



DIREKTORATET FOR E-HELSE
Postboks 6737, St. Olavs plass
0107 Oslo

Sendt kun pr. e-post postmottak@ehelse.no

Deres ref.:

Vår ref: SAK2020006530

Dato: 19-10-2020

Innspill til veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger i kommunal helse- og omsorgstjeneste 2020-25

Hva er et veikart?

Et veikart illustrerer forskjellige veier man kan velge for å komme til et mål, noen raske veier, noen trege, noen lange, noen kortere.

Et metodisk strategisk veikart skal brukes som en videreføring av strategiarbeid med en enkel oversikt over hvilke tiltak som skal gjennomføres til hvilke tidspunkt. Utarbeidelse av strategisk veikart er en naturlig forlengelse av prioritering av tiltak.

Hva er IKT-veikart? Hva fyller man et IKT-veikart med? For å ikke skape misforståelser og utvanning av begrepet bør et veikart inneholde en oversikt over hvilke IKT-tiltak som bør gjennomføres, i en rekkefølge, for å oppnå et mål, en situasjon, raskt og trygt og innenfor et realistisk kostnadsbilde. Man nærmer seg da en overordnet plan, der rekkefølge av tiltak, hvilke tiltak, og barrierer, er tydeliggjort. Å dele veikartet for nasjonale e-helseløsninger i flere dokumenter slik det nå er gjort hindrer en helhetlig oversikt, og er dermed svært uheldig.

Oppsummerte innspill

- Veikartet er ment å beskrive utvikling av de nasjonale e-helseløsningene og prioritering av disse. Forslagene kan medføre omfattende økonomiske og administrative konsekvenser i alle deler av helse- og omsorgstjenestene.
- Legeforeningen mener det er grunn til å spørre om utredningsinstruksen er overholdt når veikartet ikke er planlagt sendt på høring:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/instruks-om-utredning-av-statlige-tiltak-utredningsinstruksen/id2476518/>
- Legeforeningen registrerer en rekke faktiske feil i dokumentet.
- Legeforeningen har konkrete forslag til fremtidige konsepter for deling av informasjon via kjernejournal.
- Legeforeningen vil uttrykke bekymring over at de aktuelle tiltakene i "veikartet" ikke er tilstrekkelig finansiert, men mener at en god forvaltning av midlene forslått i STB 2021 delvis kan løse dette - på kort sikt.
- Legeforeningen mener ambisjonene om datadeling i "Akson journal" er urealistiske og må fjernes, samtidig som en bedre balanse av nytten i eksisterende infrastruktur må beskrives.
- Legeforeningen mener oppdelingen av veikartet i flere dokumenter er u hensiktsmessig og skaper merarbeid gjennom repetisjoner og dårligere oversikt over pågående og mulige tiltak. I øyeblikket har vi vi kun har fått to av fire dokumenter til gjennomlesing.

Vedlegg A

Side 6/7, kap 1.1. "Nytte"

Det er ikke korrekt at en løsning må ha "komplette data" for å være nyttig. I medisinen er det oftest ikke slik at noe er komplett og sikkert. Alle behandlere må håndtere situasjonen utfra den konteksten man er i, og hvilken informasjon som er tilgjengelig. Å ha noe informasjon vil oftest være bedre enn ingen informasjon. Begrepet "komplette data" gir ikke klinisk mening og betyr i verste fall informasjonsoverload som vil true pasientsikkerhet og effektivitet. Dette punktet må derfor endres.

Det er også feil at "fellestjenesten må være integrert i EPJ" for å ha verdi, det er snarere tvert om. Dette er et premiss som låser alle senere veivalg - i hvert fall slik det må forstås i veikartet.

Det vil være arbeidsbesparende for helsepersonell hvis nødvendig informasjon vises i egen EPJ. Ofte kan dette være oppslag i en annen løsning enn EPJ, uten at det nødvendigvis er åpenbart i det visuelle grensesnittet.

Det er litt uklart for oss om denne gale oppfatningen om at "fellestjenesten må være integrert i EPJ" gir konsekvenser for vurderingene i resten av dokumentet, men denne uklarheten svekker tilliten til dokumentet som sådan.

Side 8, Kap 1.2, "Finansiering"

Det er bra at man problematiserer finansieringen av løsninger, det som alltid har vært et problem i norsk e-helse. I forslag til statsbudsjett for 2021 foreslår regjeringen en relativt stor bevilgning til samhandlingsløsninger, samlet 783 mill. kroner over 4 år. Problembeskrivelsen i veikartet om kun årlige bevilgninger er således lite relevant hvis budsjettet blir fulgt opp.

Side 8, Kap 1.2, "Tilslutning"

Det er uheldig at man ikke konkretiserer hvilke barrierer som den enkelte aktør opplever overfor å beslutte å knytte seg opp mot en løsning. I hovedsak dreier dette seg om prioritering innad i en virksomhet, basert på en manglende opplevd nytte ved oppkobling. Når derimot nytten er åpenbar, vil virksomhetene kunne prioritere å investere i en oppkobling.

Side 11, 1.3 "om dokumentene"

Det er uheldig at man bryter opp i fire dokumenter. Dette vil medføre vansker med å få oversikt, mye repetisjoner og sløsing med tid, og at aktører som ikke har lest samme dokument misforstår hverandre. Det er også verdt å legge til at vi kun har fått to av fire dokumenter til gjennomlesing.

Side 13, 2.1, "Helsenorge"

Det er en vesentlig mangel at det ikke beskrives at mange virksomheter i helsetjenesten bruker andre systemer enn helsenorge.no som leverer digitale innbyggertjenester. Fremstillingen er egnet til å misforstås. Vi legger til grunn at dette er en forglemmelse, og ikke en villet usynliggjøring av funksjonalitet som de aller fleste avtalespesialister og fastleger for lengst har tatt i bruk. Slik det er beskrevet fremstår denne delen av veikartet som et kart med store hvite flekker selv der hvor terrenget er godt kartlagt. Dette må rettes opp.

Side 20, 2.1.3, "Status for innføring"

Det er direkte feil, slik det fremstilles, at kun 2000 fastleger gir mulighet til digitale tjenester til pasienter. Så å si alle tilbyr dette.

Det er direkte feil at ingen avtalespesialister gir mulighet for digitale tjenester til pasienter. De fleste gjør det. Dette burde for eksempel illustreres med en annen farge som viser at disse aktørene har tatt i bruk andre løsninger enn helsenorge.no. (Feilen er repetert i vedlegg B fra side 17 – status for helsenorge)

Det savnes en kolonne for å vise utbredelsen av mulighet for videokonsultasjoner.

Side 26, 2.2, "Kjernejournal", Kritisk informasjon

Vi stusser over setningen "*Dette innebærer at man er avhengig av at både produsenter og konsumenter tar i bruk kritisk informasjon i kjernejournal for å innføre ny praksis.*" Dette gjelder for all pasientinformasjon. Det er vanskelig å se hva man forsøker å få frem med denne formuleringen. En løsning som er nyttig vil tas i bruk. Er den ikke tatt i bruk i ønsket grad kan det være løsningen, og ikke helsepersonellens evne eller vilje, som ikke er god nok.

Side 27, 2.2, "Kjernejournal", Journaldokumenter

"Journalinnsyn med dokumentdeling vil i mange behandlingssituasjoner kunne gi bedre grunnlag for beslutninger om diagnostikk og behandling, noe som kan gi bedre kvalitet i tjenestene, bidra til styrket pasientsikkerhet og redusere uønskede hendelser. Dette avhenger av at alle virksomhetene tilgjengeliggjør sine journaldokumenter, og at det er forutsigbart hva slags dokumenter som er tilgjengelige, og hvor langt tilbake i tid de er tilgjengeliggjort fra."

Dette er - slik det må leses - en feil forståelse av hvordan man bruker informasjon fra journal. Man kan ikke generalisere på den måten.

- Det er noen typer journaldokumenter som er viktigere enn andre for å få overblikk over pasientens situasjon; Epikriser, henvisninger, bildediagnostikk er gode eksempler på dette. Løpende journalnotater vil oftest være lite nyttige. Journalnotater avfattet kort tid for et oppslag kan være nyttige
- Viktigst er at avhengig av pasientens problem vil ikke all informasjon være relevant. Hvis den viktige informasjonen er tilgjengelig, er det bedre enn både ingen informasjon og all informasjon.

Avsnittet under virker ikke oppdatert: "*Utvalgt helsepersonell vil i løpet av 2020 få tilgang til journaldokumenter i kjernejournal via sitt kliniske fagsystem. I denne utprøvsperioden vil et begrenset antall helsepersonell kunne lese journaldokumenter når de trenger opplysningene for å utøve forsvarlig helsehjelp.*" Avsnittet beskriver ikke at det er planlagt pilot i Helse Nord oktober 2020. Fra referansegruppen i KJ dokumentinnsyn kan vi heller ikke erindre at det legges begrensninger i KJ på hvem som kan se dokumentene i utprøvingen.

Side 28, 2.3.1, "E-resept"

E-resept er ikke først og fremst en løsning "for sikker overføring av reseptinformasjon". E-resept er en elektronisk løsning for resepter som bidrar til at HELFO kan få komplette bilag for refusjon av legemiddelutgifter. Med dette følger at man ikke skal undervurdere HELFOs behov i reseptkjeden. Deretter følger en del effekter for oversikt, forskrivningsstøtte, osv. E-resept er heller ikke en egnet løsning for å avdekke legemiddelmisbruk, bl.a. pga. adgangen til å reservere seg mot visning av ekspederte legemidler i reseptformidleren..

Side 30, 2.3.2.1 "SFM"

Vi kjenner ikke igjen beskrivelsen av begrunnelsen for å velge å utvikle SFM. Det har vært utfordringer med regelverk for e-resept, og Reseptformidleren (RF) ble designet for å inneholde resepter, ikke ordinasjoner. Dermed ville e-resept ikke kunne fungere som en autorativ "pasientens legemiddelliste". At man valgte å lage en SFM, på utsiden av RF, var et valg basert på en antagelse om en rask og effektiv utviklingsprosess man dessverre ikke har fått til. Hvorvidt dette var rette strategi teknisk og behovsmessig er uklart for oss.

(Vi har ikke hatt tilgang til "Dokument 4" under forberedelsene.)

Å hevde at SFM er "et virkemiddel" er ganske svakt, man bør innse at arkitekturvalgene og kommunikasjon rundt SFM nå tilsier at SFM for mange leverandører er en forutsetning for å kunne innføre en PLL.

Det er nødvendig at man omtaler FM, forskrivningsmodulen, som en komponent som støtter e-multidose.

Kap 3. Veikartet

Det er påfallende at samtlige viktige prosjekter ikke er komplett finansiert. Dette er det nå heldigvis mulig å gjøre noe med, med den foreslåtte bevilgningen i STB 2021.

Side 53, Kap 4.1 prosessuelle forutsetninger.

" *Analysen som danner grunnlaget for veikartet viser at flere av tjenestene på de nasjonale e-helseløsningene først gir positiv kost/nytte når alle de berørte aktørene tar det i bruk.*" Hvis man med dette mener nasjonal full utbredelse er påstanden åpenbart feil. Det er full utbredelse blant aktørene i ett fellespasientforløp i det enkelte lokalsykehus som gir nesten hele nytten. For pasientene vil en stegvis utvikling derfor være veldig nyttig hvis man tar de rette stegene.

Igen fremstilles det som om helsenorge.no er eneste mulige portal for innbyggertjenester. Dette er som tidligere nevnt åpenbar og alvorlig feilinformasjon. Gevinsten ved innbyggertilgang til timebestilling og administrative tjenester er allerede hentet ut for nær samtlige fastleger og avtalespesialister.

Dessverre mangler en beskrivelse av de manglende insentivene for virksomheter til å gjøre en investering slik at andre virksomheter får nytte. Dette er den egentlige barrieren, og har vært det i alle år.

Det beskrives et behov for "en pådriverrolle", mens det som behøves er krav til standarder, og finansielle insentiver. Direktoratet for e-helse har en mangelfull analyse på dette feltet. Det fremstår i det hele som om man problematiserer, mer enn å finne løsninger.

Side 55, 4.2, Tekniske forutsetninger.

En felles tillitsmodell er bra, men ingen forutsetning. Man kan komme veldig langt med å skaffe tilgang til fellesløsninger i kommunene med dagens påloggingsløsninger (Buypass PKI virksomhets- og personsertifikater), slik fastleger og avtalespesialister nå i ca. 15 år har brukt først for e-sykmelding, og så e-resept. Dette kan og må forseres. Teknologien er velprøvd og rimelig.

Side 57, figur 16.

Denne figuren er ikke i samsvar med statsbudsjett STB og SSD Akson. Felles lab- og radiologidatabase mangler. Det er videre beskrevet at det skal utredes steg 2 samhandling. Dette skal munne i en konklusjon om ny samhandlingsplattform. Dette er ikke beskrevet i Akson SSD eller i STB 2021. Dette skaper uklarhet som krever opprydning.

"Å være avhengig av eID" høres dramatisk ut. Erfaring fra fastleger og sykehus er at dette er enkelt og raskt. Norske leger anskaffet som tidligere nevnt buypass-PKI og virksomhets/personsertifikat for 10-15 år siden. Dette brukes også allerede i alle kommunalt eide fastlegekontor og alle kommunalt eide legevakter, for e-resept og e-sykmelding.

Hvis kommunene mangler ressurser for å bredde PKI til sine sykehjemsleger, bør noe av Akson-midlene i STB brukes til å forsere denne prosessen. Det er vanskelig å se hvorfor kommunene skal ha andre behov enn sykehusene. KJ og e-resept støtter signering fra virksomhet og person. En modernisering av tilgangskontrollen bør derfor skje parallelt, ikke utsette en innføring med dagens løsninger.

Tannleger bør også prioriteres for tilgang til KJ. Samhandlingsmidler fra STB bør brukes. Dette er realistisk at vil kunne komme på plass i løpet av 2021.

"Felles kommunal journal" er med forslag til STB i praksis utsatt minst 2 år før en eventuell anskaffelse kan planlegges i et hovedprosjekt. Felles kommunal journal kan derfor i praksis sees bort fra i Veikartets virkeperiode.

Side 64, kap 5.3 "datadeling"

Det er vanskelig å forstå at beskrivelsen av EPIC vs DIPS/kurve skal være forskjellig. Begge er proprietære systemer med egne datamodeller.

Ambisjonene for altomfattende datadeling bør tones ned. Dette er ikke et behov uttalt av helsetjenesten selv. I de fleste tilfeller vil dokumentdeling være tilstrekkelig, og et naturlig skritt før man går til datadeling. To eksempel er legemidler og timebok, der helsetjenesten nå er klar for datadeling av legemidler, godt i gang med e-resept, informasjon som tidligere ble delt via dokumenter. Dessuten er deling av labdata allerede i gang med covid-19-svar. Teknologien for å bredde løsningen til andre typer datasvar er derved på plass.

Enhver utvikling og endring i helsetjenesten må ha som hovedformål at pasientbehandlingen skal bedres. Det er i dag vanskelig å se den kliniske nytteverdien for pasientene av en gjennomgående bruk av SNOMED CT. Det er manglende kunnskapsgrunnlag for klinisk effekt og nytteverdi, og manglende kunnskapsgrunnlag for effektivitetspåvirkning i arbeidsflyt og produktivitet

Det er et åpenbart behov for en konkret veileder for hvordan medisinske fagmiljøer, som ønsker å kode prosesser eller tilstander, skal gå frem for å vurdere eller ta i bruk SNOMED CT.

Et «felles språk» i form av koder kan i seg selv ikke løse komplekse samhandlingsbehov. Det er lite støtte i forskning for nytte av SNOMED CT, selv om erfaring med bruk går mange tiår tilbake i tid.

Side 68, 5.4, Sammenhengen mellom innføringen av kjernejournal på sykehjem og i hjemmetjenesten og Akson Journal

Det er uklart hva som menes med "kjernejournalintegrasjon", jfmr. " For at virksomheten skal kunne koble seg på kjernejournal, må virksomheten ha en oppdatert versjon av fagsystemet med godkjent kjernejournalintegrasjon."

Menes her en komplett integrasjon på API eller tilgjengeliggjøring av kjernejournal-portalen? Dette vil ha mye å si for kompleksiteten. Kjernejournal sin webportal, som en sekundærkilde til informasjon ved spesielle situasjoner vil være raskere vei til å tette utvalgte informasjonshull. Utvidelse av KJ sin informasjon vil umiddelbart komme alle brukerne til gode, og kunne være nyttig for enkeltpasienter selv om ikke all informasjon er tilgjengelig for alle pasienter.

Konseptet med "Akson Journal" som en API-integrert komplett journal fremstå som så urealistisk at beskrivelsen i dette avsnittet bør fjernes. Det er ikke et tjenstlig behov for 100% data om enkeltpasient på tvers av de brukergrupper som beskrives, men det vil heller tvert om skape problemer med "informasjon-overload" av mer eller mindre oppdatert informasjon, slik brukere av megasuitesystemer i andre land rapporterer. Uansett vil det være så lang ventetid for innføring av en komplett "Akson journal", til ca.2033, at det er vel så realistisk å etablere API-basert integrasjon med dagens EPJ, lenge før Akson eventuelt kommer i bred utbredelse.

Legeforeningens klare anbefaling er at alle virksomheter i helsetjenesten umiddelbart må sørge for tilgang til kjernejournalportalen i dag. Dette er relativt billig og enkelt teknisk, og mesteparten av helsetjenesten har allerede gjennomført. Man vil da være rustet for stadig forbedringer i informasjonstilgangen de neste 10-15 årene, både fra eksisterende planlagte kilder til KJ, men også nye kilder, mens vi venter på Akson.

Side 69, Kap 5.4.

Hele kapittelet ser ut til å være repetisjon av kapittel 4 og tilfører intet nytt. Bør fjernes.

Side 71, 5.5.1. "informasjonstjenester"

Hele konseptet med uavhengige informasjonstjenester er en spennende teori, men i praksis ganske umulig å bruke i klinikken. Informasjon innhentes, bearbeides og dokumenteres på en annen måte enn konseptet beskriver. Det er en kontekst knyttet til innsamling og fremstilling av informasjon som konseptet ikke vil klare å gjenskape. Ideen bør forlates, og man må ta utgangspunkt i det man allerede har i drift. Et økosystem vokser organisk på det som eksisterer og forfaller, det dukker ikke opp av seg selv fiks ferdig og komplett.

Side 72, 5.5.2, figur 21

Figuren er misvisende, både da den underrapporterer hvor langt man faktisk har kommet, på de områdene som det eksisterer løsninger for, og fordi flere områder der gevinster er relativt enkle å hente ut, ikke er markert. Figuren gir, som dokumentet for øvrig, en altfor negativ beskrivelse av situasjonen og nær fremtid. Dette svekker tilliten til veikartet.

Side 74, kap 6

Bedre forståelse av nytten: Nei, dette er tilstrekkelig kartlagt gjennom én journal-arbeidet, Akson SSD vedlegg G2. Nyttien er avklart. Nå er tiden moden for gjennomføring.

Det er ikke behov for en innholdsløsning. Det er behov for å lage løsninger til bruk i klinikken.

Vedlegg B – Underlag for veikartet

Vedlegget skal inneholde info om nye tjenester som det ikke foreligger nok planer om til at de kan inkluderes i veikartet per nå. Vedlegget skal også inneholde info om tjenester som er tatt i bruk.

2.2.1.1 Helsenorge – lokale og regionale tjenester

Fig 6 side 17 viser nye tjenester og funksjonalitet i helsenorge.no 2019-25 for digitale innbyggertjenester. Innbefatter for kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten: dialogtjenester, administrative tjenester, innsynstjenester og tilgang til selvhjelp og mestringsverktøy. Dette skal bidra til å øke innbyggernes helsekompetanse. Det krever at hver enkelt aktør kobler seg mot innbyggertjenesten på helsenorge.no.

DDFL hos over 50% av fastlegene (2421 fastleger på 502 kontorer). EH-dir gjennomfører tiltak for ytterligere utbredelse og "forbedring via EPJ-løftet". Dette er ikke i henhold til protokoll for EPJ-løftet, og styringsgruppen har ikke vedtatt å bevilge midler.

Digitale innbyggertjenester – spesialisthelsetjenesten (DIS)

Pågående arbeid i RHF-ene. Det er besluttet at programmet skal ha sterkere styring og tydeligere interregionalt eierskap til leveransene. OBS: Det står at det ikke er funnet løsning for innsyn i journal for gruppen 12-16 år (side 23).

Side 23: Om avtalespesialistene (med RHF-avtaler) står det her at de ikke har tjenester gjennom helsenorge.no, men at de tilbyr dialogtjenester via andre leverandører.

Tidspunkt for plikt til tilgjengeliggjøring av tjenester (s. 26)

Forslag til lov om e-helse inneholder hjemmel til å gi forskrifter om å gjøre nasjonale e-helseløsninger tilgjengelige. EH-dir har fått i oppgave (tildelingsbrev for 2020) å vurdere mulig innføringstidspunkt for virksomhetenes plikt til tilgjengeliggjøring og betaling for de nasjonale e-helseløsningene e-resept, KJ, helsenorge.no, helseID og grunndata. (Regjeringen har 16.10.20 trukket lovforslaget tilbake fra stortingsbehandling etter at en samlet opposisjon varslet at de ikke ville vedta forslaget i sin nåværende form) I veikartet antydes det flere steder at det er store sprik i hvor mange fastleger som har innført tjenester. Det problematiseres i langt mindre grad at antallet kommuner som har innført tjenester ikke er så mange (digihelse).

2.2.5 Oversikt over tjenester (s. 29)

Helsenorge har et pågående arbeid med revisjon av egen produktstrategi (2020-24) og eget veikart. Hvor selvstendig kan helsenorges eget veikart bli, når EHdir også lager veikart for helsenorge? Det står dog at EH-dirs veikart bør oppdateres når helsenorges strategi er på plass.

2.2.8 Innsynstjenester

Side 43: *Utlevering av journalkopi kan også støttes gjennom e-konsultasjon/e-kontakt, slik at en betydelig større andel innbyggere har tilbud om journalkopi.* Vi forstår ikke koblingen mellom utlevering av journalkopi og e-konsultasjon, og antar at dette er basert på en ren misforståelse.

2.3.3, forutsetninger for innføring av kjernejournal, s. 53

Det refereres til Legeforeningens suksessfaktorer. Dessverre ser det ut som man har misforstått de aktuelle tre punktene. Kjernejournal er ment i brukt i klinisk sammenheng. Da vil man måtte tåle usikkerhet og manglende integritet på data. Dette er en del av klinikken. De aktuelle punktene i

suksessfaktorene handler om bruk av data til styring, forskning og analyse. Her vil man ikke kunne akseptere svak integritet av data.

Avsnittet bør derfor strykes i sin helhet.

2.3.5 Oversikt over tjenester (i KJ), s.56

Det er noe overraskende at dokumentet ikke beskriver eller henviser til arbeidet gjort i Akson-utredningene, nærmere bestemt hva slags informasjon helsepersonell hadde behov for, beskrevet i "Bilag G.2, Helhetlig samhandling". Tabellen side 145 beskrev informasjon, prioritert av helsepersonell:

Nr	Informasjonsbehov	Informasjonstjeneste	Score (høy score gir høy prioritet)
1	05.20.20.25.10 Legemidler i bruk inkl. plan og historikk	IT03 Legemidler og vaksiner	254
2	05.20.20.10 Aktuelle diagnoser og problemstillinger	IT18 Problem, diagnose og behov for helsehjelp	110
3	20.20 Behandlingsplan / tiltaksplan (medisin, sykepleie m.fl.)	IT08 Plan	100
4	15.10.20.10 Tidligere prøvesvar medisinsk biokjemi (inkl. farmakologi og toksikologi)	IT17 Undersøkelser, målinger og funn	89
5	90.10.10.10 Digital dialog mellom helsepersonell (f.eks. veiledning, konsultering)	IT10 Tekstlig dialog	77
6	05.20.20.50 Smitte hos pasient	IT02 Kritisk informasjon	74

7	15.10.10.10 Journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten inkl. avtalespesialister	IT09 Journaldokumenter	71
8	05.20.20.20 Kritisk informasjon inkl. allergi og CAVE	IT02 Kritisk informasjon	70
9	05.20.10 Tekstlig oppsummering av innbyggers tilstand og behov for helsehjelp, fra ulike profesjoner	IT01 Klinisk oppsummering	65
10	15.10.25.10 Tidligere svrappporter radiologi og nukleærmedisin	IT17 Undersøkelser, målinger og funn	55
11	10.20.10 Oppsummering av behandlingsperiode eller enkeltkonsultasjon fra ulike yrkesgrupper	IT06 Henvisning og epikrise m.m.	54
12	20.30 Planlagte kontakter med helsetjenesten (inkl. timeavtaler)	IT08 Plan	52
13	25.30.30 Anmodning om vurdering/behandling/tiltak	IT20 Anmodning om tjeneste eller ytelse, med svar	51
14	10.10.20 Oversikt over tidligere kontakter med helsetjenesten	IT01 Klinisk oppsummering	51
15	10.10.10.10 Tidligere sykdommer	IT18 Problem, diagnose og behov for helsehjelp	46
16	15.10.50 Scoringer og kliniske tester inkl. funksjonsmålinger	IT17 Undersøkelser, målinger og funn	45
17	20.05 Behandlingsmål og innbyggers mål	IT08 Plan	44
18	05.20.20.35 Pågående bruk av hjelpemidler og utstyr	IT23 Tjenester, ytelser og hjelpemidler	43
19	05.20.20.15 Funksjonsnivå og behov for tjenester, med normalt tilstand (habitualtilstand)	IT18 Problem, diagnose og behov for helsehjelp	43
20	05.20.20.17 Hvor innbygger befinner seg i helsetjenesten	IT01 Klinisk oppsummering	43
21	15.10.40.10 Kliniske målinger (eks. blodtrykk, puls, respirasjon, vekt)	IT17 Undersøkelser, målinger og funn	42

Legeforeningen vil spesielt trekke frem to informasjonstyper som ønskes inn i veikart, da mange andre av de topp 20 (av 94) vil dekkes via dokumentdeling og dokumentinnsyn:

Legeforeningen savner et konsept for "Visning av avtaler/timer/innleggelse". Dette er det støtte for i Akson SSD vedlegg G2. KJ har muligens ikke hjemmel p.t. Samling av timeavtaler fra alle EPJ vil være et viktig informasjonselement i konseptet "Plan", og vise konkret hvor pasienten skal i fremtiden. Alle

EPJer i Norge eksponerer strukturert timebok mot enten helsenorge.no eller andre pasientportaler. Grensesnittene finnes altså, og disse burde kunne gjenbrukes i KJ på en relativt enkel måte. Informasjonen kunne vært basert på samtykke, evt. presumert samtykke og reservasjonsadgang, noe avhengig av informasjonsomfang i løsningen.

Vi kan heller ikke se beskrevet et konsept for visning av tidligere sykdommer/diagnoser og operasjoner/prosedyrer fra EPJ. Dette er data som er kodet og lagret strukturert i PAS-delen av EPJ. Dette er det p.t. ikke hjemmel for å vise frem i KJ. Allikevel vil dette være sentralt element i en felles "medisinsk plan" og for å skape oversikt over pasientens situasjon. Dette vil også kunne spille sammen med det "patient summary" som arbeides med i EU.

2.3.7 Journaldokumenter s. 59

Det planlegges to utprøvinger av dokumentdeling, en i region Sør-Øst og en i region Nord, står det. Dokumentdeling i SØ skulle ha vært i gang før sommeren – status? Igangsetting ble stoppet av HOD pga. usikkerhet om hvordan varsel til innbyggere skulle foregå. Nord skal i gang nå høst 2020.

2.3.8 Legemidler

Det står at SSD for Akson foreslår investering for å etablere en nasjonal informasjonstjeneste for labprøvesvar og at det forventes avklaring i STB for 2021. Tjenesten er ikke besluttet. Hvorfor står ikke den i oversikten? STB har foreslått midler for å realisere den. I tillegg står det: *"På sikt ønsker man gjennom pasientens legemiddelliste å ha en autorativ og oppdatert oversikt over legemidler som er forordnet, og som innbygger skal bruke. Pasientens legemiddelliste realiseres gjennom funksjonalitet i e-resept og kjernejournal. (s. 64)*

Pasientens legemiddelliste er overmoden - og er en naturlig fortsettelse av eResept. Vi håpet lenge på eMultidose, men denne er kun innført "flekvis" og er avhengig av FL-EPJ. Pasientens legemiddelliste er universell for alle fagsystemer jf. elektronisk meldingsutveksling.

Om PLL står det at Legemiddelprogrammet som skal realisere denne og at endelig veikart og programplan skal besluttet av programmets styringsgruppe i desember 2020 (s. 81), inkl. *"tydelige krav til finansiering"* (s. 83).

2.3.11 Digital behandlings- og egenbehandlingsplan

Forutsetning er at det stilles ressurser til disposisjon, og at alle behandlere (primær og spes.hj.tj) har tilgang til løsningen som planene opprettes og endres i. Løsningen skal integreres i dagens EPJ. Satser på gjennomføringsfase i 2021. Samordning med Akson og Helseplattformen skal sikres.

2.4.3.2 E-resept: SFM i HP (s. 74)

Pga. korte frister i innføring av Helseplattformen arbeides det med en alternativ løsning for stegvis integrasjon med e-resept, som inkludere et kortsiktige tiltak for å sikre basis-funksjonalitet i en første versjon av Helseplattformen. Dette kan bety at Helseplattformen ikke benytter SFM Basis API fra første produksjonssetting, men ser på å bruke Forskrivningsmodulen i en periode inntil EPIC sin legemiddelmodul er fullt ut koblet på e-reseptkjeden med SFM.

2.4.6 Multidose i e-resept

Det foreligger ikke finansiering av prosjektet etter 2020. Multidose finansieres gjennom legemiddelprogrammet (s. 78).

2.4.7 Pasientens legemiddelliste

PLL beskrives som under replanlegging, dette bør reformuleres. Eget veikart for PLL skal vedtas desember 2020. Fullt innført i løpet av 2024-25. Geografisk innføring. Det foreligger ikke finansiering ut over utprøvingen i Helse Vest/Bergen kommune. Ei heller forpliktende avtaler for EPJ-leverandørene om integrasjon. Foreløpig ingen forpliktelse til innføring av SFM med e-resept, multidose og PLL i kommunene. PLL vil kreve betydelige investeringer både sentralt og lokalt. Legeforeningen ønsker at PLL fullfinansieres over statsbudsjettet slik at vi får gjennomført dette sentrale prosjektet innenfor rammer av finansiell forutsigbarhet.

2.5 Digital hjemmeoppfølging

Vedr. velferdsteknologi og hjemmebaserte tjenester med regelmessig overvåking av gitte kliniske parametere, er det allerede igangsatt mange prosjekter. Det viser seg at det er kommunehelsetjenesten som må være knutepunktet for dette, og bruke medisinsk-faglig kompetanse primært fra fastlege. Det vil i en del sykdomsforløp være naturlig å supplere med ambulerende spesialisthelsetjeneste, men målingene må ankomme et kommunalt knutepunkt.

3.6.1 Dokumentdeling (s. 116)

Dokumentdeling - og prøvesvardeling via Kjernejournal er sterkt ønsket. Nyttien er umiddelbar for pasienter som har vært i den virksomheten som deler dokumenter. På sikt er det naturlig at man får andre relevante dokumenter fra andre kilder enn sykehus. Dette er et godt eksempel på at man kan ta ut stegvise gevinster, og at alle steg gir individuell gevinst.

3.2 Felles språk

Se kommentarer til vedlegg A.

3.3 Felles tillitsøkende tjenester

Se vedlegg 1A om helseID.

3.5 Elektronisk meldingsutveksling

TBA er planlagt innført 1.6.2021. I fig 21 (s. 113) står det om TBA at tjeneste/funksjonalitet er tilgjengelig for innføring. På samme side står det at nasjonal koordinert innføring av TBA ble avsluttet 1.6.2020. Utvikling i innføringsperioden viser at innsatsen med nasjonal koordinering gir resultater. Det står ingenting om TBA og konsekvenser for legekantor. Det er forvirrende at det både står at TBA er planlagt innført neste år samtidig som det står at nasjonal koordinert innføring av TBA ble avsluttet i juni i år. Dette må rettes opp slik at innholdet er oppdatert og korrekt.

I løpet av 2022 skal nye standarder for henvisning, helsefaglig dialog og overgang til siste versjon være innført.

Elektronisk meldingsutveksling har hatt en langsom utvikling, men i hvert fall ikke full stopp (som PLL). Det innføres nå ila Q1 og Q2 2021 overgang til kun én versjon av meldinger i bruk (jfr siste SamUT-møte). Videre skal Henvisning 2.0 implementeres inkludert henvisninger mellom sykehus (endelig slutt på taxi-journalene) Overføring mellom sykehus har hittil brukt epikrise-meldingen som henvisning seg imellom. Henvisning 2.0 vil også gi primærhenvisere en del fordeler, blant annet at rettighetsbrevene blir overført elektronisk og ikke per papir. Legeforeningen er glad for at dette har fått prioritet.

3.6 Infrastruktur for data- og dokumentdeling

Det er planlagt et forprosjekt for datadeling i 2021 med ekstern kvalitetssikring og mål om å starte investering i 2024. Svært mange forutsetninger må innfris før dette skal lykkes: utvikle/tilpasse og ta i bruk informasjonsstandarder, kodeverk og terminologier, harmonisering av kliniske variabler for å unngå dobbeltregistreringer. Dette kan leses som at Direktoratet for e-helse ikke er kjent med all den informasjonen i dagens EPJ som allerede er strukturert og kodet, og igjen får vi inntrykk av at man problematiserer fremfor å være løsningsorientert. Man nevner ikke utfordringer knyttet til ukontrollert redundans, der hvor dokumenter korrigeres i den enkelte virksomhet (for eks. billeddagnostikk).

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening

Kari-Jussie Lønning
Avdelingsdirektør

Jan Emil Kristoffersen
Fagsjef/lege

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)