering af manuelle arbejdsgange, vil patientsikkerheden øges, da borgere samt alle relevante sundhedsprofessionelle i sundhedsvæsenet har adgang til oplysningen.
Sundhedsprofessionelles retssikkerhed (PG 5)	Relevante sundhedsprofessionelle vil få adgang til borgers viljestilkendegivelse, hvilket medvirker til større klarhed i hjertestop

	situationer. I lovgrundlaget vil sundhedsprofessionelle retssikkerhed blive beskyttet.
--	--

## 5.5 Kvaliteter

Kvaliteter er uddraget på baggrund af krav fra den politiske aftale, og ud fra ønsker og interesser som er opsamlet i foranalysen. Det første underafsnit opsummerer aftaler og ønsker, og i det følgende underafsnit er disse relateret til arkitekturkrav til en kommende løsning.

### 5.5.1 Krav og ønsker

Den politiske aftale [AFTALE] samt den konkretiserede aftale [ORDFØRERNOTAT] definerer ikke direkte konkrete krav til en kommende løsnings arkitekturkvaliteter, men formulerer alligevel krav til en kommende løsning, og stiller derved følgende krav til en kommende løsning:

- Der skal etableres et centralt register.
- Der skal sikres automatik i forhold til fravalgets ikrafttræden og at et fravalg senere kan fortrydes.
- De registrerede oplysninger skal kunne tilgås digitalt af personale, som skal kende til og efterkomme fravalg af genoplivningsforsøg, dvs. der skal sikres integration til relevante fagsystemer.

Den politiske aftale definerer herved et ambitionsniveau for løsningens anvendelse i de relevante fagsystemer, og stiller krav til at borgerens fravalg, og fortrudte fravalg, er tydeligt for personalet som anvender disse systemer.

I foranalysens del 1 [FORANALYSE 1] er der formuleret nogle opmærksomhedspunkter som berører arkitekturkvaliteter:

- Borgerens retssikkerhed
- Sundhedspersonens retssikkerhed
- Forståelse af regler for fravalg

Foranalysens del 2 [FORANALYSE 2] omhandler borgerens og sundhedspersonens behov og ønsker til den digitale løsning. En række af disse udtaler sig om arkitekturkvaliteter:

- At den kommende rettighed er entydig og let at forstå for borgeren
- At kommende løsninger understøtter sikre arbejdsgange for sundhedspersonerne, og understøtter patientsikkerheden
- At information om borgerens fravalg er tilgængelig på tværs af sektorer, for alle relevante sundhedspersoner, herunder også sundhedspersoner som ikke har en autorisation.
- At informationen om borgerens fravalg af genoplivningsforsøg er placeret tæt på hvor information relateret til de nugældende regler om fravalg vises til sundhedspersoner i kommuners og sygehuses fagsystemer.
- Sundhedspersoner ønsker en løsning som gør at manuelle arbejdsgange elimineres, herunder også eksisterende arbejdsgange i relation til de nugældende regler for fravalg af genoplivningsforsøg.

## 5.5.2 Arkitekturkvaliteter

I den nedenstående tabel er krav og ønsker fra det forrige afsnit koblet til en række arkitekturkvaliteter. Der er angivet en kort begrundelse for at netop disse arkitekturkvaliteter er givet ud fra kravet eller ønsket. Arkitekturkvaliteter konkretiseres senere i forhold som krav til forretningsarkitekturen.

Formuleret krav eller ønske	Arkitekturkvaliteter	Begrundelse
Der skal etableres et centralt register.	Tilgængelighed Sikkerhed Auditlogning	Derved stilles der "traditionelle" krav til arkitekturkvaliteter for et centralt register, herunder at data er tilgængelige, at data opbevares og håndteres sikkert, og at borgeren har indblik i hvilke personer der har set og evt. rettet borgerens data.
Der skal sikres automatik i forhold til fravalgets ikrafttræden og at et fravalg senere kan fortrydes.	Tilgængelighed	At fravalg og fortrudte fravalg er tilgængelige for de relevante sundhedspersoner, og rettidigt kommunikeres ud til anvendelsesystemerne
De registrerede oplysninger skal kunne tilgås digitalt af personale som skal kende til og efterkomme fravalg af genoplivningsforsøg, dvs. der skal sikres integration til relevante fagsystemer.	Tilgængelighed Brugervenlighed	At fravalg og fortrudte fravalg er tilgængelige for de relevante sundhedspersoner, og at det er tydeligt for sundhedspersoner når borgeren har fravalgt genoplivningsforsøg. Det sidste skal sikres via integration til fagsystemerne.
Brugergrænseflader til løsningen skal understøtte tilgængelighed for offentlige webløsninger og App's	Tilgængelighed Brugervenlighed	Overholdelse af gældende lovgivning om tilgængeligheden af offentlige organers websteder og apps. <a href="https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2018/692">https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2018/692</a>
Borgerens retssikkerhed	Brugervenlighed Sammenhængende løsninger	Borgerens retssikkerhed skal dels understøttes ved at relevante sundhedspersoner kender til og efterkommer borgerens ønske, men også i forhold til at borgeren har mulighed for at forstå regler og konsekvenser for fravalg af genoplivningsforsøg. Herunder også sammenhæng med andre typer af fravalg som beskrevet i afsnit 1.3.1.
Sundhedspersonens retssikkerhed	Brugervenlighed Sammenhængende løsninger	Sundhedspersonens retssikkerhed skal understøttes ved at disse kender til og har mulighed for at efterkomme borgerens ønske. Sundhedspersonen skal kunne orientere sig i forhold til andre typer af fravalg som beskrevet i afsnit 1.3.1, og dette skal kunne ske simpelt og på kort tid.
Forståelse af regler for fravalg af genoplivningsforsøg	Brugervenlighed Sammenhængende løsninger	Både borgere og sundhedspersoner skal forstå hvad fravalg af genoplivningsforsøg indebærer. Dette skal sikres ved at der laves brugervenlige løsninger, som også forholder sig til andre typer af fravalg som beskrevet i afsnit 1.3.1.
At den kommende rettighed er entydig og let at forstå for borgeren	Brugervenlighed Sammenhængende løsninger	Dette understøttes via en brugervenlig borgervendt løsning, som også gør det simpelt for borgeren at overskue sit fravalg af genoplivningsforsøg i forhold til andre typer af fravalg.
At kommende løsninger understøtter sikre arbejdsgange for sundhedspersonerne, og understøtter patientsikkerheden	Brugervenlighed Sammenhængende løsninger Arbejdsgangsunderstøttelse	En kommende løsning, og integrationen til fagsystemerne, skal understøtte sikre arbejdsgange.
At information om borgerens fravalg er tilgængelig på tværs af sektorer, for alle relevante sundhedspersoner, herunder også sundhedspersoner som ikke har en autorisation.	Tilgængelighed	En kommende løsning, og integrationen til fagsystemerne, skal muliggøre at alle relevante aktører har adgang til borgerens fravalg.
At informationen om borgerens fravalg af genoplivningsforsøg er placeret tæt på hvor information relateret til de nugældende regler for fravalg af genoplivningsforsøg vises til	Brugervenlighed Sammenhængende løsninger	Sundhedspersoner skal kunne opnå kendskab til et fravalg af genoplivningsforsøg uafhængigt af lovgrundlag og skal kunne danne sig et overblik på kort tid.

sundhedspersoner i kommuners og sygehuses fagsystemer.		
Sundhedspersoner ønsker en løsning som gør at manuelle arbejdsgange elimineres, herunder også eksisterende arbejdsgange i forhold til de nugældende regler.	Arbejdsgangunderstøttelse Sammenhængende løsninger	Sundhedspersoner skal kende til alle typer af fravalg af genoplivningsforsøg. En kommende IT-løsning samt integrationen til fagsystemerne skal understøtte at der ikke opstår nye manuelle arbejdsgange i forhold til borgerens fravalg, og gerne også minimere evt. eksisterende manuelle arbejdsgange i forhold til de nugældende regler.

## 5.6 Principper

Målarkitekturen for en kommende løsning til fravalg af genoplivningsforsøg skal understøtte en sammenhængende løsning på tværs af den offentlige sundhedssektor, med integrationer til en række fagsystemer. Det er derfor nødvendigt, at målarkitekturen styres på baggrund af en række udvalgte principper.

Målsætninger, interesser og kvaliteter kan arkitekturmæssigt gribes an på følgende måder:

- Den kommende løsning udarbejdes med baggrund i et nationalt sundhedsperspektiv på arkitekturen, hvorved den holder sig inden for de retningslinjer, som de nationale arkitekturprincipper på sundhedsområdet [SUND-PRINCIPPER] udstikker.
- Desuden udarbejdes løsningen ud fra et fællesoffentligt perspektiv på arkitekturen, hvor en lang række sundhedspersoner og fagsystemer skal kunne håndtere borgerens fravalg af genoplivningsforsøg. Målarkitekturen skal derfor overholde de fælles offentlige arkitekturprincipper [FDA-PRINCIPPER].

I det følgende konkretiseres udvalgte principper, i form af arkitekturregler som en kommende løsning skal følge.

<b>Princip 1</b>	<b>It-understøttelse af tværgående arbejdsgange skal baseres på veldefinerede processer med et nationalt forankret ejerskab</b>
Rationale	Løsningen er bedst forankret i sundhedsvæsenet, hvis den understøtter de nationale rammer og retningslinjer, der findes indenfor sundhedsområdet
Implikationer	En kommende løsning skal dels overholde krav til løsningen, herunder også juridiske krav, men skal også indpasse sig i forhold til eksisterende processer og arbejdsgange. Også i forhold til de nugældende regler på området, som ikke er en del af en kommende løsning, men som visse sundhedspersoner også skal kende til.
Reference	F1: Arkitekturprincipper for Sundhedsområdet

<b>Princip 2</b>	<b>Internationale, nationale og lokale initiativer skal koordineres med henblik på genbrug af såvel nye, som allerede etablerede løsningselementer, standarder og infrastruktur</b>
Rationale	Der udarbejdes arkitektur baseret på eksisterende arkitekturbyggeblokke og standarder, således at de tværgående aktører har mulighed for at tilgå løsningen uden problemer.



Implikationer	Det sikres, at eksisterende infrastruktur og services genbruges, som f.eks. nationale serviceplatforme og brugerstyring. Det sikres, at løsningselementer i arkitekturen genbruges, f.eks. portaler og funktionalitet i fagsystemer, også i forhold til behandlingstestamentet og de nugældende regler for fravalg af genoplivningsforsøg.
Reference	F2: Arkitekturprincipper for Sundhedsområdet

<b>Princip 3</b>	<b>Fælles løsninger skal respektere, at samarbejdet sker mellem uafhængige juridiske enheder, som kan have egne regler, retningslinjer og processer</b>
Rationale	En kommende løsning vil skulle anvendes af sundhedspersoner med forskellige roller, i forskellige sammenhænge, og via forskellige fagsystemer.
Implikationer	En kommende løsning skal være tilpas fleksibel og ikke pålægge sundhedspersoner og fagsystemer bindinger i forhold til hvordan data tilgås og opdateres. Herunder også hvilke sundhedspersoner og i hvilke situationer data skal anvendes.
Reference	F3: Arkitekturprincipper for Sundhedsområdet

<b>Princip 4</b>	<b>Information opsamles én gang og genanvendes i alle relevante sammenhænge i overensstemmelse med regler for visning og anvendelse</b>
Rationale	Borgerens fravalg af genoplivningsforsøg registreres i et centralt register, og data i dette register genanvendes i fagsystemerne.
Implikationer	Det skal sikres, at en visning af fravalg af genoplivningsforsøg sker på baggrund af aktuelle data fra det centrale register. Dette princip er i høj grad også relevant i forhold til de nugældende regler for fravalg af genoplivningsforsøg, som dog ikke er omfattet af en kommende løsning.
Reference	I4: Arkitekturprincipper for Sundhedsområdet

<b>Princip 5</b>	<b>Overvej genbrug af eksisterende systemer før indkøb af nye systemer, overvej indkøb af standardsystemer før udvikling af nye systemer, overvej fælles indkøb før individuelt indkøb.</b>
Rationale	Den fremtidige IT-løsning skal i videst muligt omfang baseres på de systemer, som allerede findes.
Implikationer	Der skal overvejes, hvorvidt et kommende centralt register kan udvikles som en udvidelse af eksisterende løsninger, her er behandlingstestamenteregistret en oplagt kandidat. Desuden skal der overvejes, hvorvidt informationen kan kommunikeres ud til fagsystemerne via eksisterende komponenter.
Reference	A1: Arkitekturprincipper for Sundhedsområdet

<b>Princip 6</b>	<b>Applikationer og komponenter skal kunne indgå i et nationalt økosystem for sundhedsvæsenet</b>
Rationale	En kommende løsning vil skulle anvendes via en række forskellige fagsystemer, hvor mange i høj grad allerede indgår i et nationalt økosystem.

Implikationer	Det skal overvejes, hvorvidt informationen kan kommunikeres ud til fagsystemerne via eksisterende komponenter.
Reference	A3: Arkitekturprincipper for Sundhedsområdet

<b>Princip 7</b>	<b>Anvend fælles ramme for beskrivelse af arkitekturen</b>
Rationale	Der udarbejdes arkitekturleverancer efter den fællesoffentlige dokumentationsramme. Det gør processen nemmere i forhold til at reviewe, godkende og anvende dokumentation på tværs af aktører og interessenter.
Implikationer	Der udarbejdes relevante arkitekturprodukter og -dokumentation efter den fællesoffentlige dokumentationsramme til kvalitetssikring i forbindelse med dialog med interessenter, review og høringer. Arkitekturdokumentation gøres tilgængelig, således at andre kan få adgang til denne og genbruge relevante dele.
Reference	FDA Arkitekturregel 1.3

<b>Princip 8</b>	<b>Tag højde for juridiske bindinger i forhold til deling og genbrug af data og it-systemer</b>
Rationale	En kommende løsning skal overholde gældende lovgivning. En kommende løsning skal medvirke til at sikre borgeres og sundhedspersoners retssikkerhed.
Implikationer	Sundhedspersoners adgang til borgerens fravalg af genoplivningsforsøg forventes reguleret af en kommende bekendtgørelse. På nuværende tidspunkt skal arkitekturvalg tage højde for at denne endnu ikke er fastlagt.
Reference	FDA Arkitekturregel 3.1

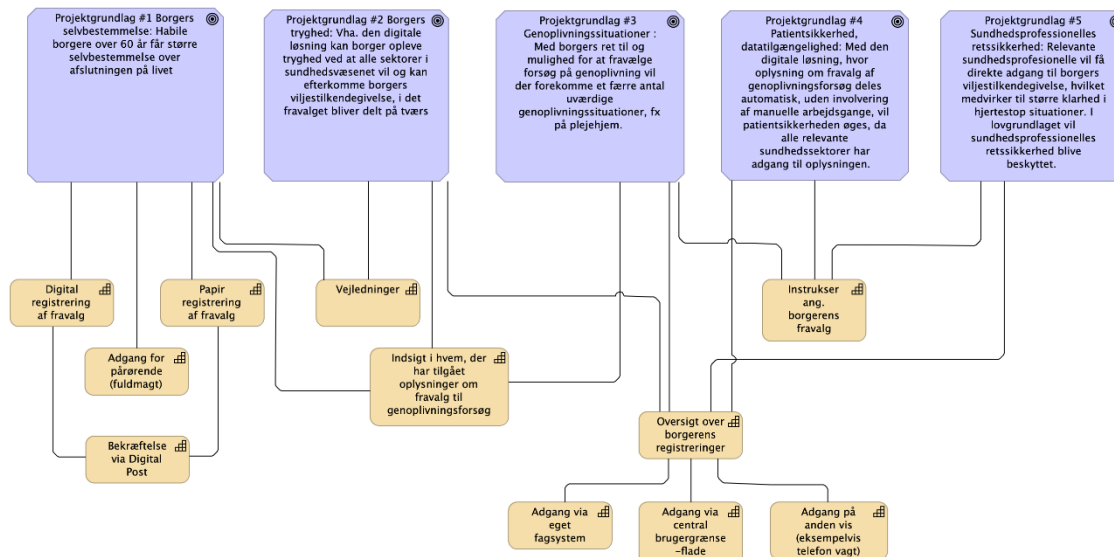
<b>Princip 9</b>	<b>Bidrag til digitaliseringsklar lovgivning</b>
Rationale	At udvikle den bedst mulige løsning forudsætter, at de krav der stilles til løsningen, herunder også juridiske krav, ikke er i modstrid. I det omfang projektet har mulighed derfor, bør projektet bidrage til at lovgivningen understøtter en god løsning.
Implikationer	Projektet har gode muligheder for at påvirke lovgivningsarbejdet, særligt en kommende bekendtgørelse. Dette sikres gennem tæt samarbejde mellem alle involverede parter og ved at projektets bidrag kommunikerer til lovgiverne i Sundhedsministeriet.
Reference	FDA Arkitekturregel 3.2

## 5.7 Strategisk målarkitektur

Strategisk målarkitektur sætter rammerne i forhold kapabiliteter, faser og aktører.

## 5.7.1 Kapabiliteter

Af Figur 5 fremgår kapabiliteter for den fremtidige løsning til fravalg af genoplivningsforsøg. Figuren viser på overordnet niveau, hvilke kapabiliteter, der skabes og stilles til rådighed for de respektive brugere via løsningen.



Figur 5 - Kapabiliteter for løsning til fravalg af genoplivningsforsøg

Beskrivelse af de enkelte kapabiliteter.

Digital registrering af fravalg	Borgeren har mulighed for digitalt at registrere sit fravalg af genoplivningsforsøg og se sin registrering
Papir registrering af fravalg	Borgeren har mulighed for at indsende en blanket med sit fravalg af genoplivningsforsøg
Bekræftelse via Digital Post	Borgeren notificeres via Digital Post angående sit fravalg af genoplivningsforsøg, bemærk Digital Post inkluderer digital understøttelse samt brevudsendelse
Adgang for pårørende	Borgeren har mulighed for at tildele pårørende adgang til at se sit fravalg af genoplivningsforsøg (Fuldmagt)
Vejledninger	Vejledninger angående fravalg af genoplivningsforsøg
Indsigt i hvem, der har tilgået oplysninger om fravalg til genoplivningsforsøg	Der er indsigt i hvilke aktører (sundhedspersoner og borgere) der har haft adgang til fravalg af genoplivningsforsøg.
Oversigt over borgerens registreringer	Sundhedspersoner har adgang til at se borgerens registrering af fravalg af genoplivningsforsøg.
Adgang via eget fagsystem	Sundhedspersoner har via eget fagsystem, adgang til at se borgerens registrering af fravalg af genoplivningsforsøg.

Adgang via central brugergrænseflade	Sundhedspersoner har via en central brugergrænseflade, adgang til at se borgerens registrering af fravalg af genoplivningsforsøg.
Adgang på anden vis	Sundhedspersoner har på anden vis, adgang til at se borgerens registrering af fravalg af genoplivningsforsøg, det kan være via en telefonvagt (central/decentral)
Instrukser angående borgerens fravalg	Fyldige instrukser til sundhedspersoner, hvordan der skal ageres i forhold til borgerens fravalg af genoplivningsforsøg

## 6. Jura

Mulighed for fravalg af genoplivningsforsøg er ikke en rettighed, som borgeren har i dag (medio 2022). På nuværende tidspunkt er der en proces i gang, hvor der skal udarbejdes juridisk grundlag for en kommende løsning. Dette afsnit kan derfor endnu ikke beskrive den juridiske baggrund med udgangspunkt i en bekendtgørelse eller lignende, som en kommende løsning skal overholde. Der er dog alligevel juridiske rammer, som en kommende løsning må forventes at skulle holde sig inden for. Disse er beskrevet i dette afsnit.

### 6.1 Sundhedsloven

Sundhedsloven danner en overordnet ramme som sundhedsvæsenet skal agere indenfor. Der er i skrivende stund ved at blive vedtaget en bestemmelse i sundhedsloven, der giver borgere over 60 år, som er habile, rettighed til at fravælge genoplivningsforsøg ved hjertestop. I samme lovforslag er der ved at blive vedtaget en bemyndigelsesbestemmelse, som giver Sundhedsministeriet og Sundhedsdatastyrelsen mulighed for at fastsætte nærmere regler om et register for fravalg af genoplivningsforsøg, herunder fx hvem der må behandle data, hvordan data deles o.l.

### 6.2 Databeskyttelsesloven – og forordningen

Databeskyttelsesloven og -forordningen (GDPR) beskriver pligter og rettigheder ved behandling af persondata. I sammenhæng med dette målbillede er databeskyttelsesreglerne centrale, da en registrering af ønske om fravalg af genoplivningsforsøg vil være personoplysninger. Udgangspunktet vil være, at oplysningerne, der bliver behandlet i forbindelse med løsningen, vil være almindelige personoplysninger, men det kan argumenteres, at data kan have en fortrolig karakter. Sundhedslovens og bekendtgørelsens bestemmelser skal derfor udarbejdes inden for rammerne af databeskyttelsesreglerne.

Idet løsningen vil indeholde personoplysninger, skal der under projektforløbet udarbejdes en GDPR risikovurdering jf. GDPR artikel 32 om behandlingssikkerhed. I forlængelse af denne risikovurdering skal det vurderes, om der også skal udarbejdes en konsekvensanalyse/Data Protection Impact Assessment (DPIA) jf. artikel 35. Dette vil gælde såfremt der på baggrund af risikovurderingen identificeres høje risici for de registrerede, dvs. borgerne og sundhedspersonerne.

De registreredes rettigheder skal i øvrigt også håndteres i forbindelse med løsningen, herunder bl.a. om oplysningspligten gælder, jf. GDPR artikel 13-14 eller fx hvorledes retten til indsigt, sletning og berigtigelse vil blive håndteret.

Alt efter løsningens set up, skal der indgås relevante aftaler, fx databehandlaftaler, jf. GDPR artikel 28, med leverandører, anvendelsessystemer m.v.

## 6.3 Habilitet

I den politiske aftale [AFTALE] samt den konkretiserede aftale [ORDFØRERNOTAT] indgår at fravalg af genoplivningsforsøg skal gælde habile ældre borgere.

I "Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg" [GENOPLIV-VEJL] defineres habilitet som følger:

*"Habil patient: En patient anses for habil, når denne har evnen til at forstå information og kan overskue konsekvenserne af sin beslutning på baggrund af informationen. Den habile patient kan udøve sin selvbestemmelsesret og kan derved give samtykke til behandling m.v."*

I lovforslag til 'Lov om ændring af sundhedsloven vedr. øget selvbestemmelse for patienter i forhold til fravalg af behandling, herunder oprettelse af en behandlingstestamenteordning'<sup>2</sup> - forstås habilitet som følgende:

*"En stillingtagen fra en habil patient, dvs. en patient, som er i stand til at udøve sin selvbestemmelse i en konkret situation."*

I en kommende bekendtgørelse og/eller vejledning, vil der bliver taget stilling til, hvad det betyder at være habil.

## 6.4 Grundlag for de nugældende regler for fravalg af genoplivning

De nugældende regler for fravalg af genoplivning er beskrevet i "Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg" [GENOPLIV-VEJL]. Vejledningen indeholder en omfattende beskrivelse, og referencer til relevant lovgivning, samt referencer til definitioner af en række begreber som anvendes i vejledningen.

## 6.5 Viljestilkendegivelse

Målbillede for samtykke og frabedelse til databehandling på sundhedsområdet [MAAL-SAMTYKKE] definerer begrebet viljestilkendegivelse. Et fravalg af genoplivningsforsøg, er også en tilkendegivelse, hvorved oplysningen om fravalget deles med de relevante parter

En viljestilkendegivelse er et samlet begreb for enten at samtykke eller frabede, som defineret i Målbillede for samtykke og frabedelse til databehandling på sundhedsområdet. Der henvises til ovenstående afsnit om definitionen af samtykke m.v.

## 6.6 Digitaliseringsparat lovgivning

Digitaliseringsstyrelsen har beskrevet syv principper for digitaliseringsparat lovgivning [DIGITAL-LOVGIVNING]. Princippernes overskrifter er vist herunder, på digst.dk findes der en beskrivelse af hvert princip samt tjekspørgsmål.

- Enkle og klare regler

<sup>2</sup> [https://www.ft.dk/ripdf/samling/20171/lovforslag/l99/20171\\_l99\\_som\\_fremsat.pdf](https://www.ft.dk/ripdf/samling/20171/lovforslag/l99/20171_l99_som_fremsat.pdf)

- Digital kommunikation
- Muliggør automatisk sagsbehandling
- Sammenhæng på tværs - ensartede begreber og genbrug af data
- Tryk og sikker datahåndtering
- Anvendelse af offentlig IT-infrastruktur
- Forebygger snyd og fejl

Princip 10 i afsnit 5.6 siger, at projektet skal bidrage til digitaliseringsparat lovgivning.

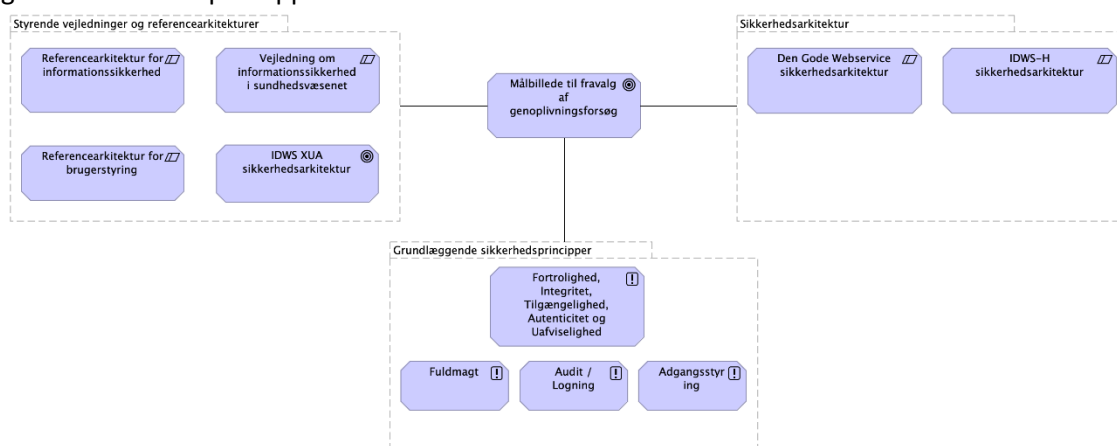
Dette vil ske via samarbejdet mellem de involverede parter, og ved at projektet leverer input til lovgivningsarbejdet.

Ovenstående syv principper for digitaliseringsparat lovgivning vil indgå i lovgivningsarbejdet, og projektet skal vurdere forslag til lovgivning i forhold til disse principper.

## 7. Sikkerhed

Afsnittet behandler informationssikkerhed ud fra tre perspektiver. Først beskrives de styrende vejledninger, som løsningen til fravalg af genoplivningsforsøg er underlagt og deres forventede udvikling. Herefter beskrives den eksisterende sikkerhedsarkitektur, som løsningen anvender i første omgang. Til sidst vurderes løsningen i forhold til de centrale sikkerhedsbegreber: Fortrolighed, Integritet og Tilgængelighed.

Målbilledet for Fravalg af Genoplivningsforsøgs tilgang til sikkerhed er set ud fra 3 perspektiver: Styrende vejledninger og referencearkitekturer, sikkerhedsarkitekturer samt grundlæggende sikkerhedsprincipper.



Figur 6- Sikkerhedsperspektiver

### 7.1 Styrende vejledninger og referencearkitekturer

Målbilledet for Fravalg af Genoplivningsforsøg anvender Sundhedsdatastyrelsens referencearkitektur for Informationssikkerhed [REF. SIKKERHED] samt den fællesoffentlige referencearkitektur for brugerstyring.

Det centrale register til Fravalg af Genoplivningsforsøg bliver en del af den eksisterende infrastruktur på den Nationale Service Platform (NSP). Det centrale register er dermed underlagt det sikkerheds-set up, der er for NSP og deres udviklingsplaner. NSP er påvirket af målbillederne og referencearkitekturerne for Fællesoffentlig Digital Arkitektur samt den kommende migration fra NemID til MitID.

Det centrale register vil understøtte de eksisterende sikkerhedsarkitekturer inden for sundhedsvæsenet. Den Gode Webservice (DGWS) for sundhedsfaglig adgang, og IDWS-H for borger adgang. IDWS-H er en sundhedsfaglig profil oven på den fællesoffentlige OIO-IDWS sikkerhedsprofil.

Der er en ny sikkerhedsprofil, IDWS-XUA, på vej inden for sundhedsområdet. Denne skal erstatte DGWS. IDWS-XUA sikkerhedsprofilen er endnu ikke en vedtaget sundhedsprofil, men hvis den vedtages, så skal sikkerhedskommunikationen efterfølgende migreres fra DGWS til IDWS-XUA.

Af ovenstående årsager er det vigtigt, at det centrale register samt tilhørende forretningsservices, der udvikles til Fravalg af Genoplivningsforsøg, designes så et skift af sikkerhedsprotokol



”nemt” kan gennemføres. Konkret skal ny forretningslogik afkobles fra sikkerhedsprotokollerne (DGWS, IDWS eller en tredje sikkerhedsprofil). En sikkerhedsfrontend skal sørge for opsætningen af et kontekstafhængigt kaldsobjekt til benyttelse i forretningslogikken. Herved kan en kommende sikkerhedsprofil indføres uden, at det får indvirkning på resten af forretningslogikken.

## 7.2 Den eksisterende sikkerhedsarkitektur

Nedenstående afsnit vedr. sikkerhedsarkitektur forholder sig kun til de gældende sikkerhedsprofiler DGWS og IDWS-H og dermed den sikkerhedsarkitektur som det centrale register for Fravalg af Genoplivningsforsøg kommer til at anvende fra start.

### 7.2.1 Sikkerhedsprotokoller

Adgang til det centrale register samt tilhørende forretningservices for Fravalg af Genoplivningsforsøg, skal håndtere sikkerhed i henhold til gældende sikkerhedsprotokoller for adgang til nationale sundheds-services, samt de etablerede løsninger hertil. Dvs. via Sundhedsdatanettet og Den Gode Web-Service (DGWS) samt IDWS-H for den borgerrettede snitflade.

### 7.2.2 Brugertyper

Der er tre brugertyper, som via klienter skal kunne tilgå det centrale register: Sundhedsprofessionelle brugere, borgere og systembrugere.

### 7.2.3 Fuldmagt

På nuværende tidspunkt skal det ikke være muligt for andre end borgeren selv at registrere fravalg til genoplivningsforsøg. Ikke-digitale borgere, kan indsende deres ønske til fravalg via papirblanketter. Borgeren kan dog give fuldmagt til, at pårørende kan se oplysningerne via sundhed.dk. Det kan dog ikke udelukkes, at muligheden for fuldmagt også skal gælde for til- og fravalg.

### 7.2.4 Logning

MinLog på NSP registrerer og opbevarer registreringer af adgang til borgeres data. De opsamlede informationer udgør et minimumssæt af, hvad der er nødvendigt for at kunne give borgeren en forståelse af, hvem der har tilgået data i en given sammenhæng, samt tekniske detaljer, der kan assistere i en eventuel afdækning af et forløb, f.eks. hvis en borger stiller spørgsmålstegn ved berettigelsen af en dataindhentning.

Borgeren skal via MinLog kunne følge op på, hvilke sundhedspersoner og andre bemyndigede, der har haft adgang til borgerens data i det centrale register, hvornår disse har tilgået borgerens data.

Løsningen skal audit-logge iht. NSP’ens logningsregler.

#### 7.2.4 Adgangsstyring

Der skal være adgang til borgerens oplysninger i det centrale register, for alle relevante sundhedspersoner og andre bemyndigede der har fået tildelt rettigheder til borgerens data.

### 7.3 Grundlæggende sikkerhedsprincipper

Referencearkitektur for Informationssikkerhed [REF. SIKKERHED] angiver 5 egenskaber i forhold til informationssikkerhed: fortrolighed, integritet, tilgængelighed, autenticitet og uafviselighed, og er derfor relevant at vurdere i relation til det centrale register for Fravalg af Genoplivningsforsøg.

**Fortrolighed** medfører, at kun bestemte brugere har adgang til bestemt information, herunder data. Det dækker bl.a. over, at der ikke må være uautoriseret adgang til eller anvendelse af personoplysninger.

- I forhold til information angående borgerens registrering for fravalg af genoplivningsforsøg, skal det være tydeligt hvilke brugere der har adgang til denne information. Den kommende bekendtgørelse, forventes at kunne klarlægge dette.

**Integritet** dækker over at information er nøjagtig og fuldstændig.

Integritets opnås i det centrale register via den anvendte infrastruktur.

- Dels ud fra de protokoller det centrale register implementeres ved
- Dels ved kryptering af indhold ved forsendelse, således at en serviceudbyder og en serviceaftager er garanteret, at beskederne ikke ændres mellem afsender og modtager uden at én af parterne opdager det.
- Dels ved at det centrale register driftes på NSP'en, som ligger på et professionelt overvåget driftsmiljø med procedurer for test og idriftsættelse, backup, overvågning og support.

**Tilgængelighed** dækker over at systemer og data er tilgængelige ved anmodning fra autoriseret bruger i henhold til fastlagte rammer. Tilgængelighed til det centrale register er sikret på flere niveauer:

- Dele af NSP'en er decentral og ligger ude hos den enkelte organisation (f.eks. hos en region). Af relevante decentrale komponenter kan nævnes SOSI-STIS'en, som anvendes til token signering, og dermed er grundlaget for adgangsstyret systemkald mellem den enkelte organisation og det centrale register.
- De centrale dele af NSP'en, herunder det centrale register, ligger på et professionelt overvåget driftsmiljø, med procedurer for test og idriftsættelse, backup, overvågning og support.

- Hvis det centrale register i en kortere periode er utilgængeligt, så vil sundhedspersoner og andre bemyndigede ikke have adgang til data om borgerens registrerede fravalg til genoplivningsforsøg. Der skal derfor sikres høj tilgængelighed af det centrale register, dette kan sikres via load-balancering, når der er høj belastning på systemet, samt andre standard driftsmekanismer som fail-over håndtering og overvågning.
- I relation til punkt 3, kan det overvejes om oplysninger om borgerens registrerede fravalg skal distribueres ud til fagsystemerne som register-kopi'er. Dette vil øge tilgængeligheden, men har den omkostning at integriteten mindskes. En risikovurdering skal belyse dette i implementeringsfasen.

**Autenticitet** beskriver om informationen er autentisk/ægte. Ved anvendelse af autenticitets-sikring sikres at information er det som det udgiver sig for, eller at brugeren er den påståede.

- I forhold til de services, der skal anvendes til henholdsvis registrering af fravalg til genoplivningsforsøg, og anvendelse af informationen, skal autenticiteten af anvenderne af servicen sikres via best practise anvendelse af digitale identiteter, da disse netop bedst muligt sikrer, at anvenderne er, hvem de påstår.
- I forhold til opbevaringen af de registrerede fravalg til genoplivningsforsøg, så er det kun supportmedarbejdere, der kan få brug for adgang, og i disse tilfælde skal de også være passende autentificeret. Der kan i nogle tilfælde være højere krav til autentifikation af disse medarbejdere, da de som udgangspunkt har adgang til flere oplysninger.

**Uafviselighed** er den egenskab, der gør det muligt at bevise, at en given bruger har udført en given handling på et givet tidspunkt.

- Uafviselighed sikres i relation til løsningen for registrering af fravalg til genoplivningsforsøg, via standardiserede og sikrede audit-logs eller digital signering. Så det altid kommer til at fremgå hvem, der har foretaget sig hvad, hvornår. Endvidere kan en digital signatur for de registreringer af fravalg til genoplivningsforsøg, der er gyldigt underskrevet med en sådan, sikre uafviselighed af den pågældende registrering.

Overordnet vil ovenstående sikkerhedsprincipper blive konkret belyst ift. projektet, når der bliver udarbejdet en informationsikkerheds- og GDPR-risikovurdering.

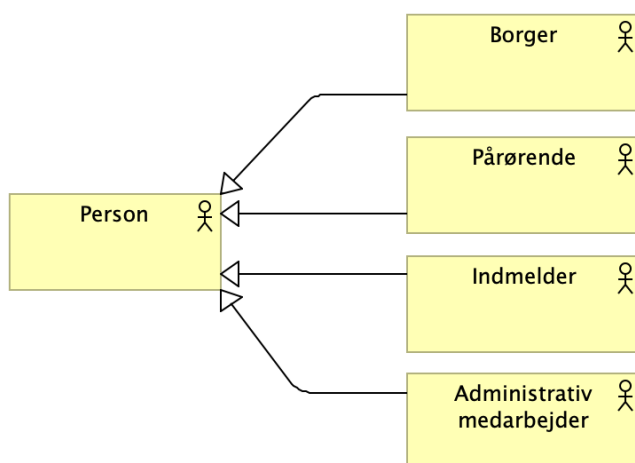
## 8. Forretningsarkitektur

Krav, aktører, processer og opgaver der løses af forretningsarkitekturen beskrives i efterfølgende afsnit.

### 8.1 Aktører og roller

#### 8.1.1 Personer

Personer kan optræde som forskellige aktører i løsningen til registrering af fravalg til genoplivningsforsøg, hvor Borger, der er omfattet af retten til at fravælge genoplivningsforsøg, er den mest centrale.



Figur 7 - Aktører i forhold til løsningen

<b>Person</b>	En fysisk person er modsætningen til en juridisk person.
<b>Borger</b>	Borger er en Person, og optræder i løsningen til fravalg af genoplivningsforsøg som en habil borger over 60 år, der dermed har ret til at fravælge genoplivningsforsøg. Borgeren kan have NemID/MitID og anvende løsningen via Sundhed.dk. Alternativt kan borgeren anvende løsningen uden NemID/MitID, og få registreret et fravalg af genoplivningsforsøg ved at indsende en papirblanket til SDS.
<b>Pårørende</b>	En Pårørende er en person, som patienten har en relation til og har tillid til. Det kan være et familiemedlem - partner - en nær ven eller en anden person, som patienten har tillid til. Borgeren opfordres derfor til at drøfte fravalg af genoplivningsforsøg med pårørende eller andre og at informere pårørende om et fravalg.

	En Pårørende kan agere som fuldmagtshaver – formentlig i et begrænset omfang. Omfanget er fortsat under afdækning. Fravalg af genoplivningsforsøg skal ikke understøtte værgemål, så værger er derfor ikke omfattet af den digitale løsning.
<b>Indmelder</b>	En Person som foretager et opkald til 112. Indmelderen kan være en vilkårlig Person, en Pårørende eller en Sundhedsprofessionel.
<b>Administrativ medarbejder</b>	En administrativ medarbejder, skal varetage de papirblanketter, hvor ikke-digitale borgere kan udtrykke fravalg af genoplivningsforsøg. Administrative medarbejdere tildeles rettighed til at anvende den administrative brugergrænseflade, og kan således registrere Borgerens ønske om fravalg af genoplivningsforsøg på dennes vegne.

### 8.1.2 Sundhedsprofessionel

I Sundhedsvæsnets begrebsbase (NBS) er en **sundhedsperson**<sup>3</sup> defineret som en “*sundhedsprofessionel der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver*”. I Sundhedsloven § 6 defineres<sup>4</sup> disse: “*Ved sundhedspersoner forstås personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.*”

I NBS defineres desuden **sundhedsprofessionel**<sup>5</sup> som en sundhedsaktør, der er tilknyttet en sundheds- producerende enhed.

I henhold til autorisationslovens<sup>6</sup> § 18 samt dertilhørende bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)<sup>7</sup> : og “Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp”<sup>8</sup> udgivet af SUM, kan en sundhedsperson, der er autoriseret i henhold til autorisationsloven delegerer alle former for forbeholdt sundhedsfagligt virksomhed med enkelte undtagelser til enhver person. Sundhedspersoner kan derfor bruge f.eks. sundhedsprofessionelle som medhjælp.

<sup>3</sup> <https://sundhedsdata.iterm.dk/?TermId=1372&SrcLang=da&TrgLang=en>

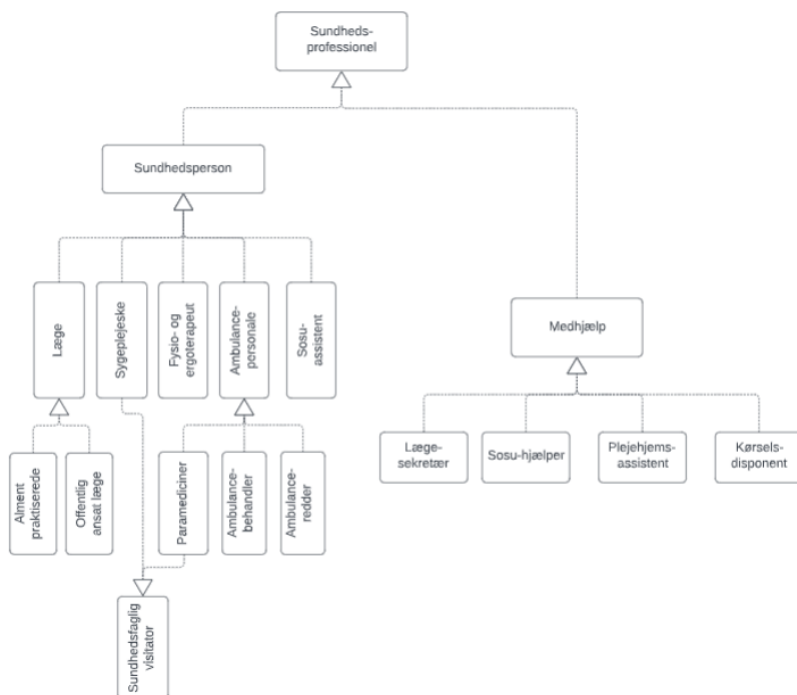
<sup>4</sup> <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/210>

<sup>5</sup> <https://sundhedsdata.iterm.dk/?TermId=1379&SrcLang=da&TrgLang=en>

<sup>6</sup> <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/731>

<sup>7</sup> <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2009/1219>

<sup>8</sup> <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2009/115>



Aktørbeskrivelse	Beskrivelse	Kilde
<b>Sundhedsprofessionel</b>	En sundhedsprofessionel aktør der er tilknyttet en sundhedsproducerende enhed. <a href="#">sundhedsproducerende (organisatorisk) enhed</a> .	Sundhedsvæsenets begrebsbase (NBS) samt egen tilvirkning
<b>Sundhedsperson</b>	<p>En sundhedsprofessionel aktør der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver på vegne af en sundhedsproducerende enhed.</p> <p>En sundhedsperson kan have tilknyttet en eller flere af følgende rolle:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Læge</li> <li>• Sygeplejeske</li> <li>• Ambulancepersonale</li> <li>• Fysioterapeuter</li> <li>• Ergoterapeuter</li> <li>• SOSU-assistent</li> </ul> <p>Af sundhedslovens § 6 fremgår: <i>Ved sundhedspersoner forstås personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.</i></p>	Sundhedsvæsenets begrebsbase (NBS) samt egen tilvirkning

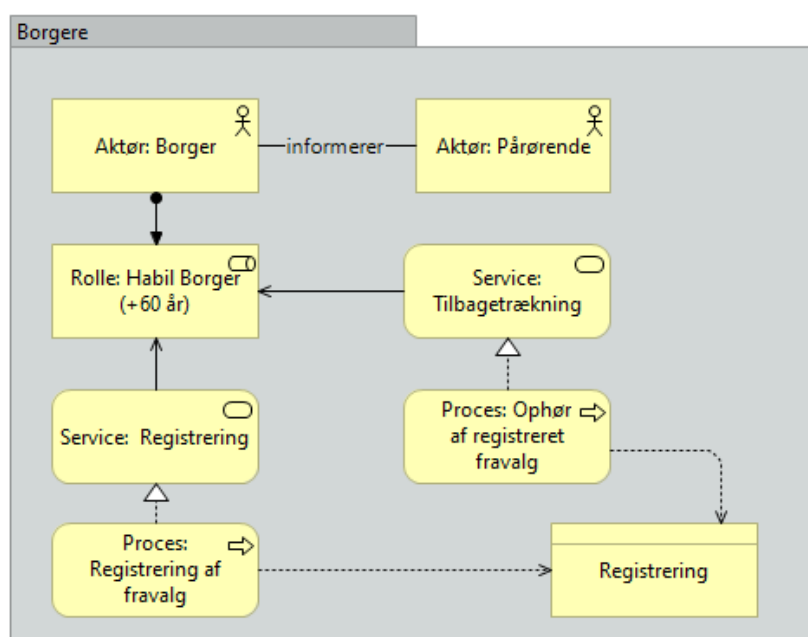
<b>Læge</b>	<p>En sundhedsprofessionel aktør der er autoriseret af Styrelsen for Patientsikkerhed som læge f.eks.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alment praktiserende læge</li> <li>• Sygehuslæge</li> <li>• Akutlæge i det præhospitale område</li> </ul>	Sundhedsvæsenets begrebsbase (NBS) samt egen tilvirkning
<b>Sygeplejeske</b>	<p>En sundhedsprofessionel aktør der er autoriseret til at udføre, lede, formidle og udvikle sygepleje på vegne af en <a href="#">sundhedsproducerende enhed</a>, som f.eks.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sygehus/hospital</li> <li>• Lægevagten i fire ud af fem regioner</li> <li>• 1813 i Region Hovedstaden</li> <li>• AMK-vagtcentral (som Sundhedsfagligvisitator)</li> <li>• Hjemmesygeplejen</li> <li>• På et plejehjem</li> </ul>	Egen tilvirkning
<b>Ambulancepersonale</b>	<p>En sundhedsprofessionel aktør der er autoriseret til at varetage sundhedsfaglige opgaver inden for det præhospitale beredskab i en af følgende roller:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paramediciner</li> <li>• Ambulancebehandler</li> <li>• Ambulanceredder</li> </ul>	Bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale m.v. (retsinformation.dk) samt egen tilvirkning
<b>Fysio- og Ergoterapeuter</b>	<p>En sundhedsprofessionel aktør der er autoriseret til at varetage sundhedsfaglige opgaver på vegne af en <a href="#">sundhedsproducerende enhed</a> hos hjemmeplejen, hjemmesygeplejen på plejehjem, på hospital/sygehus</p>	Egen tilvirkning
<b>SOSU-assistent</b>	<p>En sundhedsprofessionel aktør der er autoriseret til at varetage sundhedsfaglige opgaver på vegne af en <a href="#">sundhedsproducerende enhed</a> som: plejehjem, i hjemmeplejen, på hospitaler eller på institutioner for psykisk eller fysisk handicappede</p>	Egen tilvirkning
<b>Medhjælp</b>	<p>En sundhedsprofessionel aktør uden autorisation til at varetage sundhedsfaglige opgaver.</p> <p>Se ovenstående omkring brug af medhjælp.</p>	<a href="#">Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig</a>

		virksomhed) (retsinformation.dk) samt egen tilvirkning
--	--	--

Figur 8 - Sundhedsprofessionelle og relaterede aktører og roller

## 8.2 Processer og opgaver

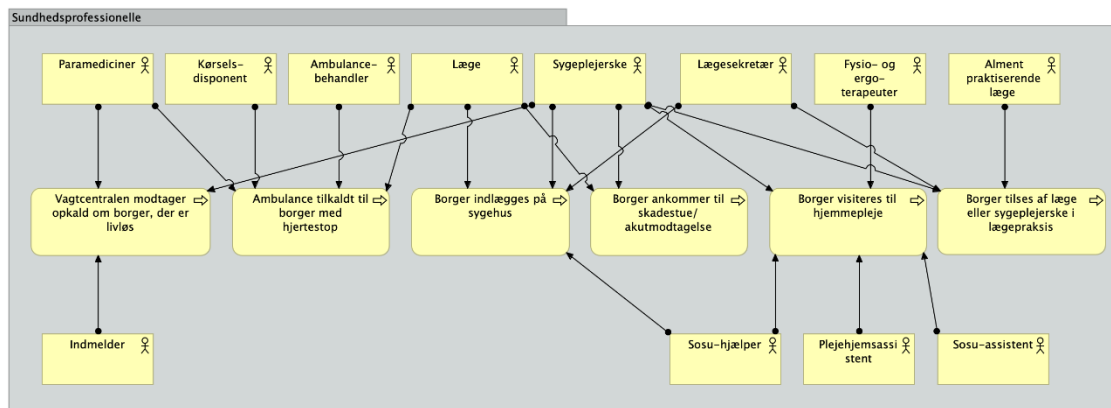
Der er identificeret en række processer, hvori borgerens ønskede fravalg til genoplivning skal understøttes. Disse processer er underbygget af en række use-cases valideret af parterne ultimo marts 2022 [USE-CASES].



Proces	Opgaver
Registrering af fravalg	Borgeren ønsker at oprette en registrering af fravalg af genoplivningsforsøg. Denne registrering kan forekomme via følgende fremgangsmåde: <ul style="list-style-type: none"> <li>- anvendelse af brugergrænseflade (og forretnings-service) via sundhed.dk</li> <li>- anvendelse af papirblanket</li> </ul>
Ophæve en registrering af fravalg af genoplivningsforsøg	Borgeren ønsker at ophæve en registrering af fravalg af genoplivningsforsøg. Denne ophævelse kan forekomme via følgende fremgangsmåde: <ul style="list-style-type: none"> <li>- anvendelse af brugergrænseflade (og forretnings-service) via sundhed.dk</li> </ul>



- anvendelse af papirblanket

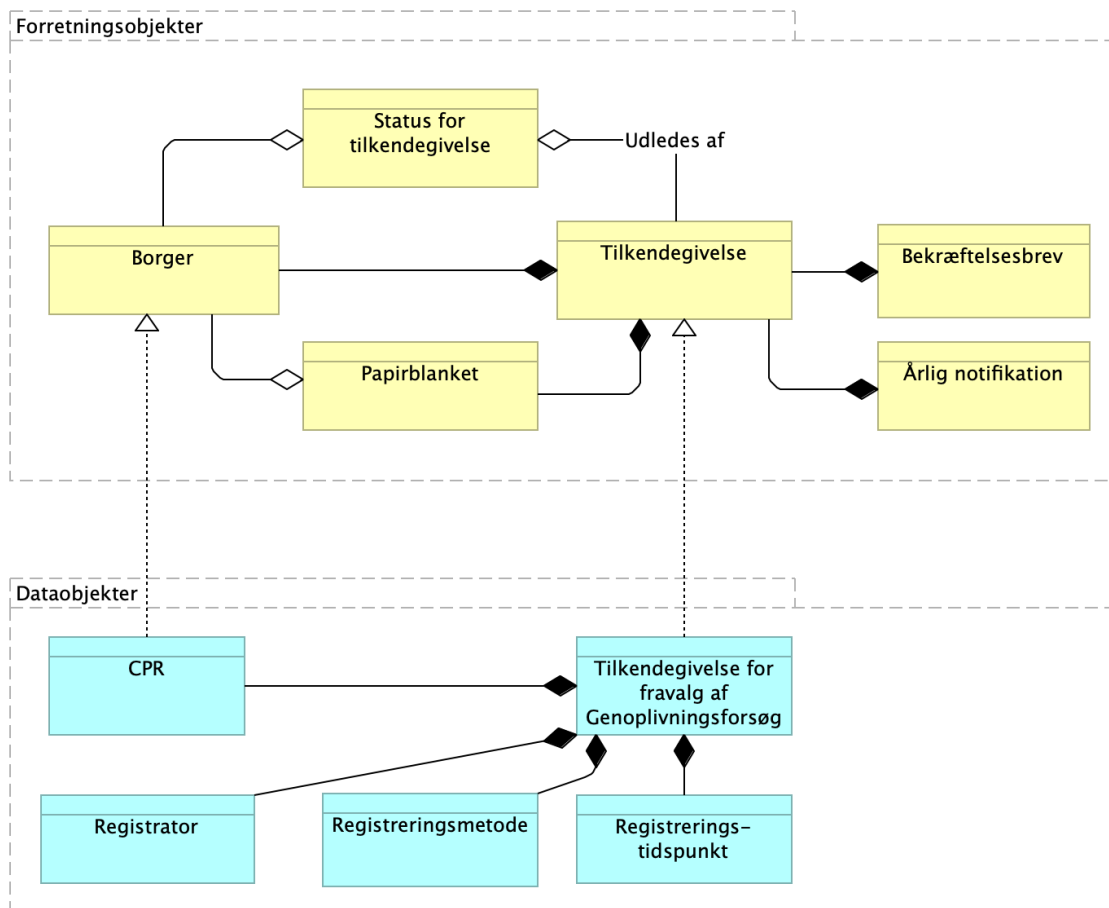


Proces	Opgaver
Vagtcentralen modtager opkald om en borger, der er livløs	Indmelder oplyser evt. Borgers navn og adresse, evt. også CPR-nummer. Den sundhedsfaglige visitator <i>vurderer</i> , at borgeren på dette grundlag kan bestemmes med tilstrækkelig sikkerhed Den sundhedsfaglige visitator <i>vurderer</i> , at der er tale om hjertestop.
Ambulance tilkaldt til borger med hjertestop	Der er tilkaldt en ambulance til en Borger med hjertestop, borgeren har fravalgt genoplivningsforsøg. Vagtcentralen har sendt ambulancen, idet borgers CPR-nummer er ukendt for AMK-vagtcentralen
Borger indlægges på sygehus	Borger indlægges på sygehus. Samtlige relevante aktører (afgrænses i den kommende bekendtgørelse) på sygehuset skal have mulighed for at få kendskab til borgerens aktuelle fravalg af genoplivningsforsøg
Borger ankommer til skadestue/akutmodtagelse	Borger ankommer til skadestue/akutmodtagelse, og får hjertestop på skadestue/akutmodtagelse. Samtlige relevante aktører (afgrænses i den kommende bekendtgørelse) på skadestue/akutmodtagelse skal have mulighed for at få kendskab til borgerens aktuelle fravalg af genoplivningsforsøg.
Borger visiteres til hjemmepleje	Borger visiteres på plejehjem. Samtlige relevante aktører på plejehjemmet skal have mulighed for at få kendskab til borgerens aktuelle fravalg af genoplivningsforsøg.
Borger tilses af læge eller sygeplejerske i lægepraksis	Borger registreres ved ankomst til klinikken eller ved hjemmebesøg. Samtlige relevante aktører (afgrænses i den kommende bekendtgørelse) skal have mulighed for at få kendskab til borgerens aktuelle fravalg af genoplivningsforsøg.

## 8.3 Forretningsobjekter

Figur 9 illustrerer de centrale forretningsobjekter. Disse forretningsobjekter udmøntes i en række dataobjekter.

Forretningsobjekterne udgør datagrundlaget for kunne udføre de beskrevne opgaver



Figur 9 - Forretningsobjekter til Fravalg for Genoplivningsforsøg

### 8.3.1 Forretningsobjekter

**Status for tilkendegivelse** er det centrale forretningsobjekt, og indeholder information om borgeren har registreret et fravalg. Forretningsobjektet er tilgængeligt, selvom om borgeren ikke har registreret et ønske til fravalg for genoplivningsforsøg.

**Tilkendegivelse** er udledt fra forretningsobjektet "Tilkendegivelse for fravalg af Genoplivningsforsøg", og indeholder detaljeret information om borgerens registrerede fravalg.

**Borger** er information om den pågældende borger, der har registreret sit fravalg.

**Papirblanket** er det forretningsobjekt, hvorved borgere kan meddele at de ønsker en registrering til fravalg af genoplivningsforsøg, eller at fortryder deres tidligere registrering af fravalg. Når papirblanketten er modtaget og behandlet af en administrativ medarbejder, vil der være oprettet en Tilkendegivelse i tilfælde af registrering af fravalg til genoplivningsforsøg, eller en

tidligere Tilkendegivelse vil være annulleret i tilfælde af at et tidligere fravalg til genoplivningsforsøg er fortrudt.

**Bekræftelsesbrev** er information til borgeren om, at der sket en ændring i det registrerede fravalg til Genoplivningsforsøg. Bekræftelsesbrevet udsendes for hver ændring der foretages i registreringen. Bekræftelsesbrevet er tilgængelig for både digitale og ikke-digitale borgere.

Årlig notifikation er information til borgeren om, at der foreligger en registrering for fravalg af genoplivningsforsøg. Årlig notifikation er tilgængeligt for både digitale og ikke-digitale borgere.

### 8.3.2 Dataobjekter

**Tilkendegivelse for fravalg af Genoplivningsforsøg** er tilsvarende dataobjekt i forhold til borgerens registrerede Tilkendegivelse, tænkt i retning af HL7's Advance Directive Observation struktur<sup>9</sup>, der beskriver hvordan samtykke til instrukser i forholdt til potentielle behandlinger kan gives (eksempelvis fravalg til genoplivningsforsøg). Tilkendegivelse for fravalg af Genoplivningsforsøg skal inkludere information om borgerens identitet via CPR, Registreringsmåden, blanket eller digital, Registratoren, Borgerens selv eller Administrativt personale, samt registreringstidspunkter (oprettelse, ændret, slettet)

**CPR** er CPR registerdata om borgeren, herunder borgerens identitet. En borgers CPR-nummer kan have forskellig status, og gyldigheden af det registrerede fravalg til genoplivningsforsøg afhænger af denne status, følgende tabel viser håndteringen i forhold til status af borgerens CPR-nummer.

Aktive CPR-numre (statuskode 1,3,5,7) CPR-numre uden adresse (20) forsvundne (70) og udrejste (80) borgere:	Borger kan oprette registrering af fravalg af genoplivningsforsøg, og kan ophæve registrering. Sundhedspersoner kan slå op på registreringer. Der udsendes årlig notifikation til borger.
Afdøde borgere (statuskode 90):	Borger kan ikke oprette eller ophæve registrering af fravalg af genoplivningsforsøg. Sundhedspersoner kan slå op på registreringer. Et år efter at borgeren er død slettes data. Der udsendes ikke årlig notifikation til borger.
Annullerede (30) CPR-numre, inaktiverede dobbelt-registrerede (50), CPR-numre ændret pga. kønsskifte eller ændret fødselsdato (60):	Borger kan ikke oprette eller ophæve registrering af fravalg af genoplivningsforsøg. Data slettes øjeblikkeligt, idet borgeren ikke har mulighed for at registrere fortrudt fravalg.
I CPR-registret er borgeren registreret som er under værgemål eller umyndiggjort:	Borger eller værge kan ikke oprette eller ophæve registrering af fravalg af genoplivningsforsøg. Data slettes øjeblikkeligt, idet borgeren eller værge ikke har mulighed for at registrere fortrudt fravalg.

<sup>9</sup> <https://www.hl7.org/fhir/consent.html>

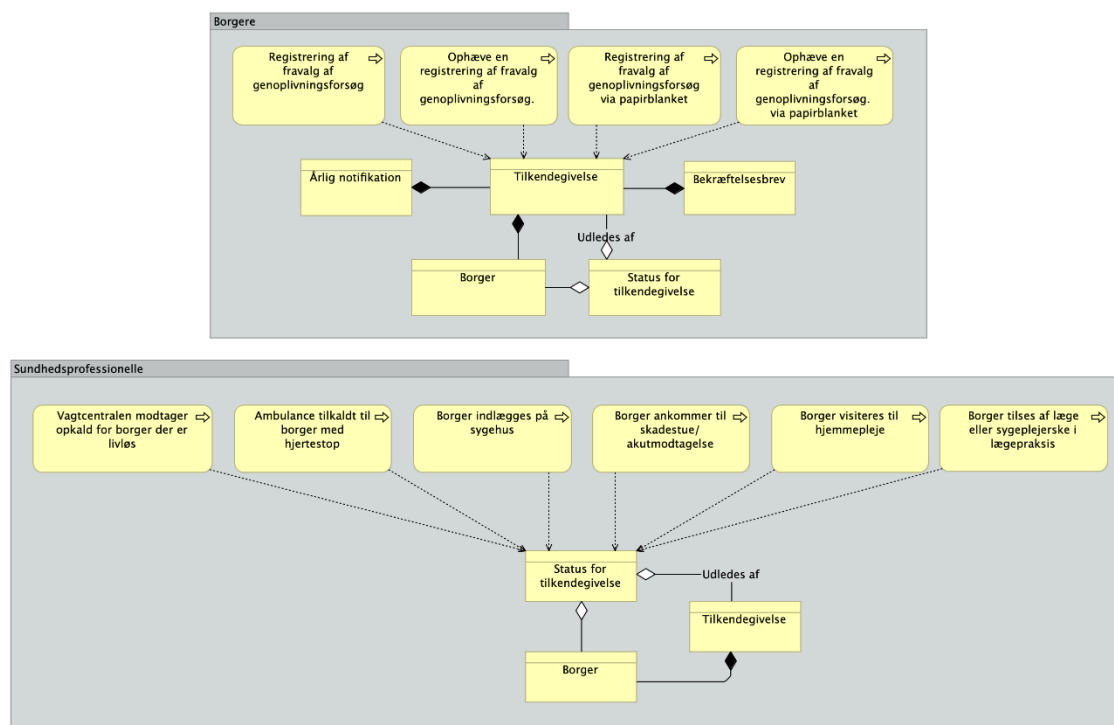
**Registratør** er information om den person, der har oprettet den gældende registrering.

**Registreringsmetode** er information om ønsket til fravalg af genoplivningsforsøg er oprettet digitalt, eller via papirblanket

**Registreringstidspunkt** er et tidsstempel for den gældende registrering – dette tidspunkt anvendes bl.a. i forhold til ”betænkningstidsperioden”, hvor et registreret fravalg først vil være gældende fra registreringstidspunktet + ”betænkningstidsperioden”.

## 8.4 Relation mellem processer og forretningsobjekter

Forretningsobjekterne udgør datagrundlaget for kunne opfylde de krav, der er identificeret ud fra arbejdsgange og processerne. Dette illustreres ved, at alle processerne interagerer direkte med forretningsobjekterne.



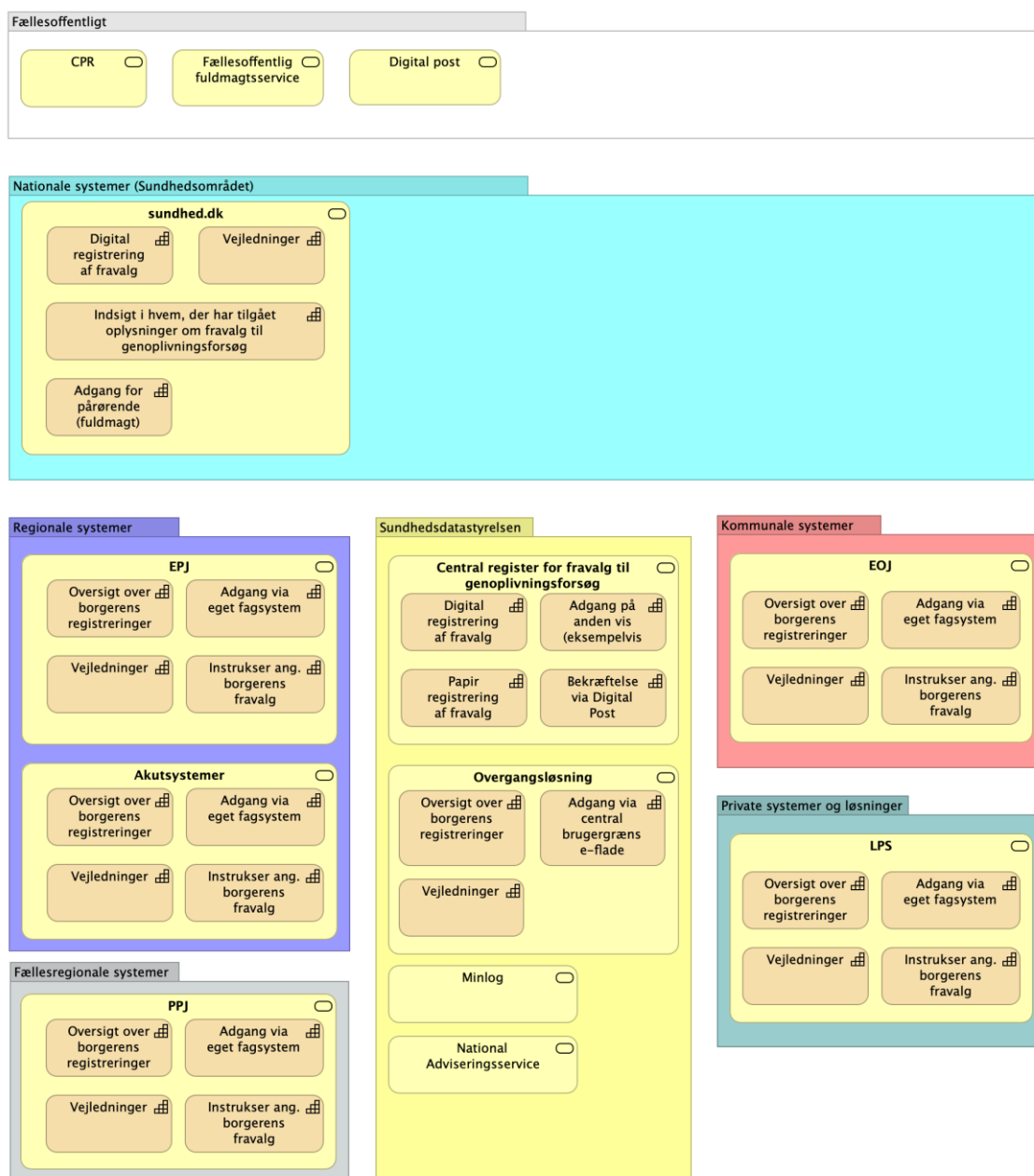
De processer, hvor borgeren er den centrale aktør, og tilkendegiver sit ønske til fravalg af genoplivningsforsøg, skal der være mulighed for at kunne registrere og administrere forretningsobjektet Tilkendegivelse.

De processer, hvor den sundhedsprofessionelle er den centrale aktør, og skal orientere sig i borgerens fravalg er forretningsobjektet Status for tilkendegivelse tilstrækkeligt.

## 9. Applikationsarkitektur

Figur 10 viser relevante applikationer og services på sundhedsområdet, opdelt efter styringsdomæne. Styringsdomæne forstås, som den myndighed eller styrende organ, som er kravstiller til applikationerne. Der skal laves ændringer i de systemer, som er vist med fed skrift. Systemer vist med normal skrift er støttesystemer, der er essentielle for den samlede løsning, men hvor der ikke er ændringer til.

Figuren beskriver ligeledes, hvordan løsningen mapper de kapabiliteter, der stilles til de enkelte systemer, der udgør den samlede løsning, og derved de forretningsopgaver der skal løses i de enkelte styringsdomæner.

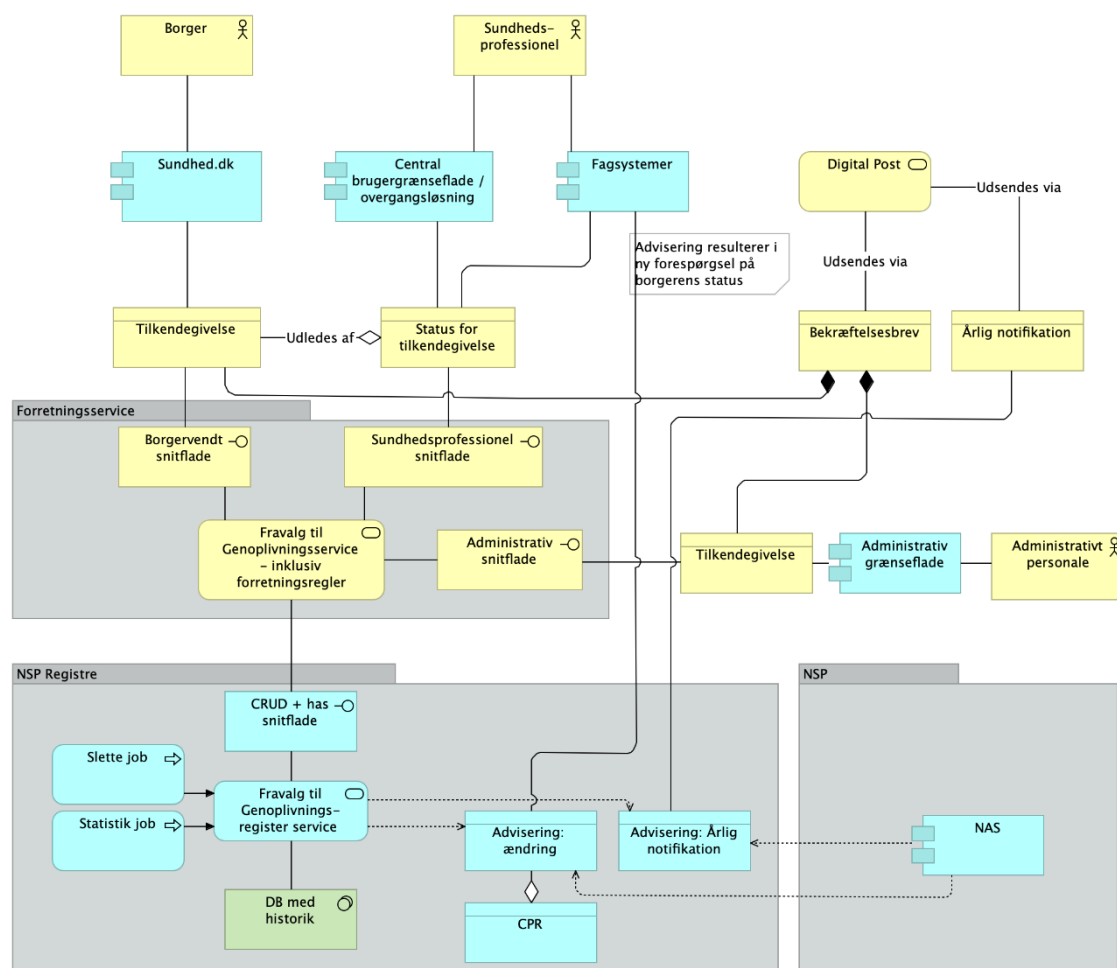


Figur 10 - kapabiliteter mappet til de systemer under hvert styringsdomæne

Det centrale register til fravalg for genoplivningsforsøg etableres på den Nationale Service Platform, hvorved aktørerne kan få adgang til borgerens fravalg gennem deres respektive fagsystemer.

Borgeren har adgang til det centrale register via en forretningsservice sundhed.dk tilgår, hvor fravalg til genoplivningsforsøg kan administreres. For borgere der ikke er digitale, vil administrativt personale have adgang til registeret på borgerens vegne via en administrationsgrænseflade.

Sundhedsprofessionelle har adgang til borgerens registrering om ønske til fravalg af genoplivningsforsøg gennem eget fagsystem, eller via en centrale sundhedsfaglig brugergrænseflade/overgangsløsning



Figur 11 - Applikationsarkitektur til centralt register for fravalg til genoplivningsforsøg

På Figur 11 er de nye og dermed ikke-realiserede komponenter henholdsvis *Fravalg til Genoplivningsregister service*, *Fravalg til Genoplivningsservice*, *Central brugergrænseflade* samt *Administrationsgrænseflade*.

Fagsystemer samt sundhed.dk skal etablere integrationer til det centrale register for fravalg til genoplivningsforsøg, ved at integrere til forretningsservicen *Fravalg til Genoplivningsservice* via

de respektive forretningsnitflader. Forretningsnitfladerne er målrettet de enkelte aktører, da der er forskellige forretningsregler om man er borger, sundhedsprofessionel eller administrativt personale.

**Fravalg til Genoplivningsservice** er den forretningservice, hvorved borgere via sundhed.dk, sundhedsprofessionelle gennem deres respektive fagsystemer eller via den centrale brugergrænseflade samt administrativt personale gennem administrationsgrænsefladen får adgang til det centrale register for fravalg af genoplivningsforsøg. Servicen er konfigureret med de til enhver tid gældende forretningsregler, såsom alderskriterier, aktiveringsperiode m.v. Servicen er ligeledes ansvarlig for adgangsstyring til det centrale register, samt auditering til borgerens MinLog.

**Fravalg til Genoplivningsregister service** er det centrale register, hvor borgerens fravalg til genoplivning er registeret. Registeret understøtter fuld historik, således alle ændringer på registreringer til borgerens fravalg er gemt. Historikken udstilles ikke igennem en servicegrænseflade, og benyttes udelukkende hvis der kræves indsigt.

Det centrale register har tilknyttet et slettejob, der automatisk følger op på statusændringer i CPR-registeret, således at data slettes senest et år efter, borgeren er registreret som afdød. Andre statuskoder fra CPR-registeret, som udflyttet, forsvundet m.v. skal afklares senere i projektet.

Der er tilknyttet et statistik job, således simpel ledelsesinformation kan udtrages fra registeret, eksempelvis antal registreringer, ændringer til registreringer m.v. Præcis lovhjemmel samt funktionalitet skal afklares senere i projektet.

Ved hver hændelse, som borgerens første registrering samt efterfølgende ændringer, dannes en advisering der sendes ud via den Nationale Adviseringsservice (NAS), adviseringerne indeholder ikke information om hvad der er ændret, kun at der er sket en ændring af fravalg af genoplivningsforsøg for den pågældende borger. Ligeledes er registerets ansvarlig for, at der udsendes en årlig notifikation til borgeren om, at der ligger en registrering til fravalg af genoplivningsforsøg.

Snitfladen til registeret skal endeligt afklares senere i projektet, men skal understøtte at borgeren kan læse, skrive, redigere og slette sit fravalg (CRUD). Desuden skal der eventuelt være en grænseflade, således at det kan identificeres om borgeren har en registrering.

**Administrationsgrænseflade** er en administrativ grænseflade til det centrale register for fravalg til genoplivning, hvor administrativt personale kan understøtte de *ikke digitale borgere*, der har indsendt deres ønske om fravalg til genoplivningsforsøg, eller fortrydelse af samme, via papirblanket.

Den administrative grænseflade, sikrer via integration til Digital Post, at borgeren bliver adviseret når registreringen/fortrydelsen er foretaget. Digital Post understøtter de *ikke digitale borgere* ved at udsende et papirbrev til disse.

## 10. Henvisninger

- [AFTALE] Aftale om udmøntning af midlerne afsat til Det gode ældreliv, regeringen og folketingets partier, 18. december 2020:  
<https://sum.dk/Media/9/A/Aftale%20om%20udm%C3%B8ntning%20af%20midlerne%20afsat%20til%20det%20gode%20%C3%A6ldreliv.pdf>
- [ORDFØRERNOTAT] Ordførernotat: Konkretisering af løsningsmodel for fravalg af genoplivningsforsøg.  
Dok. nr.: 2023291, Dato: 15. december 2021
- [DIGITAL-LOVGIVNING] Syv principper for digitaliseringsklar lovgivning  
<https://digst.dk/digital-transformation/digitaliseringsklar-lovgivning/vejledninger-og-vaerktoejer/syv-principper-for-digitaliseringsklar-lovgivning/>
- [BT-BEKENDTGØRELSE] Bekendtgørelse om behandlingstestamenter  
<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/1345>
- [BT-LOVFORSLAG] Lovforslag til "Lov om ændring af sundhedsloven vedr. øget selvbestemmelse for patienter i forhold til fravalg af behandling, herunder oprettelse af en behandlingstestamenteordning"  
[https://www.ft.dk/ripdf/samling/20171/lovforslag/l99/20171\\_l99\\_som\\_fremsat.pdf](https://www.ft.dk/ripdf/samling/20171/lovforslag/l99/20171_l99_som_fremsat.pdf)
- [FDA-PRINCIPPER] Fællesoffentlig digital arkitektur, principper og regler <https://arkitektur.digst.dk/principper-og-regler>
- [FORANALYSE 1] Foranalyse: Projekt digital løsning til fravalg af genoplivning ved hjer-testop, Delrapport 1: Interessenters perspektiver, DEFACTUM, juni 2021
- [FORANALYSE 2] Foranalyse: Projekt digital løsning til fravalg af genoplivning ved hjer-testop, Delrapport 2: Slutbrugernes behov, ønsker og krav., DEFACTUM, september 2021
- [FORANALYSE-BEGR] Foranalyse: Begrebs og aktørliste, DEFACTUM, september 2021
- [GENOPLIV-VEJL] Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg  
<https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9934>
- [MAAL-PATIENTOVERBLIK] Målbillede for Program for Et Samlet Patientoverblik version 1.  
[https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/strategi-og-projekter/patientoverblik/maalbillede\\_digital\\_understoettelse\\_komplekse\\_forloeb.pdf?la=da](https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/strategi-og-projekter/patientoverblik/maalbillede_digital_understoettelse_komplekse_forloeb.pdf?la=da)
- [MAAL-SAMTYKKE] Foreløbig udgave (december 2021) af:  
Sundhedsdatastyrelsens Målbillede for samtykke og frabedelse til databehandling på sundhedsområdet.  
Målbilledet er i skrivende stund under offentlig høring. Dette målbillede anvender definitionen af begrebet "Viljestilkendegivelse" fra Målbillede for samtykke og frabedelse til databehandling på sundhedsområdet.
- [NBS-BEGREBSBASE] Begrebsbasen for det Nationale Begrebsarbejde for Sundhedsvæsenet (NBS)



- <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/nbs>  
<https://sundhedsdata.iterm.dk/>
- [REF. SIKKERHED] Sundhedsdatastyrelsens referencearkitektur for Informationsikkerhed,  
<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/rammer-og-retningslinjer/referenceaktitektur-og-it-standarder/referencearkitektur/referencearkitektur-informationsikkerhed.pdf?la=da>
- [STATISTISK KORTLÆGN] Foranalyse: Digital løsning til fravalg af genoplivning ved hjertestop  
Notat: Statistisk kortlægning, DEFACTUM, september 2021
- [SUND-PRINCIPPER] Arkitekturprincipper for Sundhedsområdet, [https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/rammer-og-retningslinjer/referenceaktitektur-og-it-standarder/arkitekturprincipper\\_version-2,-d-,0.pdf?la=da](https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/rammer-og-retningslinjer/referenceaktitektur-og-it-standarder/arkitekturprincipper_version-2,-d-,0.pdf?la=da)
- [USE-CASES] Use Cases i forhold til fravalg af genoplivningsforsøg, Sundhedsdatastyrelsen, marts 2022

## Bilag A Beslutningslog

Bilag A beskriver væsentlige afklaringer og beslutninger truffet i perioden for udarbejdelse af målbilledet.

### A.1 Kriterier for ret til fravalg af genoplivningsforsøg m.v.

Det er besluttet, at projektet arbejder videre med et objektive kriterium på alder (60 år), hvorefter fravalget træder i kraft.

Borgerens fravalg skal træde i kraft *"efter et par dages betænkningstid"* (formulering i SUM's beslutning).

Desuden skal registrerede borgere årligt modtage en notifikation om, at de har registreret fravalget. Ovenstående er dog med forbehold for, at der endnu ikke er indgået en ny politisk aftale herom.

Besluttet af: SUM efter mødet med ministeren

Dato: 2021-12-01

### A.2 Egen læges hjælp til borgers registrering

Det er besluttet, at der ikke skal være krav om at borgerens egen læge skal kunne registrere et fravalg af genoplivningsforsøg på vegne af borgeren. Ikke-digitale borgere skal tilbydes at kunne udfylde og indsende en papirblanket til SDS.

Besluttet af: SUM

Dato: 2021-11-23

### A.3 Borgerens mundtlige fortrydelse af fravalg

Det skal afklares hvordan en kommende løsning skal håndtere borgerens mundtlige fortrydelse af fravalg af genoplivningsforsøg. Herunder om borgerens mundtlige fortrydelse skal understøttes af en kommende løsning, eller via manuelle arbejdsgange med registrering i lokale systemer. Punkter til afklaring er:

- I hvilke situationer man kan forestille sig, at borgeren vil trække sit fravalg tilbage
- Hvilket dokumentationsbehov der vil være i disse situationer
- Hvordan der sikres at oplysningen deles med relevante aktører, afhængigt af hvilken løsning der vælges

Proces: Problemstillingen drøftes i den kliniske/forretningsrettede arbejdsgruppe, forventet medio december 2021.

### A.4 Understøttelse af de nugældende regler for fravalg af genoplivningsforsøg

Det skal afklares om en kommende løsning til fravalg af genoplivningsforsøg skal udvikles med størst mulig hensyntagen til at der senere kan ske en udvidelse med de nugældende regler for fravalg af genoplivningsforsøg. Det skal ligeledes vurderes hvordan dette kan gøres inden for de eksisterende rammer.

Første udgave af målbilledet indeholder ikke de nugældende regler.

## **2.3**

### **Høring af målbillede for 'Digital løsning til fravalg af genoplivningsforsøg'**



13/10/22

## Hørings svar vedr. Digital løsning for fravalg af genoplivningsforsøg

**Bemærkninger fra Vesthimmerlands kommune,**

**Kvalitet og Udvikling, Helle Bruun Mortensen og Bettina Grønbech**

**Medlemmer af Udvalget**

### Bemærkninger

- Vi har følgende faglige refleksioner, som ikke relaterer sig til den egentlige digitale løsning:
- Når en borger, som benytter sig af mulighed for *fravalg af genoplivning ved hjertestop* blot opfordres til at informere pårørende om beslutningen kunne opstå situationer, hvor samlevende som ikke deler samme holdning til genoplivning kommer til at stå i en konkret hjertestops-situation med en anden forventning til hvad der skal ske end det som sker.
- Eksempel: Borger som er faldet med hjertestop og som har tilkendegivet *ikke-genoplivning* og ikke har informeret samlever. Samlever har en forventning til at der ydes livreddende førstehjælp. Det må opleves smertefuldt at være pårørende i en situation hvor der ikke ydes livreddende førstehjælp hvor muligheden er der.
- Vi kan ikke se at der i det fremlagte materiale er taget højde for andet end individets ret til selv at vælge og fravælge og dermed ser bort fra den sociale kontekst mennesker altid befinder sig i.
- Vi mener også at situationen sætter den sundhedsprofessionelle som undlader at søge genoplivning i flere forskellige dilemmaer.
- Dels kan der opstå et personligt dilemma, hvis den sundhedsprofessionelle mener, at der altid skal søges *at redde liv* men også et dilemma i forhold til pårørende, som i eksemplet ovenfor.
- Som sundhedsperson kan man eksempelvis være informeret om en borgers beslutning *om fravalg*, som borgers samlever ikke er informeret om eller deler samme holdning til og dermed konkret befinde sig i en situation hvor man undlader at yde livreddende førstehjælp, hvor en



samlever har en klar forventning om at der skal søges *at redde liv*.

Både personligt, fagligt og juridisk er der behov for at finde veje, hvor sundhedspersoner kan føle sig trygge ved borgers stillingtagen til fravalg af hjertestopbehandling.

- En anden bekymring vi kan have er det grundlag borger fravælger genoplivning ved hjertestop på. Selvom google og sundhed.dk etc. har ført til generel mere viden om sygdom og sundhed, mener vi ikke at borgere generelt er informeret om mulige årsager til et hjertestop. Eksempelvis kan ubehandlet AFLI være udløsende for at få hjertestop men behandling af AFLI er relativ enkel og hyppigt forekommende ved alder > 75 år. Det er et eksempel hvordan hjertemedicinske problematikker kan løses medicinsk, hvis de opdages og hvor et hjertestop har været udløsende for en medicinsk behandling.
- Vi mener også man kan stille uddybende spørgsmål til de foreløbige kriterier udover alderskriteriet for hvem der lovgivningen skal omfatte. Foreløbigt står borgere som modtager pleje i eget hjem/ har plejebolig eller bor på plejehjem. At inddrage relevante aktører her synes relevant set i lyset af, at der også er borgere i eget hjem, som ikke modtager pleje og som kunne tænkes at være omfattet af intensionen bag lovforslaget.
- *Der laves en let adgang for sundhedspersoner, så fravalg af genoplivningsforsøg, kan ses i relevante dokumentationssystemer af alle dem der har borger i behandling.*
- *Samtidig anskues der et problem, i forhold til hvordan sundhedspersonale er stillet, hvis genoplivning iværksættes mod borgers ønske, men der gives ikke konkret svar på hvordan sundhedspersonale er dækket.*

## **2.3**

### **Høring af målbillede for 'Digital løsning til fravalg af genoplivningsforsøg'**

## Høringsvar fra Københavns Kommune – 25.10.22

Københavns Kommune har en række tekstnære, forståelsesmæssige, procesmæssige samt overordnede kommentarer, som vi har indsamlet fra hhv. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Socialforvaltningen. Nedenstående udgør således Københavns Kommunes kommentarer til *Målbillede for 'Digital løsning til fravalg af genoplivningsforsøg*.

### Bemærkninger fra Socialforvaltningen

For nedenstående kommentarer fra gælder det, at det er skrevet, hvilken side der er kommentar til (den sorte tekst er kopieret fra høringsversionen). Vores kommentar er skrevet med rød tekst og kritiske eller forståelsesmæssige dele af teksten er fremhævet med gul.

S 6: Etablering af et centralt register, 'Register for fravalg af genoplivningsforsøg', skal sikre automatik ift. ikrafttræden og for at sikre at et fravalg, som senere kan fortrydes, **straks** slettes i sundhedspersonalets systemer uden, at der skal foretages manuelle procedurer.

Det kunne være en ide, at skrive at der i denne forbindelse udsendes en advis. For ellers ved brugeren ikke, at der er sket en ændring.

#### Vedr. NAS adviseringer:

S 16 På NAS gælder at adviseringer ikke er databærende, men adviserer modtagersystemer om at der findes ny eller opdaterede data i kildesystemet.

S 51: Ved hver hændelse, som borgerens første registrering samt efterfølgende ændringer, dannes en advisering der sendes ud via den Nationale Adviseringsservice (NAS), adviseringerne indeholder ikke information om hvad der er ændret, kun at der er sket en ændring af fravalg af genoplivningsforsøg for den pågældende borger.

S27: At fravalg og fortrudte fravalg er tilgængelige for de relevante sundhedspersoner, og **rettidigt** kommunikerer ud til anvendersystemerne

Der er tre ting i dette:

- Når NAS adviseringerne ikke indeholder information om, at der er sket en ændring, så skal brugeren selv tænke sig til, at hvis der kommer en NAS advisering vedr. fravalg af genoplivningsforsøg, så er der tale om en tilføjelse – såfremt der nu står et sted i løsningen, at borger har fravalgt genoplivning. Og hvis oplysningerne pludselig ikke er der længere, så er der tale om et fortrudt fravalg. Jeg tænker det vil skabe forvirring hos brugeren, særligt ved et fortrudt fravalg, hvor oplysninger er blevet slettet og ikke kan ses historisk. Det kræver at brugeren kan huske at der har stået oplysninger om fravalg tidligere. Forvirringen kan gå på, at brugeren bliver i tvivl om oplysningerne er kommet ind i løsningen, fordi bruger måske tror der er tale om et registreret fravalg.
- Hvis registrering slettes straks ved fortrydelse af fravalg, bør kommunikationen (som jeg tolker som adviseringen) også komme straks.
- Jeg har ikke kunne få klarhed over, om der anvendes NAS adviseringer i DOMUS på andre områder end medicin og SMDB. Jeg er således i tvivl om DOMUS er sat op til at anvende NAS adviseringer der er tilgængelige for alle roller. (Mads Kipsang vil undersøge det nærmere når han har mulighed for det)

S 19 Fravalget træder i kraft, når borgeren er fyldt 60 år (3) **og** har behov for pleje i eget hjem eller er flyttet i plejebolig/på plejehjem



Det lyder i denne sætning som at borgeren både skal være 60 år og have behov for pleje. Det er ikke beskrevet sådan andre steder. Den sidste del af sætningen skaber forvirring.

S 22: At en løsning ikke medfører **unødige omkostninger**, herunder i forhold til arbejdsgange eller ved tilpasning af IT-systemer

Hvad betyder unødige omkostninger? Vil denne ændring medføre en økonomisk udgift og i så fald, er det it-leverandøren der er forpligtet til at tilpasse løsningen, eller er det os der skal betale for tilpasningen?

S 24: At den digitale løsning ikke skaber situationer, hvor sundhedspersoner kan blive sanktioneret, hvis borgere genoplives mod deres ønske.

– hvad med modsatte tilfælde? Hvad hvis sundhedspersoner ikke har set det fortrudte fravalg og derfor ikke påbegynder genoplivning, skal de da sanktioneres?

S 27:\_ Derved stilles der "traditionelle" krav til arkitektur-kvaliteter for et centralt register, herunder at data er tilgængelige, at data opbevares og håndteres sikkert, og at **borgeren har indblik i hvilke personer der har set** og evt. rettet borgerens data.

Jeg læser ovenstående som at borger kan lave opslag og se hvilke brugere der har haft adgang til registrering om fravalg. Hvis det er korrekt så undrer jeg mig over hvordan dette skal lade sig gøre, da fravalg skal være registreret et sted hvor alle let kan se det. Jeg læser det som, at uanset om bruger ønsker at se efter oplysninger om fravalg, så kan dette ikke undgås. Det vil dermed være noget der vises når man tilgår borgers journal, og dermed vil alle der tilgår borgers journal skulle logges for at have set borgeres fravalg? Det vil gøre listen uendelig lang og ikke være retvisende for det ønskede logning om fravalg.

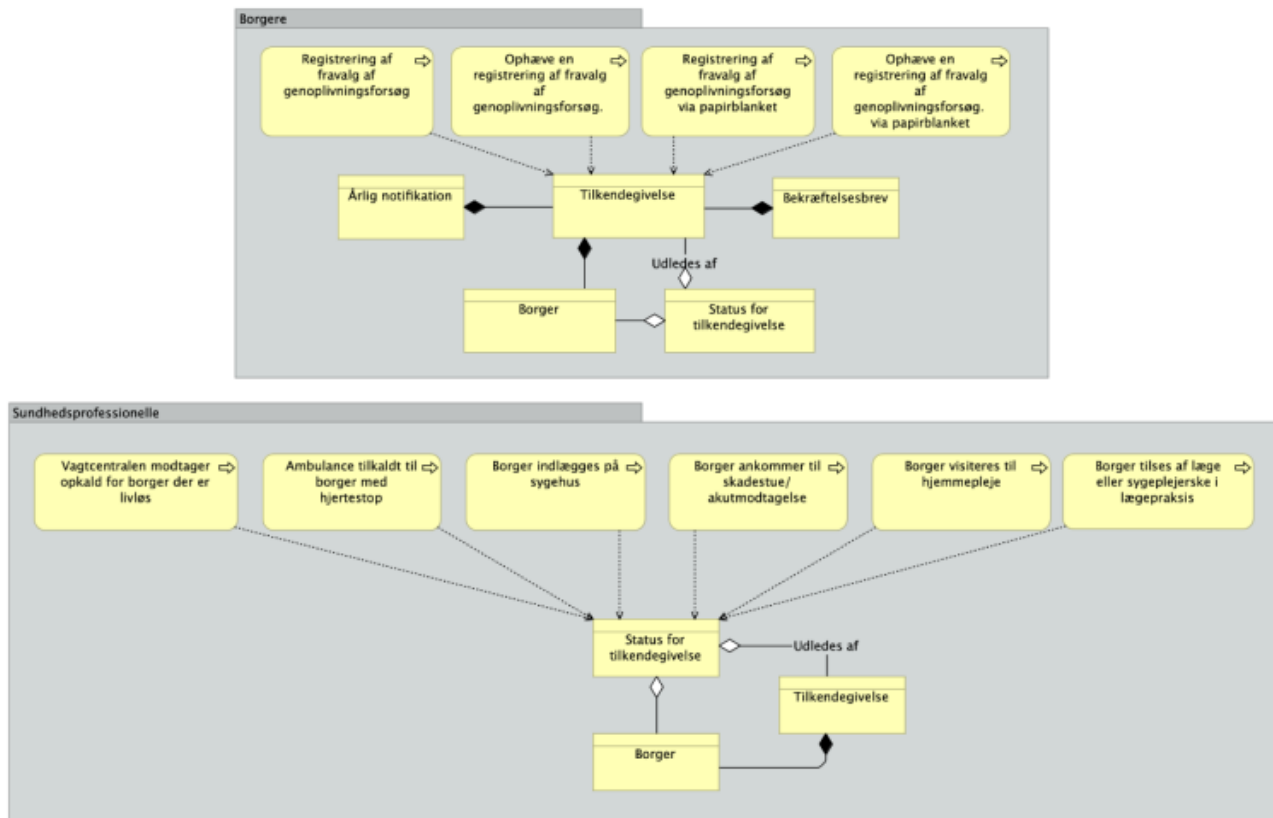
S 27\_ At fravalg og fortrudte fravalg er tilgængelige for de relevante sundhedspersoner, og at det er tydeligt for sundhedspersoner når borgeren har fravalgt genoplivningsforsøg. Det **sidste** skal sikres via integration til fagsystemerne.

Hvorfor er det kun det sidste (når borger har fravalgt genoplivningsforsøg) der skal sikres via integration til fagsystemerne? Det fortrudte fravalg er jo mindst lige så vigtig.

S39:

I forhold til opbevaringen af de registrerede fravalg til genoplivningsforsøg, så er det kun supportmedarbejdere, der kan få brug for adgang, og i disse tilfælde skal de også være passende autentificeret. Der kan i nogle tilfælde være højere krav til autentifikation af disse medarbejdere, da de som udgangspunkt har **adgang til flere oplysninger**. – hvilke oplysninger henvises der til?

S 48: Ifølge figuren ser det ud til, at borger får årlig notifikation når borger har fortrudt fravalg. Er dette tilsigtet?



### **Bemærkninger fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen:**

SUF er positive overfor borgers mulighed for at fravælge genoplivningsforsøg- og en national løsning til det.

I forhold til afgrænsningen i afsnit 2.1 og 2.2 er SUF bekymret for, at der skabes en teknisk løsning, der er dyr at etablere og potentielt uhensigtsmæssig for brugere af EOJ-system. For at gøre løsningen brugbar, skal den på sigt kunne understøtte andre fravalg med en central, national løsning, så implementeringen i EOJ kan forberedes til det.

Når heromtalte digitale løsninger til fravalg af genoplivningsforsøg implementeres, vil brugerne kun kunne stole på markeringen, når den er der – en fraværende markering af fravalg af genoplivning er ikke ensbetydende med, at borger skal genoplives, idet læge/borger/værge kan have taget stilling til dette, men denne del fremgår ikke i løsningen. En markering, der kun dækker borgerens valg er således marginalt anvendelig for det frontpersonale, der står med patienten i sidste ende.

### **2.1 De nugældende regler for fravalg af genoplivningsforsøg understøttes ikke**

De nugældende regler for fravalg af genoplivningsforsøg (den gule, røde og grønne cirkel på figur 1 side 8) understøttes ikke i den kommende løsning. Løsningen skal **kun omfatte borgerens fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop**. Den konkretiserede politiske aftale [ORDFØRERNOTAT] omfatter udelukkende, at der udvikles en løsning til borgerens fravalg af genoplivningsforsøg, men at der fremadrettet diskuteres finansiering i forhold til at den digitale løsning også kan indeholde andre former for fravalg af genoplivningsforsøg.

## 2.2 Samlet overblik over fravalg i fagsystemer understøttes ikke

Foranalysen [FORANALYSE 1] afdækker at sundhedspersoner i kommuner og på sygehuse har ønske om at samtlige fravalg af genoplivningsforsøg præsenteres samlet i hhv. EOJ- og EPJ-systemerne, dvs. samme sted som de nugældende regler for fravalg dokumenteres i dag.

- Den kommende løsning til borgerens fravalg af genoplivningsforsøg, **omfatter ikke en løsning der skal samle de forskellige fravalg i fagsystemerne.**

Der skal ifm. implementering tages stilling til, hvordan eventuelle eksisterende (potentielt konfliktende) registreringer om fravalg i EOJ/EPJ-systemer håndteres ved overgang til nationalt register. I dag, i Københavns kommunes EOJ, er det en manuel registrering af borgers ønsker fra behandlings-/livstestamente eller af lægens vurdering (med henvisning til lægens skriftlige besked om dette).

Side 41 fremgår at "administrativ medarbejder" kan foretage registrering ud fra papirblanketter fra ikke digitale-borgere. Der er ikke fundet noget sted, hvor det fremgår om det er kommunalt personale, der skal det. I så fald er der behov for procedurer for hvem, der må det og dokumentationskrav.

Det bør undersøges hvordan implementering kan ske hensigtsmæssigt i national arkitektur så det er nemt at integrere til EOJ. Eksempelvis om implementering i borgerens stamkort i Samlet Patientoverblik (hvor der allerede er integration til Cura) vil gøre det simplere og billigere for kommunerne.

Krav om tilslutning til det nationale register bør etableres som lovkrav eller aftales i ØA – inkl. aftalte om økonomisk kompensation for de omkostninger det medfører for kommunerne til EOJ-integration samt teknisk og organisatorisk implementering.

## **2.3**

### **Høring af målbillede for 'Digital løsning til fravalg af genoplivningsforsøg'**

## **KL's hørings svar til Målbillede for digital løsning til fravalg af genoplivningsforsøg**

### **Kommentarer fra KL – Supplement til kommentarer formidlet via mail af 31.10.22**

Målbilledet dækker for nuværende kun en af flere identificerede typer af fravalg. Fravalget er en borger borgers viljetilkendegivelse om fravalg af behandling. Dette målbillede(fravalg) refererer kort til det fællesoffentlige målbillede for viljetilkendegivelse, men det fremgår ikke i forretningsarkitektur eller applikationsarkitektur at det fællesoffentlige målbillede for viljetilkendegivelse er tænk ind.

Målbilledet bør som minimum stille krav til at den fællesoffentlige standard for dataudveksling benyttes eller rationale for fravalg fremgår af målbilledet. Det bør undersøges om det fællesoffentlige målbillede for viljetilkendegivelser skal være rammesættende for dette målbillede(fravalg). I givet fald vil jeg anbefale en om genbehandling af målbillede for fravalg.

Det anbefales at målarkitektur for flere typer af fravalg beskrives. Ønskes der en fælles infrastruktur til at behandle fravalg, eller er målarkitekturen eet register for hver type af fravalg.

Det anbefales at der tages en dialog med Digitaliseringsstyrelsen om muligheden for at indgå i en dialog som første anvendere af standard for viljetilkendegivelse og eventuelt infrastruktur til samme.

Hvad er målarkitekturen for at sikre overblik over fravalg (af forskellig type) til hhv. borger og sundhedsprofessionel?

Desuden har vi nogle mere tekstnære overvejelser:

#### Afsnit 8. Forretningsarkitektur

- Figur 7 beskriver aktører i forhold til løsningen. Denne figur mangler rollen 'sundhedsprofessionel'. Rollen 'sundhedsprofessionel' beskrives dog uddybende i afsnit 8.1.2 men bør fremgå af figur 7. Ellers er scope for figur 7 kun oprettelse og tilbagetræk af fravalg. Og ikke anvendelse af fravalg. Anbefaling: Aktører og roller kontrolleres op imod den fællesoffentlige standard for viljetilkendegivelse.

#### Afsnit 8.3 Forretningsobjekter:

- Forretningsobjektet 'Tilkendegivelse', 'Status for tilkendegivelse', 'Papirblanket' 'Årlig notifikation' og samtlige dataobjekter bør afsøges om de er identisk med tilsvarende begreber i den fællesoffentlig standard for viljetilkendegivelse.

- Anden paragraf starter med 'Tilkendegivelse er udledt fra forretningsobjektet 'Tilkendegivelse for fravalg af genoplivningsforsøg'. Formoder at der menes dataobjektet?

Dato: 3. november 2022

Sags ID: SAG-2022-00759  
Dok. ID: 3269143

E-mail: VNO@kl.dk  
Direkte: 3370 3883

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 1 af 2

Anbefaling: Alle forretningsobjekter og dataobjekter kontrolleres op imo den fællesoffentlige standard for viljetilkendegivelse. Sundhedsdatastyrelsen har været medproducent på denne standard.

#### Afsnit 9. Applikationsarkitektur

- Dette målbillede beskriver eet fravalg. Men i en kompleks sundhedssituation kan der være flere relevante fravalg eller frabedelser, der er relevant for den sundhedsprofessionelle eller medhjælper. Hvad er strategien for en sådant overblik til den sundhedsprofessionelle+medhjælper?
- Vil man bygge separate registre til andre typer af fravalg 'eet fravalg=eet register' eller er der overvejet mulighed for en fælles infrastruktur til fravalg/viljetilkendegivelse?
- Der foreligger en fællesoffentlig standard for udveksling af data for viljetilkendegivelse. Denne standard bør følges og være en del af rammen for målbilledet (figur 2 side 13)

Dato: 3. november 2022

Sags ID: SAG-2022-00759  
Dok. ID: 3269143

E-mail: VNO@kl.dk  
Direkte: 3370 3883

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 2 af 2

## **2.3**

### **Høring af målbillede for 'Digital løsning til fravalg af genoplivningsforsøg'**

# Odsherred Kommune - Hørings svar på udkast til forslag om målbillede *Digital løsning til fravalg af genoplivningsforsøg fra Sundhedsdatastyrelsen*

Omsorg og Sundhed, Odsherred Kommune takker for muligheden for at afgive hørings svar.

Omsorg og sundhed er generelt meget skeptisk overfor udkastet.

Herunder følger en række refleksioner:

- Der er usikkerhed omkring målgruppen, dette fremkommer ikke tydeligt nok beskrevet.

Hvad forstås ved en ældre svækket borger?

Gælder det samtidig borger over 60 år som er habile og friske?

- Hvad vil det sige at få pleje?

Hvis borger får rengøring hver anden uge, får borger så pleje?

- Hvis fx en kollega falder om, som er over 60 år hvorledes forholder vedkommende som finder kollega, sig så?

Ift. Proces og opgaver omkring vagtcentralen som modtager opkald om en borger, der er livløs findes processen ikke tydeligt/sikker nok, ift. at benytte mulighed for at oplyse borgers navn og adresse ift. stillingtagen til genoplivning.

Det giver derfor god mening, at der ikke er en konsekvens ved at starte genoplivning. Dog vil dette være en falsk tryghed for borgerne, der ønsker fravalg af genoplivning.

- En kommende national løsning til fravalg af genoplivning ligger op til at ved at der udarbejdes tydelige vejledninger, der tager konkret afsæt i de svære situationer, vil det være muligt for sundhedspersoner at handle relevant og hurtigt.

Det vurderer at det vil blive for kompleks for de sundhedsfaglige medarbejder, bla. grundet kompetenceniveau og kompleksiteten på området, også selv om der vil findes velskrevet guid lines på området.

- Hvilken rolle har plejepersonalet som kommer i borgers hjem, hos borger over 60 år, som er målgruppen?

Vil medarbejderne være forpligtige til at spørge borgen om de har taget stilling til fravalg af Genoplivningsforsøg? Hvordan skal medarbejder handle ved et hjertestop, skal medarbejder slå op i fagsystemet først inden der evt. ydes genoplivning eller skal de opstarte hjertestopbehandling først og herefter slå op i fagsystemet? Det fremgår uklart?



# Odsherred Kommune - Hørings svar på udkast til forslag om målbillede *Digital løsning til fravalg af genoplivningsforsøg fra Sundhedsdatastyrelsen*

- Er borger opmærksom på, at hvis man vælger genoplivning fra, så er det ikke muligt at vælge organdonation til?
- Vedr. Målsætning i forhold til fravalgets ikrafttræden og gyldighed

Ved en betænkningstid på 7 dage, så vil der ved fysisk fremsendt brev være længere sagsbehandlings tid, da brevet er flere dage undervejs og håndteres af flere hænder før data registreres. Dette giver ulighed ift. dem som har mulighed for at registrere direkte via Sundhed.dk

Fravalget skulle gerne gælde fra dateret underskrift.

- Håndtering i forhold til status af borgerens CPR -nummer

Hos borger med erstatnings cpr.nr eller dobbelt registreret cpr.nr, vurdere vi, at der ikke er lighed i sundhed. Det gælder også alle borger som har værgemål.

- Ift klar og tydelig kommunikation, er det vigtigt at der ikke benyttes engelske og data tekniske udtryk som fx "årlig notifikation". Termen relaterer sig til en elektronisk handling. Vi anbefaler at ordet bliver erstattet med fx en årlig påmindelse per brev.

En væsentlig pointe i dokumentet skal nævnes : *at en kommende løsning ikke må medføre unødige omkostninger herunder ift. arbejdsgange eller ved tilpasning af IT – systemer jfr side 22/55.*

Det er en positiv pointe ift. bla. driftsmæssige omkostninger.

Med venlig hilsen

Anna Cecilie Høstaker

Udviklingspsygeplejerske for plejecentre og demensindsats Odsherred Kommune

Stine Kæstner Kinsbøl

Fagkonsulent, Omsorg og Sundhed Odsherred Kommune

Elisabeth M. Hansen

Udviklingspsygeplejerske, hjemme og sygeplejen Odsherred Kommune

05-10-2022

Odsherred Kommune - Høringssvar på udkast til forslag om målbillede  
*Digital løsning til fravalg af genoplivningsforsøg* fra  
Sundhedsdatastyrelsen

## **2.3**

### **Høring af målbillede for 'Digital løsning til fravalg af genoplivningsforsøg'**

## Hørings svar fra Helsingør Kommune – 18.10.22

### Center for Sundhed og Omsorgs kommentarer til hørings svar:

I fremtiden vil der være tale om 4 forskellige typer af fravalg – 3 drejer sig om undtagelser for genoplivningsforsøg

- Den habile patients fravalg (knyttet til aktuel sygdomssituation)
- Den lægelige beslutning (Knyttet til aktuel sygdomssituation)
- Borgers fravalg (ved alderssvækkelse) NY!
- Behandlings/Livstestamente

Det fremgår af beskrivelsen, at det er habile borgere, som kan træffe afgørelserne, og det er vigtigt at understrege i forhold til primærsektor, at det er en lægelig vurdering, om en person er habil eller ej, så egen læge kontaktes i tvivlstilfælde.

#### [De nugældende regler for fravalg af genoplivningsforsøg understøttes ikke digitalt!](#)

Vigtigheden af, at de 3 fravalg – og helst også angivelsen af, om der er registreret Behandlings/Livstestamente, registreres eet samlet sted, som har integration til EPJ, EOJ og lægesystemer eller "Samlet Patientoverblik" er central og meget vigtig. På nuværende tidspunkt udstilles, om der forefindes "Behandlings/Livstestamente" i Samlet Patientoverblik.

Det er vigtigt, at de 3 fravalg udstilles for de præhospitale funktioner (ambulancer) og AMK-vagtcentraler. Der ses i dag selvopfundne arbejdsgange i forbindelse med 112 ambulancetransport, hvor der printes aftaler om "ingen genoplivning", som udleveres til ambulance personale.

Det er bekymrende, at det fremgår af beskrivelsen, at den konkretiserede politiske aftale udelukkende omfatter udvikling af den nye aftale om borgers fravalg af genoplivningsforsøg – og at man først fremadrettet vil diskutere finansiering i forhold til, at den digitale løsning også kan indeholde de andre former for fravalg af genoplivningsforsøg. I dag er det manuelle arbejdsgange, som skal rettes, hvis ønske om "ingen genoplivning" trækkes tilbage – det vil kunne ske digitalt med den nye løsning, som vil fremgå af et centralt register.

#### [Mulighed for ikke-digital registrering af fravalg af genoplivning](#)

Alle 3 muligheder for fravalg bør understøttes af papirblanket løsning, til støtte for ikke-digitale borgere, så en papirblanket kan fremsendes til Sundhedsdatastyrelsen.

#### [Hjerteløbere og 112 hjælpere](#)

Vigtig pointe hvordan hjerteløbere og 112 hjælpere kan informeres om registrering af "ingen genoplivning".

## Personer med midlertidigt cpr nummer – fx flygtninge

Det er i dag muligt at oprette e-cpr numre på borgere og registrere i FMK – vil en lignende løsning kunne gælde i forhold til registrering af ”Ingen genoplivning”?

## Regler for genoplivning (6. Jura)

Det er meget velkomment hvis der arbejdes med det juridiske grundlag for ”Ingen genoplivning”, og hvad det indebærer for personen i forhold til, at de evt. genoplives på trods af registreringen. Der bør være informationsmateriale, som understøtter det valg, som den habile borger foretager.

---

## Center for Særlig Social Indsats’ kommentarer til høringsvar vedr. Digital løsning til fravalg af genoplivningsforsøg:

1. Det er vigtigt at sikre, at ikke-digitale borgere også får mulighed for at fravælge genoplivningsforsøg, ligesom der også påpeges i målbilledet. I den skitserede løsning skal det være muligt for ikke-digitale borgere at udfylde et papirskema og sende til SDS til manuel registrering:
  - a. Men hvad er der af forventninger i forhold til borgere som ikke selv vil være i stand til f.eks. at anskaffe papirskemaet eller udfylde skemaet selv – skal sundhedsfagligt personale der møder borgerne til en hver tid kunne stille et ansøgningsskema til rådighed, samt bistå med at udfylde det for de borgere som ikke selv vil være i stand til det?
  - b. Vil betænkningstiden ved papirregistreringer påbegyndes ved udfyldelsesdato eller fra den dato, hvor skemaet bliver modtaget i SDS?
2. Det er vigtigt at fremhæve vigtigheden af, at alle typer af fravalg kan ses det samme sted i EOJ/EPJ-systemerne, da det ellers vil øge risikoen for at personalet overser oplysninger - så selvom det i første omgang ikke bliver en interesse som denne løsning vil efterkomme, bør Sundhedsdatastyrelsen tage det med i den videre dialog med leverandørerne på EOJ- og EPJ-systemerne, og stille det som et krav til leverandørerne at der laves integrationsløsninger, som efterkommer ønsket om at oplysningerne kan findes det samme sted for personalet – uanset at det generelle fravalg vil komme fra integrationen, imens de for de andre typer af fravalg vil være manuelt registreret i EOJ/EPJ-systemet.
3. Selv med en national løsning der udstiller oplysningerne om borgeres fravalg af genoplivning kan det blive svært at sikre sig, at personalet til hver en tid er opmærksomme på om en borger har fravalgt genoplivning, også selvom det står tydeligt markeret i fagsystemet. Da det uanset vil kræve, at personalet kan huske oplysningen, når de står hos borgeren med hjertestop og er nødt til at beslutte sig for om de skal handle eller ej. I tvivlstilfælde vil personalet være trænet til at handle frem for at logge sig ind på deres mobile device for at tjekke om der er ønsket fravalg af genoplivning.  
Ligeledes kan det være svært for sundhedspersonalet, at efterleve en borgers ønske om fravalg af genoplivning, hvis der står en pårørende f.eks. ægtefælle, som ikke er blevet

informeret af sin pårørende, og som ønsker at personalet påbegynder livreddende førstehjælp.

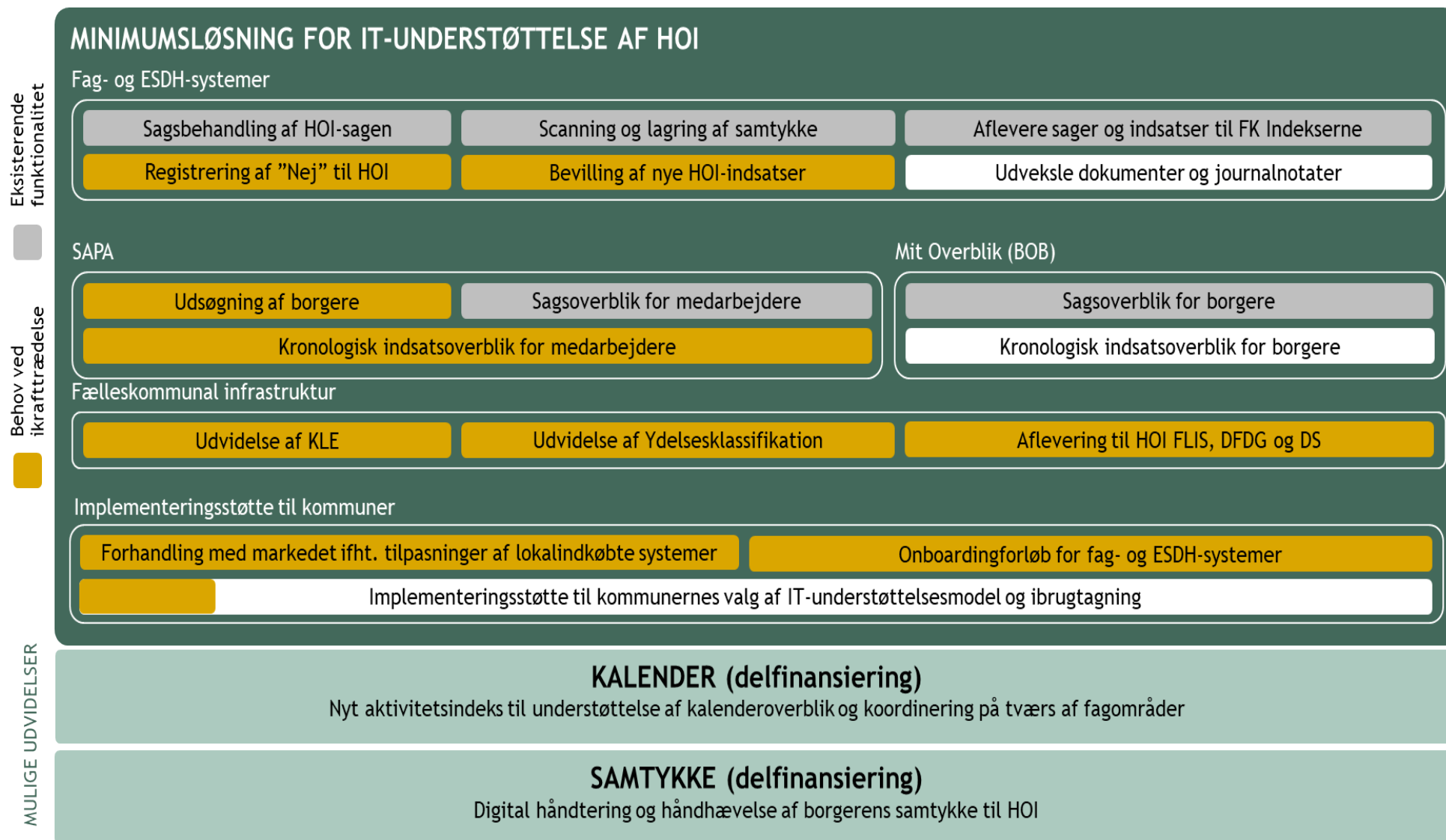
Derfor bør der udarbejdes informationsmateriale til borgeren som informere om dette, samt fremhæver vigtigheden af, at pårørende bliver informeret om beslutningen.

4. I forhold til auditlogning bør man være opmærksom på, ligesom det er blevet fremhævet ved adskillige andre løsninger der udstiller logdata for borgerne, at det kan være problematisk at udstille medarbejdernes fulde navn, da der desværre har været eksempler på chikane og i værste tilfælde forfølgelse af medarbejdere. Det bør derfor kraftig overvejes om en auditlogning kan laves ved at udstille medarbejders fornavn, initialer, titel og arbejdssted for borgeren i stedet for at udstille data med det fulde navn. Da disse oplysninger burde være fyldestgørende til at borgeren få et overblik over om, hvem der har tilgået vedkommendes data, og om der evt. er sket uretmæssig adgang.

## **2.6**

### **It-understøttelse af Helhedsorienteret Indsats**

## Bilag: Minimumsløsning for it-understøttelse af Helhedsorienteret Indsats



\*De hvide felter er funktionalitet eller svar på opgaveløsninger, der pt. Ikke er fuldt tilstede, men etableres i perioden 2023 – 2025.