

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030
Oslo

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202100169

Dato: 17-08-2021

Høring: Høring - Forslag til endringer i pasientjournalloven og IKT-standardforskriften - Tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger

Foreliggende høringsnotat er av stor prinsipiell betydning. Legeforeningen har, etter prosess i våre organisasjonsledd, utarbeidet denne uttalelsen. Legeforeningen støtter ikke forslaget til endringer i pasientjournalloven og IKT-standardforskriften i sin nåværende form. I punkt 1.0. nedenfor følger en sammenfatning av våre viktigste synspunkter med hensyn til forslaget om lov- og forskriftsendringer. Synspunktene utdypes dernest i den videre tekst.

Innhold

1.0.	Innledende bemerkninger.....	2
1.1.	Generelle kommentarer til høringsnotatet.....	2
1.2.	Hovedpunkter i Legeforeningens høringsuttalelse	4
2.0.	Styring av e-helseutviklingen.....	4
2.1.	Generelt.....	4
2.2.	Nasjonal styringsmodell for e-helse	5
3.0.	Ad pålegg om å ta i bruk helsenettet	6
4.0.	Ad pålegg om å ta i bruk Nasjonal kjernejournal, eResept og tjenester på helsenorge.no	6
4.1.	Krav til funksjonalitet fremfor krav til bruk av bestemte e-helseløsninger	6
4.2.	Nærmere om pålegg om å ta i bruk Nasjonal kjernejournal og eResept	8
4.3.	Særlig om pålegg om å ta i bruk tjenester på helsenorge.no	9
4.4.	Konkurransesperspektivet	10
5.0.	Finansiering	11
6.0.	Norsk helsenett SFs tilgang til folkeregisteropplysninger	12

1.0. Innledende bemerkninger

1.1. Generelle kommentarer til høringsnotatet

Forslaget pålegger virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester å gjøre tilgjengelig og ta i bruk fire nasjonale e-helseløsninger i sin virksomhet, herunder løsningen for elektroniske resepter (e-resept), Nasjonal kjernejournal, helsenorge.no og helsenettet, inkludert grunndata. Når det gjelder helsenorge.no, omfatter plikten å tilgjengeliggjøre spesifikke tjenester via plattformen. Forslaget pålegger også virksomhetene å betale for forvaltning og drift av løsningene.

På flere sentrale områder medfører forslaget i liten grad endringer sammenliknet med forslagene i Prop. 65 L (2019-2020) *Lov om e-helse*, som senere ble trukket ved Meld. St. 6 (2020-2021). Legeforeningen vil derfor vise til vår høringsuttalelse av 14.01.2020 til *Høring – ny e-helselov og endringer i IKT-standardforskriften* og vi gjengir nedenfor flere av våre standpunkter fra denne uttalelsen.

Departementet fremhever i høringsnotatet at for å sikre bedre kvalitet, økt pasientsikkerhet og mer effektiv bruk av offentlige ressurser, er det nødvendig å utnytte mulighetene som ligger i teknologi på en bedre måte. Legeforeningen er enig i målsetningen om å bedre samhandlingen innenfor helse- og omsorgssektoren og å bedre pasientinvolveringen, og er enig i at digitalisering er et sentralt virkemiddel i denne sammenheng. Legeforeningen støtter et pålegg om bruk av helsenettet som sentralt virksomhetsovergrepene nett for å kommunisere og utveksle personopplysninger trygt og lovlig.

Utover Norsk Helsenett, er vi ikke enige i at de virkemidler som foreslås, med rettslig forpliktende pålegg om å ta i bruk bestemte produkter, er de mest effektive eller fornuftige for å utnytte mulighetene som ligger i teknologi på en bedre måte. Høringsrunden i *Høring – ny e-helselov og endringer i IKT-standardforskriften* tydet på at aktørene i sektoren ikke oppfattet mer bruk av juridiske virkemidler og pålegg for å sikre etterlevelse som det mest hensiktsmessige grepet for å drive e-helseutviklingen fremover.¹ Plikt til å kommunisere på nasjonale felleskomponenter må være knyttet til funksjonalitet og bruk av grensesnitt, ikke til spesifikk programvare. Det skal finnes valgmuligheter, løsningene må tilfredsstille faglige krav fra klinikerens hverdag, det må skje innovasjon og konkurranse på løsningene og bruk skal incentiveres.

Legeforeningen uttalte i høringsuttalelsen i 2020 at vi er uenige i departementets situasjonsbeskrivelse. Slik vi forstår forslaget som nå sendes på høring, bygger dette i stor grad på samme situasjonsbeskrivelse og premisser som forslaget til ny e-helselov. Departementet opprettholder for eksempel at nasjonale standardiserte IKT-løsninger vil være det beste. I høringsnotatet fremholdes det at "De nasjonale e-helseløsningene helsenettet, e-resept, kjernejournal og helsenorge.no er nødvendige for å oppfylle regionale helseforetaks og kommuners lovpålagte plikt til å sørge for at innbyggerne gis gode helse- og omsorgstjenester", og videre at "For hver av løsningene

¹ Jf. også *Riksrevisjonens undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal*, Vedlegg 3 til Dokument 3:14 (2020-2021) kapittel 8.3.1 og 9.5.



nødvendigjør hensynet til pasientsikkerhet, personvern og effektiv offentlig ressursbruk at det etableres én løsning under offentlig kontroll". Videre heter det: "Helhetlige systemer gir bedre kommunikasjon om pasientene, bedre mulighet til å forebygge og oppdage sykdom og mer effektiv helsehjelp". Legeforeningen fremholdt i vår høringsuttalelse i 2020 at nasjonal og internasjonal erfaring og vitenskapelig dokumentasjon taler mot påstander om at nasjonale standardiserte IKT-løsninger vil være det beste:

Det er velkjent i IT-bransjen (og i mange andre bransjer) at jo større prosjektene er, desto større er sannsynligheten for at de mislykkes, og at kostnadene kommer ut av kontroll. Dette er veldokumentert blant annet i *The Standish Group Reports on project failure rates* over en årrekke. Jo flere som omfavnes av en løsning, desto færre behov er felles.

Dette er også tydelig demonstrert ved innføringen av store, monolittiske systemer i USA etter "meaningful use criteria" og mer nylig i hovedstadsområdet i Danmark: Ønsket om mer strukturerte og standardiserte inn-data medføre betydelige merkostnader i form av arbeidskraft (ref. medical scribes og physician burnout i USA) og store produktivitetstap (Danmark) uten positive målbare effekter på pasientbehandling. Det er også verd å anføre at store, felles systemer ofte medfører betydelig grad av leverandør "lock in" med meget høye byttekostnader knyttet til eventuell utskifting.

Det heter i høringsnotatet at "helhetlige systemer gir bedre kommunikasjon om pasientene, bedre mulighet til å forebygge og oppdage sykdom, og mer effektiv helsehjelp". Det er ikke utdypet hva som menes med "helhetlige systemer", og departementet har ikke vist til gjeldende diskusjoner om grensesnitt for å oppnå godt samhandlende systemer. Vi er spørrende til evidensen i påstanden. I den forbindelse bemerkes at en rekke metaanalyser og systematiske gjennomganger gir ulike svar på effektmål, og der positive endepunkter i hovedsak er surrogatmål uten sikker helsegevinst.

Departementet uttaler videre blant annet, i kapittel 4.1 om behovet for å styrke virkemidlene:

Den norske helse- og omsorgstjenesten er fragmentert og består av mange ulike enheter. Frivillighet i valg av IKT-verktøy og få konkrete krav til elektronisk samhandling, har bidratt til at vi i dag har et "digitalt lappetepp" av løsninger som delvis er av eldre dato og heller ikke kan "snakke sammen". Utsvevling av data mellom løsningene og aktørene er utfordrende. Departementet mener derfor det nå er behov for nye virkemidler."

Legeforeningen oppfatter denne situasjonsbeskrivelsen som både for negativ, og upresis. I denne sammenheng viser vi til vår høringsuttalelse fra 2020:

"Spesialisthelsetjenesten og fastlegeordningen bruker godt etablerte journalløsninger som er i stadig utvikling, og det er gode kommunikasjonsløsninger i bruk og under videreutvikling med blant annet digital meldingsutvevling og kjernejournal med dokumentdeling. Den vesentligste kommunikasjonsutfordringen ligger i de journalsystemene som brukes i kommunale pleie- og omsorgstjenester. Dette er utfordringer som har vært kjent i minst 10 år, men som ikke har vært gjort noe med."



1.2. Hovedpunkter i Legeforeningens høringsuttalelse

- Forslaget løser ingen spørsmål knyttet til styring av IT-utviklingen i sektoren. Det er krevende å vurdere konsekvensene av lov- og forskriftsforslagene all den tid det fremdeles er uavklart hvordan styringsmodellen vil videreutvikles.
- Forslaget baserer seg på udokumenterte påstander om at nasjonale standardiserte IKT-løsninger vil være det beste, når nasjonal og internasjonal erfaring og vitenskapelig dokumentasjon peker på det motsatte.
- Forslaget skiller ikke presist mellom plikt til realisering av funksjonalitet gjennom bruk av standardiserte grensesnitt og plikt til å ta i bruk spesifikk programvare.
- Innføringen av nasjonale tjenester bør skje med grunnlag i frivillighet, hvor incentivet for å koble seg på løsningen er gevinster i form av god funksjonalitet som bidrar til økt kvalitet i tjenestene og bedre arbeidsflyt.
- Med forslaget vil aktørenes ressurser bindes til de statlige løsningene, og midlene for (videre)utvikling av andre og virksomhetstilpassede systemer vil være begrensede. Konkurransen og aktiviteten i markedet vil begrenses, og innovasjonstakten vil gå ned.
- Forslaget vil føre til en de facto monopolisering av viktige tjenester som hemmer innovasjon, digitalisering og næringsliv, og derved øke kostnadene i helsetjenesten. Forskriftsfesting av plikt til å bruke bestemte systemer vil gi manglende fleksibilitet, og bør erstattes med overordnede krav til funksjonalitet i grensesnitt mellom IKT-systemer.
- Forslaget løser ikke rotårsaken til at digitalisering på tvers av virksomheter er krevende, nemlig manglende incentiver for virksomhetene og manglende finansiering.
- Samhandlingsløsninger er helsetjenestens motorveier. Legeforeningen mener at utvikling, forvaltning og drift av samhandlingsløsningene må finansieres av staten direkte.

2.0. Styring av e-helseutviklingen

2.1. Generelt

I en kompleks helsesektor i konstant endring og med pasienten i sentrum vil digitaliseringen være avhengig av en samtidighet hos aktørene som er krevende å få til uansett valg av løsningsarkitektur. Større prosjekter som er avhengige av en høy grad av samtidighet vil ha betydelig større gjennomføringsrisiko enn mindre prosjekter som bygger videre på allerede innførte tekniske løsninger og standarder.

Teknologiutviklingen og internasjonale trender beveger seg i retning av åpne plattformer basert på internasjonale standarder med tilpasningsmuligheter. Dette vil gi positive gevinster for e-helsemarkedet og legge til rette for innovasjon. Norge har, slik som andre land med en helsetjeneste som har fellestrekk med vår, valgt å legge seg på en sentralisert infrastruktur (grunnmur) med elektronisk samhandling basert på åpne standarder og plattformer. Norge har allerede mange fungerende standarder og høy teknologisk modenhet som legger til rette for en gradvis innføring av nye tekniske standarder der det er behov. En lovregulering som den foreslåtte vil mest sannsynlig hemme og ikke fremme den utviklingstakten vi trenger.

2.2. Nasjonal styringsmodell for e-helse

I høringsnotatet vises det til at sektorens innflytelse på den strategiske utviklingen skal skje gjennom den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Investeringer i utvikling av nye tiltak og ny funksjonalitet behandles i denne styringsmodellen og konsekvenser i form av fremtidige kostnader til forvaltning og drift skal inngå i beslutningsgrunnlaget.

Legeforeningen viser til vår høringsuttalelse fra 2020, hvor vi uttalte:

Etter Legeforeningens oppfatning har dagens struktur (omtalt i forslaget som "den nasjonale konsensusbaserte styringsmodellen") blitt tungt byråkratisert, der en mengde saker legges frem, uten at faktiske innspill tas med videre. Det er gjennomgående omfattende saksunderlag og korte frister som gjør det vanskelig for deltakerne å sikre tilstrekkelig forankring bakover i egen organisasjon. Hvor de faktiske beslutninger gjøres, er ikke klart for aktørene. Vi får tilbakemeldinger om at aktørene i de ulike råd og utvalg i større grad oppfatter å bli orientert, mer enn å være del av noen reell konsensusbasert styringsmodell.

Styringsmodellen har hos mange skapt en opplevelse av skinnprosesser og manglende gjennomføringskraft. Riksrevisjonens undersøkelse viser at nasjonal styringsmodell har svakheter som mekanisme for forankring.² Undersøkelsen dokumenterer at aktørene opplever å ikke ha reell innflytelse, lav grad av medinnflytelse på nasjonale prioriteringer og at høringer av vesentlige tiltak sjelden gjennomføres innen e-helse.

Legeforeningen stiller seg spørrende til hvordan sektoren skal sikres reell innflytelse i beslutninger vedrørende utvikling av nye tiltak og ny funksjonalitet og på utvikling og implementering av løsninger. Forslaget som nå sendes på høring løser ingen spørsmål knyttet til styring av IT-utviklingen i sektoren, ei heller spørsmål knyttet til styrket forankring i og medinnflytelse for sektoren. Det er nødvendig at en hensiktsmessig styringsmodell for nasjonal e-helseinfrastruktur blir etablert raskt. Dette bør være en styringsmodell hvor de faktiske brukerne blir hørt og har en reell medvirkningsrett. Legeforeningen mener at det i det minste bør legges opp til en mer formalisert struktur på hvilken innflytelse utvalgene skal ha. Vi fremhever spesielt verdien av å knytte til seg fagkompetanse fra både klinisk virksomhet og leverandørene i en slik styringsmodell.

Departementet fremhever at Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å foreslå hvordan styringsmodellen kan videreutvikles for å ivareta helhetlig og i størst mulig grad forpliktende e-helseutvikling. Arbeidet skal baseres på en evaluering av dagens styringsmodell og gjøres i tett samarbeid med aktørene i sektoren. Det er bra at dette arbeidet er kommet i gang. Vi benytter anledningen til å påpeke viktigheten av full åpenhet rundt denne prosessen, og av at forslag til videreutvikling sendes på en bred offentlig høring, hvor sektoren må bli lyttet til.

Da det foreløpig er uklart hvordan styringsmodellen vil videreutvikles, er det krevende å fullt ut overskue konsekvensene av lov- og forskriftsforslaget. Det er da også krevende å overskue konsekvensene av finansieringsmodellen, ettersom Teknisk beregningsutvalg (TBU) har etterspurt en

² Riksrevisjonens undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal, Vedlegg 3 til Dokument 3:14 (2020-2021) kapittel 9.5.

tydeligere kobling mellom investeringsbeslutningene som tas i styringsmodellen og konsekvenser for nivået på kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. Legeforeningen mener på denne bakgrunn at de foreslåtte lov- og forskriftsendringene er premature. Vi anbefaler at departementet avventer gjennomføringen av store tiltak på e-helseområdet inntil man har fått på plass en hensiktsmessig styringsmodell.

3.0. Ad pålegg om å ta i bruk helsenettet

Legeforeningen støtter et pålegg om å ta i bruk helsenettet som sentralt virksomhetsovergrepene nett for å kommunisere og utveksle pasientopplysninger trygt og lovlig. Helsenettet er opprettet som en kanal for sikker kommunikasjon av helseopplysninger, ende-til-ende kryptert og på et lukket nett, samtidig som man sikrer integrasjon mot ulike løsninger som brukes av helsetjenesten innenfor helsenettet, for eksempel EPJ. Uten et pålegg om bruk av Helsenettet, kan ulike myndighetsorganer lettere utvikle egne løsninger som isolert sett kan utvikle god nok sikkerhet, men som vil vanskeliggjøre slik integrasjon.

Legeforeningen mener at en plikt til å bruke helsenettet ikke bare skal gjelde for den utøvende helsetjenesten, men også må gjelde for andre aktører som av ulike grunner har rett til å hente ut pasientdata, for eksempel statlige og kommunale aktører, slik at også disse aktørene må hente ut helsedata ved bruk av helsenettet eller ved bruk av en kobling via helsenettet. Legeforeningen har til illustrasjon gjentatte ganger påpekt overfor myndighetene at våre medlemmer har opplevd brudd på taushetsplikten ved offentlige myndigheters bruk av Altinn som kanal for oversendelse av medisinsk og annen kommunikasjon om enkeltpasienter. Når medisinsk eller annen kommunikasjon om enkeltpasienter kommer inn i en ekstern digital kanal som ikke har integrasjon mot EPJ-systemet, skapes risiko for både personvern og pasientsikkerhet, i tillegg til at dette representerer et tids- og effektivitetstap hos legene.

4.0. Ad pålegg om å ta i bruk Nasjonal kjernejournal, eResept og tjenester på helsenorge.no

4.1. Krav til funksjonalitet fremfor krav til bruk av bestemte e-helseløsninger

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår endringer i pasientjournalloven § 8 med nytt andre, tredje og fjerde ledd som gir departementet hjemmel til i forskrift å kunne pålegge virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester plikt til å betale for og ta i bruk eller gjøre de nasjonale e-helseløsningene tilgjengelige i virksomheten. Forskriftshjemmel for en slik plikt er foreslått i IKT-standarsforskriften §§ 9 til 12.

Departementet fremhever at frivillighet i valg av IKT-verktøy og få konkrete krav til elektronisk samhandling, har bidratt til et "digitalt lappetepp" av løsninger som delvis er av eldre dato og heller ikke kan snakke sammen. Som nevnt mener Legeforeningen at denne fremstillingen er for ensidig og pessimistisk, idet det underslås at spesialisthelsetjenesten og fastlegeordningen bruker godt etablerte

journalløsninger med gode kommunikasjonsløsninger i bruk og videreutvikling. Hovedutfordringen ligger i journalsystemene som brukes i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, samt i at man ikke har funnet modeller som sikrer de rette insentivene for videre samordning og utvikling. Foreliggende høringsforslag løser ikke dette.

Departementet fremhever også mangelen på konkrete krav til elektronisk samhandling, uten at det synes å være vurdert om slike krav kan løse de utfordringer man står overfor. Derimot impliserer høringsnotatet at det økte behovet for å utveksle informasjon mellom ulike deler av tjenesten ikke kan imøtekommes uten et pålegg om bruk av de nasjonale e-helseløsningene. Det fremstår uklart om andre virkemidler har blitt vurdert.

Legeforeningen støtter at det gis pålegg om at aktørene skal etablere og ta i bruk funksjonalitet gjennom bruk av standardiserte grensesnitt for å tilgjengeliggjøre Nasjonal kjernejournal, eResept og tjenester på helsenorge.no. Krav til å ta i bruk spesifikk programvare for å oppfylle slikt plikt må imidlertid ikke innføres. Som fremhevet i vår høringsuttalelse fra 2020, bør pålegg om plikt til å bruke bestemte systemer erstattes med overordnede krav til funksjonalitet i grensesnitt mellom IKT-systemer. Myndighetene bør utarbeide klare prinsipper og krav slik at data kan flyte mellom løsninger og virksomheter, fremfor å bestemme hvilke konkrete løsninger aktørene skal ta i bruk. Det bør for eksempel stilles krav om at alle systemer skal ha støtte for å tilby elektronisk timebestilling og e-konsultasjon – uten at det stilles krav om at dette skal skje via et spesifikt system, her via helsenorge.no. Det bør kreves at alle systemer må kunne sende og motta alle relevante meldingstyper, kunne forskrive og motta e-resepter og det kan etableres overordnede funksjonelle krav til EPJ-systemer. På denne måten løses også de utfordringer som har vært med f.eks. kommunale sykehjems-EPJ som ikke overholder lov- og forskriftskrav, blant annet forsvarlighetsplikten, og som heller ikke kommuniserer med andre aktører.

Ideen om høy nytte av at alle tar i bruk ett spesifikt system kan synes besnærende, men norske erfaringer viser dessverre at dette ikke slår til. På området e-resept er det verdt å nevne Sentral Forskrivningsmodul (SFM), som Direktoratet for e-helse opprinnelig ønsket å pålegge alle virksomheter å ta i bruk. Rasjonale for dette var at ett felles SFM-GUI skulle gi bedre funksjonalitet i e-reseptkjeden, langt rimeligere og med høyere kvalitet fremfor at journalleverandørene skulle utvikle slik funksjonalitet basert på en nasjonal kravspesifikasjon. Etter snart fire år registrerer vi at utvikling av SFM gjennom én bestilling fra én leverandør trolig blir 3-4 ganger så dyr som forutsatt og mange år forsinket, hvilket også har medført at planene om realisering av Pasientens Legemiddelliste blir betydelig forsinket. Legeforeningen har også registrert tilfeller av det vi anser som "scope-creep" i SFM-prosjektet som ikke er forankret i sektoren, og som både er kostnadsdrivende og beveger seg inn i virksomhetsintern legemiddelhåndtering, herunder administrasjon av legemidler til inneliggende pasienter.

Endelig kostnadsbilde for SFM er slik vi forstår det ikke avklart, men kan i verste fall nærme seg en halv milliard kroner.

Styringstiltak utover krav til funksjonalitet, er etter Legeforeningens oppfatning for inngripende og begrensende. Forslaget om pålegg av bruk av bestemte e-helseløsninger innebærer en de facto monopolisering av et marked med konkurranse, som medfører at virksomhetene fratras sine valg, samtidig som mye av insentivet for å utvikle den beste og mest brukervennlige løsningen forsvinner.

Når konkurransen i markedet går ned, vil det samme skje med innovasjonstakten. Innføringen av nasjonale tjenester bør skje med grunnlag i frivillighet, hvor insentivet for å koble seg på løsningen er gevinster i form av god funksjonalitet som bidrar til økt kvalitet i tjenestene og bedre arbeidsflyt. Dersom en løsning er god nok, vil aktørene koble seg på.

Forslaget erkjenner heller ikke at sektorens utfordringer knyttet til digitalisering og dataflyt på tvers av virksomheter har sin årsak i manglende incentiver til å sikre dataflyt. Legeforeningen fremholdt i vår høringsuttalelse i 2020 at forslaget til ny e-heslov tilsynelatende forsøkte å løse problemet med manglende forretningsincentiver for helseaktørene gjennom styring og pålegg. Tilsvarende synes å være strategien med inneværende forslag. Fremfor pålegg, må myndighetene sørge for incentiver slik at både kommuner, RHF-er og små helsevirksomheter opplever reelle gevinster ved å samordne seg og ta i bruk løsninger som gir økt dataflyt.

4.2. Nærmere om pålegg om å ta i bruk Nasjonal kjernejournal og eResept

Helsenettet, Kjernejournal og eResept er allerede tatt i bruk av de fleste aktører i sektoren. Dels ved pålegg (Kjernejournal i den akuttmedisinske kjede og eResept) og dels ved at alternativer ikke lenger er tilgjengelig (Helsenettet vs. Trygdepostkassen). Det ble gitt incentiver i form av opplæringspakker og i noen grad en finansiell engangsstøtte til fastleger som knyttet seg til Helsenettet innen 2006. I tillegg måtte aktørene selv betale for utviklingskostnader til integrasjon i sine journalsystemer, samt abonnement på Helsenettet.

Innføringen har, riktignok etter lang tid, gitt gevinster for både pasientsikkerheten og økt effektivitet i helsetjenesten. At også øvrige helseaktører tar disse tjenestene i bruk, spesielt kommunale instanser som sykehjem og helsestasjon, kan sikre at de sårbare pasientgrupper på sykehjem og familier med barn med sammensatte behov, også får hente ut verdien av digitaliseringen.

Pålegg som virkemiddel har imidlertid ofte vist seg å gi en uheldig forsinkelse grunnet manglende eierskap hos brukerne; lokale beslutningstakere og brukere som ikke får nødvendig opplæring. Da ser det fint ut på «papiret», mens den reelle nytten er liten. Et pålegg om bruk av Nasjonal kjernejournal og eResept vil kunne utgjøre en brems på innovasjon og utvikling fordi regelverket ikke gir helsetjenesten fleksibilitet til å modernisere og videreutvikle eksisterende teknologikomponenter. Legeforeningen vil understreke betydningen av at man møter den raske teknologiutviklingen med et regelverk som i størst mulig grad gir fleksibilitet ved fremtidige og raske teknologiskifter.

Per nå er det for øvrig ingen reelle konkurrenter til eResept og Nasjonal kjernejournal på markedet. Slik sett vil departementet kunne oppnå sitt formål ved å stille mer overordnede krav til funksjonalitet.

Bedre virkemidler enn rettslige pålegg er å gi mulighet til påvirkning, innflytelse i forvaltning og utvikling, og tilby finansiering av innføringskostnadene som opplæring og integrasjoner. Det siste viste seg å være svært effektiv ved eResept, som var en så god løsning at den nærmest solgte seg selv. I stedet for å pålegge innføring, bør det derfor pålegges en forankring til å delta i styringen og utviklingen av disse tjenestene, slik at de blir så gode at de fleste vil ha dem, og etterfølges av en anbefaling om å ta disse i bruk for å opprettholde en forsvarlig helsetjeneste.



Departementet ber om høringsinstansenes syn på om det er hensiktsmessig å pålegge avtalespesialister plikt til å gjøre kjernejournal tilgjengelig i virksomheten allerede fra 1. januar 2022. Departementet ber også om høringsinstansenes syn på om plikten til å ta i bruk og gjøre tilgjengelig eResept i virksomhetene fra 1. januar 2022 også bør omfatte avtalespesialister. Legeforeningen har fått innspill fra Praktiserende spesialisters landsforening (PSL). PSL er ikke avvisende til et pålegg om å ta i bruk eResept og Nasjonal kjernejournal, men fremhever at det er avgjørende at integrasjonen med kjernejournal må være på plass i alle aktuelle journalsystemer før det kan settes en konkret frist for å ta i bruk løsningene.

4.3. Særlig om pålegg om å ta i bruk tjenester på helsenorge.no

Legeforeningen er særlig kritisk til at forslaget tilplikter aktørene å gjøre tilgjengelig tjenestene selvbetjening, dialog og innsyn på helsenorge.no. Legeforeningen mener at aktørene godt kan tilpliktes på metanivå, for eksempel til å tilgjengeliggjøre helseopplysninger og å ha en pasientportal som tilbyr elektronisk timebestilling og e-konsultasjon, men kan ikke støtte at aktørene tilpliktes å tilgjengeliggjøre tjenester for pasienter og brukere gjennom en bestemt løsning.

Legeforeningen mener at man, ved å innføre et pålegg om tilgjengeliggjøring og bruk av tjenester på helsenorge.no, monopoliserer et velfungerende marked, noe som kan medføre at andre – potensielt bedre – systemer ikke vil kunne konkurrere. Digitale innbyggertjenester mellom innbyggere og helseaktører er tjenester som allerede i lang tid har vært tilbudt av flere leverandører, noe som har bidratt til utvikling og bedre tjenester. Dette bør fortsette. Det er i tillegg allerede investert mye i slik utvikling fra helseaktørene selv; både fastleger, kommuner og andre private helsevirksomheter. Departementet angir at omtrent 50 % av fastlegene har tatt i bruk tjenester for digital dialog på helsenorge.no. Dette betyr at den andre halvparten av fastleger benytter andre leverandører, som gir et tilsvarende eller bedre tilbud.

Departementet viser også til at "Det er et mål at det digitale tjenestetilbudet skal være likt, uavhengig av hvor i landet pasienten bor og hvilke helse- og omsorgstjenester vedkommende benytter" (s. 16). Det er svært viktig for aktørene å ha omfattende styring med tjenestene for timebestilling og dialog med innbyggerne. Dette dreier seg om å ha kontroll med helt sentrale sider ved egen virksomhet, som pasientflyt, prioritering og ressursbruk. Erfaringene fra pandemien og fra kommuner med store rekrutteringsvansker i fastlegetjenesten viser at lokal tilrettelegging og gode, dynamiske endringsmuligheter kan være avgjørende for å kunne opprettholde helt nødvendig tilgjengelighet.

Det bør også utredes hvorvidt befolkningens helsedata kun skal kunne tilgjengeliggjøres gjennom én statlig løsning, eller om det skal være mulig for flere private aktører å tilgjengeliggjøre slike, ved å hente inn helsedataene fra et sentralt arkiv. Ved å legge til rette for flere tilbydere, stimuleres det til økt innovasjon og brukervennlighet i slike løsninger, noe som er sterkt ønskelig all den tid det er tale om innbyggertjenester.

En god innovasjon forutsetter at ulike aktører kan komme med større og mindre utviklingstiltak i takt med utviklingen i teknologien. Et pålegg om bruk av bestemte e-helseløsninger vil være til hinder for effektiv produkt- og tjenesteutvikling, og vil føre til statiske ordninger og svekket dynamikk.

Legeforeningen mener at de foreslåtte påleggene underkjenner kompleksiteten i helsetjenesten og helsetjenestens ulike behov. Forslaget synes å bygge på en forutsetning om at sentralt organiserte IKT-løsninger vil være det beste, uten at denne forutsetningen begrunnes nærmere. Samtidig risikerer man at ønsket om et stort system som skal passe for alle, kan medføre et lite brukervennlig og ineffektivt system som ikke løser ulike behov og utfordringer. Lokale pasientpopulasjoner har svært ulike aktuelle behov for ulike innbyggertjenester, jf. folkehelseprofilene fra FHI, og de ulike sammensetningene av fastlegepopulasjoner. Det er viktig å tilby skreddersydde innbyggertjenester ut fra lokale behov. Dette kan oppnås ved kort vei fra behov til beslutning og ved insentiver om å tilby de gode skreddersydde løsningene. Dette er oppgaver som private tilbydere bør kunne ta på seg og potensielt løse bedre enn én statlig løsning.

Departementet fremhever, under vurderingen av forholdet til private leverandører og muligheten for næringsutvikling, at det er et mål at eksisterende og planlagte tjenester skal etableres som plattformer med standardiserte og åpne grensesnitt, og at løsningene skal etableres som et "økosystem" der både offentlige aktører og private leverandører har tilgang til felles funksjonalitet og felles IKT-arkitektur. Det er positivt at departementet trekker frem disse behovene. Legeforeningen mener imidlertid at en slik løsning ikke nødvendigvis vil tilfredsstillende behovet for konkurranse i markedet og ivaretagelsen av helsetjenestens behov. Dette kan illustreres ved erfaringene fra starten av Covid-19-pandemien, hvor behovet for videoløsninger for e-konsultasjon eskalerte brått. Confrere og andre løsninger ble da tatt i bruk umiddelbart, mens det tok tid å få på plass en tilfredsstillende løsning på Join-NHN. Om man på dette tidspunktet hadde hatt et pålegg om bruk av tjenester på helsenorge.no, måtte man i denne situasjonen ha ventet på utviklingen på helsenorge.no. Uten et privat marked med konkurrerende løsninger, ville man opplevd en langt mer krevende situasjon i starten av pandemien.

Legeforeningen ser at konsekvensen av å tilplikte på metanivå, fremfor å pålegge tilgjengeliggjøring og bruk av tjenester på helsenorge.no, kan resultere i at innbyggerne må forholde seg til mange ulike nettsteder og brukergrensesnitt. Eventuelle utfordringer med dette vil likevel være begrenset så lenge det er stilt overordnede krav til standardisering og kompatibilitet. Det er heller ikke vist at å bruke ulike portaler eller apper hever brukerterskelen. For de aller fleste pasienter vil det en eller noen få portaler som deres behandlere bruker som over tid er det pasienten eksponeres for. En slik virkelighet forholder befolkningen seg til hver eneste dag gjennom mange ulike apper og grensesnitt, som er ulike og derfor hver for seg må være intuitive.

4.4. Konkurransesperspektivet

Som nevnt i flere av våre overstående kommentarer, er Legeforeningen bekymret for hvilke konsekvenser som kan følge av at helsetjenesten pålegges å benytte bestemte e-helseløsninger. Det fremstår for oss ikke som klart om, og eventuelt hvilke, konsekvenser forslaget kan ha for konkurransen, offentlige anskaffelser på området og leverandørmarkedet.

Statlig overstyring av pasientportalmarkedet kan bare forsvares hvis det er sannsynliggjort at dette er nødvendig for å få tilstrekkelig nytte for både pasienter og helsetjenesten, og at en statlig overstyring gir så mye bedre funksjonalitet at dette ikke bare gir åpenbart større nytte, men også bidrar til å redusere ulikhet i tilgang til helsetjenester. Så langt har de statlige løsningene gjennom mange år i for

liten grad formådd å utvikle tilstrekkelig funksjonalitet, og en formodning om at nasjonalisering av IT-løsninger fører til smidigere og raskere utvikling av god funksjonalitet er en formodning uten noe slags kunnskapsgrunnlag. I og med at markedet i mange år har utviklet portalløsninger vil en statlig overstyring med lovhjemlet plikt til å bruke bestemte løsninger neppe stå seg opp mot EØS-rettslige forhold knyttet til konkurransevridende virkemidler.

5.0. Finansiering

I høringsnotatet foreslår departementet at det forskriftsfestes at Norsk helsenett SF skal ha plikt til å gjøre de bestemte e-helseløsningene tilgjengelige for virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten, dette for å synliggjøre at det er en statlig oppgave å tilby en grunnleggende felles og sikker nasjonal infrastruktur for digital kommunikasjon mellom helse- og omsorgstjenesten og pasientene, og mellom ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Likevel foreslår departementet at kostnadene skal pålegges dekket av aktørene. Departementet foreslår at regionale helseforetak og kommuner blir pålagt å betale for forvaltning og drift av e-resept, kjernejournal og helsenorge.no. I tillegg innebærer forslaget at apotek og bandasjist blir pålagt å betale for e-resept. Departementet foreslår at regionale helseforetak og kommuner vil bli kompensert for eksisterende kostnader til forvaltning og drift som er bevilget over kapittel 701, post 70 og 72 i statsbudsjett. Det legges imidlertid opp til at regionale helseforetak og kommuner vil bli belastet for veksten i kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene, det vil si at disse merkostnadene holdes utenfor den ordinære statsbudsjettprosessen.

Begrunnelsen for omlegging av finansieringen i høringen er at det vil fremme innføringen av løsningene i sektoren, øke sektorens innflytelse og bedre tilpassing av løsningene til sektorens behov, og det vil gi større vekt på gevinstrealisering og kostnadseffektiv forvaltning og drift av løsningene. Legeforeningen stiller seg spørrende til disse premisene.

Samhandlingsløsninger er helsetjenestens motorveier, og utvikling, forvaltning og drift av disse må som utgangspunkt, etter Legeforeningens oppfatning, finansieres av staten direkte. Legeforeningen var i vår høringsuttalelse i 2020 tydelige på at vi ikke støtter forslaget om pålagt finansiering av nasjonale e-helseløsninger. Konsekvensene av et pålegg om finansiering av nasjonale e-helseløsninger vil være at "virksomhetene må omprioritere midler fra utøvende helsetjeneste til å finansiere et voksende byråkrati".

Finansieringsordningen innebærer etter Legeforeningens oppfatning en ineffektiv bruk av fellesskapets midler, hvor det opprettes et slags indre marked basert på internfakturering. Nasjonal e-helseinfrastruktur vil få mest ut av begrensede ressurser ved å beholde en kort og oversiktlig finansieringskanal. Grunnet knapphetssituasjonen i helsetjenesten, bør omveier som kan unngås, unngås. Å gjøre store prinsipielle endringer i betalingsmodellen for nasjonal e-helseinfrastruktur har dessuten for stor avhengighet til arbeidet med styringsmodellen for slike løsninger, og denne er fremdeles ikke ferdig utviklet.

De regionale helseforetakene og kommunene vil dessuten måtte bære all risiko for fremtidig vekst i forvaltningskostnader. Det fremstår ikke klart i hvilken grad de faktiske konsekvensene av dette er blitt



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

utredet. Det fremstår imidlertid som klart at plikten til å bære den økonomiske risiko for fremtidig vekst i forvaltningskostnader vil medføre at helseforetakene og kommunene vil få bundet opp en ikke ubetydelig andel av deres budsjetter, noe som med høy sannsynlighet vil være ytterligere til hinder for innovasjon og effektiv produkt- og tjenesteutvikling fordi man mangler de økonomiske midlene for å kunne stimulere til dette. Ved å gi pålegg om å ta i bruk og gjøre tilgjengelig bestemte løsninger, fratras helsetjenesten muligheten til å være innovative og å (videre)utvikle løsninger som ivaretar helsetjenestens behov. Beslutninger om videreutvikling av de nasjonale løsningene vil måtte fattes i en - per nå – uavklart styringsmodell, og kostnadene for slike tiltak vil måtte bæres av aktørene uten at det er gitt at aktørene vil ha midlene til å finansiere aktuelle utviklingstiltak.

Dersom vekst i kostnadene til forvaltning og drift medfører økte kostnader for private næringsdrivende med offentlig avtale, mener Legeforeningen at dette må finansieres gjennom økte statlige overføringer til de næringsdrivende. Private aktører i andre sektorer kan dekke inn investeringer og driftskostnader i prisen på de tjenestene som tilbys. Dette er ikke mulig i den offentlige helsetjenesten.

6.0. Norsk helsenett SFs tilgang til folkeregisteropplysninger

Departementet foreslår et nytt andre og tredje ledd i pjl. § 21 som gjør det mulig for Norsk helsenett SF å innhente personopplysninger fra Folkeregisteret uten hinder av taushetsplikten, etablere en kopi av Folkeregisteret og dele opplysningene med virksomheter i helse- og omsorgstjenesten og helse- og omsorgsforvaltningen.

Legeforeningen støtter forslaget om nytt andre og tredje ledd i pasientjournalloven § 21. Forslaget vil imidlertid innebære duplisering av helseopplysninger, noe som medfører en økt personvernrisiko. Legeforeningen vil understreke betydningen av at det foretas en grundig vurdering av personvernkonsekvensene i denne forbindelse. Det fremstår ikke klart hvorvidt personvernrisikoen har blitt vurdert.

Med hilsen
Den norske legeforening
Jus- og arbeidsliv

Siri Skumlien
generalsekretær

Lars Duvaland
direktør



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Saksbehandler: Mari Garborg Hanto, Advokatfullmektig/rådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk