

Tema	Høring: Ny Nasjonal helse- og omsorgsplan Utkast til ny Helse- og omsorgslov Utkast til ny folkehelselov	Dato	17.01.11	Gradering	
Til	Helse og Omsorgsdepartementet				
Fra	Norsk Helsenett SF				
Kopi					

Høringssvar – Nasjonal helse- og omsorgsplan, helse- og omsorgslov og folkehelselov

Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med en ny helse- og omsorgsplan og har invitert til en åpen høring med frist 18. januar 2011. Departementet har også sendt ut til høring et nytt forslag til Helse- og omsorgslov og ny Folkehelselov.

Norsk helsenett SF ønsker å gi sin høringsuttalelse til ny nasjonal helse- og omsorgsplan med hovedvekt på IKT, eHelse og personvern, men også i forhold til andre områder som vi mener IKT kan understøtte som f.eks. kvalitetsarbeid, forskning, helseregistre, kompetansebygging, beredskap, pasientsikkerhet og brukermedvirkning.

Regulering og bruk av IKT er i tillegg omtalt i de nye lovforslagene. Vår uttalelse er derfor også vårt høringssvar på disse lovutkastene. Vi har lagt vekt på at våre synspunkter og forslag ikke bare skal ha en teknologisk, men også en helsefaglig forankring. Vi har fulgt disposisjonen i fremlegget til nasjonal helse- og omsorgsplan i svaret.

eHelse og IKT – Situasjonen i dag

Vi er enig med departementets beskrivelse av situasjonen i dag, men vi ønsker å utdype noen problemstillinger. Norge var først ute i verden med full dekning av EPJ i både allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten og er helt fremst også når det gjelder anskaffelse av EPJ i pleie- og omsorgssektoren. Denne utviklingen har i stor grad vært drevet frem desentralt og av virksomhetene selv.

Norge var også blant de første landene med nasjonale strategier og utprøving av elektronisk kommunikasjon, men vi er i dag forbigått av andre land når det kommer til overgangen fra forsøksordninger til permanent drift og videre eskalering. Vi er enig med departementet i at dette i stor grad skyldes at sektoren består av et mangfold av aktører. Slik har det også vært i andre land som vi kan sammenlikne oss med.

Det som muligens særpreger Norge er et særlig desentralisert ansvar for investering, utvikling og drift av elektroniske løsninger. Det har i og for seg bidratt til en rask innføring, men det har også medført at det ofte blir et gap mellom den som investerer og den som høster gevinster.

Våre lover og regelverk er ikke vesensforskjellig fra andre land, men praktiseres nok strengere enn i mange andre land. Det er blitt stilt høye krav til at lovverket skulle være oppfylt før prosjektstart ut i fra eksisterende kunnskaper om teknologi, ofte før man har hatt noe empirisk risikogrunnlag å gå ut i fra. Det har også utfordret utviklingen at det i tillegg har vært en tro på at pasientinformasjon som lagres distribuert representerer en mindre risiko enn sentrale fellesløsninger.

Norsk Helsenett startet som regionale nettleverandører og ble i 2004 slått sammen til et felles aksjeselskap eid av de regionale helseforetakene. På denne bakgrunn var fokus sterkt rettet mot fysisk nettilkobling. Ansvar for innholds- og tjenesteutvikling ble i stor grad beholdt i RHF-enes øvrige IKT-organisasjoner. Dette var i og for seg en grei organisering i innledende faser, men på sikt har det bidratt til et kunstig og uhensiktsmessig skille mellom drift av nettverksinfrastruktur og utvikling og leveranse av innholdstjenester.

Når Norsk Helsenett nå skal levere en elektronisk samhandlingsarena for den samlede helse- og omsorgssektoren blir dette ytterligere tydeliggjort. Utviklingen fram til i dag har i stor grad vært preget av summen av lokale tiltak mer enn én samlet og koordinert organisasjon med et helhetlig ansvar. Nasjonal IKT og Helsedirektoratet har begge tatt viktig ansvar, men vi har manglet en permanent operativ organisasjon med ansvar for en samlet og helhetlig utvikling av nasjonale prosjekt på sektorens vegne. Norsk Helsenett kan – på myndighetenes og brukernes vegne – utvikle en prosjektorganisasjon som gjennomfører og drifter nasjonale prosjekt.

Mål for perioden

NHN vil gi sin tilslutning til de målene som er satt opp for den nye helse- og omsorgsplanen.

Vi er enige i at økt pasient- og brukermedvirkning vil bli spesielt viktig fremover. På helseområdet vil lik tilgang til informasjon være et spesielt viktig mål som en hjelp til selvhjelp for store grupper. Det er samtidig viktig å påse at IKT-løsningene er mest mulig inkluderende også der hvor sykdomsbildet bidrar til svekket funksjonalitet hos pasient, fysisk og kognitivt. I siste instans bør det også være et mål at IKT-løsninger kan bidra til å fange opp de pasientgrupper som ellers uteblir.

I tillegg til de målene som er satt opp, vil vi foreslå at det legges til at pasienter og brukere skal få større innsyn i, og styring med, hvem som har tilgang til sensitiv informasjon om dem selv, også på tvers av virksomheter.

Vi mener det bør være et mål at skriftlig (elektronisk) og muntlig kommunikasjon (telefon) blir sett mer i en sammenheng i de målene som er satt opp, slik vi utdyper under.

Videre vil vi foreslå at sentraliserte driftsløsninger blir et mål på IKT-området. Dette er basert på erfaringer med å oppnå maksimal sikkerhet og effektivitet. Vi mener at kravene til etablering og drift av sikre løsninger etter hvert blir for omfattende til at mindre enheter makter oppgavene. I England og Nederland er det positiv erfaring mht. sikkerhet med krav om såkalte ASP eller klientløsninger for mindre virksomheter. I Sverige (Inera AB/Sjunett) er erfaringen at kommuner under 70.000 innbyggere har problemer med å etablere og vedlikeholde IKT-løsninger for helsetjenesten på en tilfredsstillende måte. Det er også feil bruk av personellressurser når det i små enheter ofte er helsepersonell som utfører disse oppgavene.

Sentral drift av IKT løsninger åpner også for løsninger for pasient- og informasjonslogistikk som foreløpig er blitt lite utnyttet på helsetjenesteområdet. Det gjelder f.eks. muligheten til å følge med hvor langt henvisninger, søknader og enkelte rekvisisjoner er kommet i behandlingen, felles og åpne time-/plass reservasjonssystem, evt. koblet med syketransportordningen og fritt sykehusvalg ordningen.

Et annet viktig mål for utviklingen på IKT området i helsetjenesten må være å legge til rette for at lokale kliniske miljøer opplever IKT som en støtte i lokal kvalitetsutvikling, for eksempel i utvikling av skjemaer og protokoller integrert i EPJ. Vi ser i dag at overgangen til bruk av IKT kan oppleves som et hinder for lokal kvalitetsutvikling og muligheter til å ta i bruk nye behandlingsmetoder, fordi EPJ-leverandørene ikke greier å holde tritt med behovet for endringer. Dette fører til bruk av papir, en fremvekst av omveier og egenutviklede IKT-løsninger som ofte er dårlig integrert med EPJ.

En sentralisering av deler av infrastrukturen kan bidra til en slik større lokal fleksibilitet. Faste dataelementer og arkitektur i et informasjonselement kan standardiseres og programmeres som uavhengige "minimoduler" og slik kunne inngå i et sentralt "bibliotek" av informasjonselementer som vil kunne importeres og gjenbrukes i mange skjemaer.

Mulige virkemidler

IKT representerer i seg selv en rekke virkemidler for gjennomføring av nasjonale mål for helsetjenesten, samtidig er det behov for ulike virkemidler for å kunne fasilitere bruken av IKT. Nettopp av den grunn vil vi understreke at organisasjonsutvikling og IKT utvikling må gå hand i hand slik departementet påpeker. NHN har kommentarer til følgende områder:

Nasjonale prosjekter for sikker elektronisk informasjonsutveksling

Departementet omtaler eResept, nasjonalt meldingsløft, nasjonal kjernejournal, tilgang på tvers av virksomheter og nasjonal helseportal. Felles for disse prosjektene er at de omhandler ulike former for innhenting, lagring og utveksling av pasientinformasjon. Dette reflekterer at det ikke er mulig eller ønskelig å utvikle ett enkelt system for kommunikasjon, men det understreker samtidig betydningen av å sikre integrasjon og samhandling mellom de ulike systemene, både i utvikling og framtidig drift. Dette innebærer også en større rendyrking av de ulike systemene for å unngå informasjons- og funksjonalitetsoverlapp.

Det har til nå vært en tung satsing på elektronisk meldingsutveksling. Det har fungert godt fordi det i stor grad ligner den papirbaserte informasjonsutvekslingen som helsepersonell kjenner og som regelverket er blitt bygget opp omkring. Denne mange-til-mange kommunikasjonen begynner etterhvert å gi resultater, og det skal i 2011 jobbes for å øke nytteverdien ytterligere ved å forbedre kvaliteten i et felles nasjonalt adresseregister.

Med stadig flere virksomheter koblet på helsenettet blir imidlertid en mange til mange kommunikasjon svært krevende både funksjonelt, organisatorisk og sikkerhetsmessig. Ansvaret for at kommunikasjonen kan gjennomføres hviler i en slik løsning på den enkelte deltager. Selv om et entydig adresseregister, krav til bruk av standarder og krav om sertifisering av løsninger med en obligatorisk test og godkjenningsordning er viktige tiltak, er de ikke tilstrekkelige virkemidler i den kompleksiteten som oppstår. Ansvarsforholdene knyttet til hvorvidt en melding kommer frem eller ikke blir også uklare, fordi det er svært vanskelig å følge med hvor i systemet meldingen befinner seg til en hver tid.

Et alternativ er etablering av en nasjonal meldingssentral og en "mange til én - én til mange" kommunikasjon. Dette vil forenkle situasjonen betydelig fordi den enkelte aktør kun skal sørge for kommunikasjon med meldingssentralen. Samtidig vil det gi større fleksibilitet for de enkelte virksomhetene tilkoblet helsenettet til å velge ulike løsninger og oppgraderinger til ulike tidspunkter. Norsk Helsenett starter i 2011 et forprosjekt i samarbeid med kommunesektoren for å utrede tekniske, organisatoriske, sikkerhetsmessige og juridiske aspekt ved en slik løsning.

Muntlig kommunikasjon per telefon eller personlig oppmøte er fortsatt og vil trolig forbli den viktigste formen for kommunikasjon på mange områder, både mellom virksomheter og i forhold til pasienter. Videokonferanser vil også få en økende betydning både i forhold til flerpartsmøter og rene dialoger, noe vi allerede ser konturene av. Muntlig kommunikasjon har stor fleksibilitet, er effektiv, inneholder flere sikkerhetsmekanismer, er rikere enn skriftlig kommunikasjon og egner seg spesielt godt når forholdene blir kompliserte. Lett tilgjengelige muntlige kanaler kan bidra til å forebygge sosial ulikhet i tilgang til helsetjenester.

På denne bakgrunn er det like viktig at det bygges IKT løsninger som støtter den muntlige kommunikasjonen, så vel som den skriftlige og at disse utfyller hverandre på en god måte. Vi ser at nasjonal kjernejournal og en nasjonal helseportal vil kunne understøtte muntlig kommunikasjon og at innhold og funksjonalitet må planlegges med dette for øyet. Vi vil også påpeke at man på andre områder igjen er oppmerksom på hva som kan gå tapt om man velger å erstatte muntlig kommunikasjon med elektronisk skriftlig informasjon, f.eks. slik det er påpekt når man erstatter papirreseppter med elektroniske resepter og faren for forbyttning av pasient øker.

Personvern og informasjonssikkerhet

Den desidert mest omfattende "lekkasjen" av pasientinformasjon skjer ved ubetenksom spredning av informasjon som helsepersonell har hatt legal tilgang til gjennom utføring av eget arbeid. Til å forebygge dette finnes det ikke noen teknisk løsning. Det er derfor viktig at det ikke bare iverksettes tiltak som tar ressurser og fokus bort fra denne delen av sikkerhetsarbeidet, men heller bidrar til at det får oppmerksomhet og blir prioritert. Manglende tillit til personvernet forårsaker et ulikt helsetjenestetilbud som først og fremst rammer de mest utsatte gruppene som uteblir fordi de frykter stigmatisering.

Norsk Helsenett vil også vise til kartlegging som er gjort av Norsk senter for elektronisk pasientjournal og en doktoravhandling som sist høst ble fremlagt ved Juridisk fakultet ved UIO. Slik tilgangskontrollen i dag virker, hindres helsepersonell i arbeidet sitt på en måte som fører til at de lager seg risikable omveier som representerer en fare for pasientsikkerheten. Vi mener derfor at

utvikling av bedre funksjonalitet i systemer for tilgangskontroll bør bli prioritert i en ny helse- og omsorgsplan og i nytt regelverk. Dette bør være blant de områdene der det formuleres minstekrav til funksjonalitet og som inkluderes i Normen og i sertifiseringsordninger.

Kunnskap til helsepersonell

Norsk Helsenett støtter departementets forslag om etablering av en felles faglig plattform med retningslinjer, prosedyrer og annen beslutningsstøtte på tvers av behandlingsnivåer og profesjongrenser som et viktig virkemiddel i samhandlingsreformen.

Måten slik informasjon gjøres tilgjengelig på er imidlertid avgjørende. Det er vist at for å få pasienter til å endre atferd, må løsninger være interaktive. For at helsepersonell skal påvirkes må elektronisk beslutningsstøtte være koblet til opplysninger i pasientjournalen og aktiveres automatisk i behandlingssituasjonen når beslutningene skal tas. Det er også vist effekt av enkle påminnere – f.eks. varsel om medikamentinteraksjoner.

Norge er et av de få landene der det ikke er satt i gang et større samlet og langsiktig utviklingsarbeid med hensyn til aktiv klinisk beslutningsstøtte koblet til pasientjournalen. Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) kunne vært en viktig begynnelse på et slikt arbeid, men ble tidlig kommersialisert. Det ble heller ikke satt i gang noen videreutvikling mot aktiv beslutningsstøtte da Helsebiblioteket inngikk kontrakt med NHI. Interaktiv beslutningsstøtte er utviklet i Danmark med basis i NEL og ICPC og er tilgjengelig på Sundhed.dk.

Bruk av teknologi for å fremme nye samarbeidsmåter og nye måter å levere helse- og omsorgstjenester på

En av de viktigste suksessfaktorene i oppfølging av personer med kronisk sykdom har vært at personell fra spesialisthelsetjenesten reist ut og deltatt lokalt i konkret tilbakeføring av pasienten. Resultatet har vært færre reinnleggelser og redusert behov for kommunale tjenester. Dette er vist for store pasientgrupper som KOLS, hjertesvikt, slag, hoftebrudd og hos skrøpelige eldre med akutt funksjonssvikt. Suksessen skyldes i første rekke gjensidig kompetanseoverføring mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og oppbygging av økt trygghet blant personellet, og hos pasienten og pårørende.

I stor skala kan dette bli vanskelig å gjennomføre i Norge med spredt bosetning og store geografiske avstander. Departementet bør derfor undersøke hvordan dette kan gjennomføres ved bruk av IKT-hjelpemidler som meldinger, telefon- og evt. videokonferanser både etter utskrivning og ved endring/forverring i sykdomsbildet. Prosjektet Helhetlig pasientforløp i hjemmet i Trondheim er kommet langt i slik samhandling, men det finnes også andre eksempler.

Internett og annen type elektronisk kommunikasjon har vist et stort potensial når det gjelder informasjonsspredning og kompetanseoverføring. Man kan unytte dette potensialet til å understøtte spesialisthelsetjenestens faglige veiledning av primærhelsetjenesten, til etablering av fagfellenettverk og fagfellekonferanser om enkeltpasienter og til kompetanseknutepunkter til å betjene og vedlikeholde dette. Slike nettverk og knutepunkter er uavhengig av geografisk plassering og reduserer sårbarhet pga. mangel på kompetanse.

Utvidet bruk av IKT vil kunne gi større fleksibilitet og et større spekter av løsninger i samband med samhandlingsreformen. Dette vil gjøre vår kommunestruktur med mange små enheter til en mindre hindring, og man kan redusere risikoen i gjennomføringen av reformen. Det vil bli mindre behov for investeringer i "bygninger" som skal huse sentra og kompetanse, dernest til drift og reisevirksomhet – som da alternativt gir rom for en betydelig IKT-investering. Bruk av IKT vil også kunne redusere risikoen for sedimentering av strukturer i en tid hvor endringsbehovene som resultat av den teknologiske og demografiske utviklingen er forventet å bli store.

"Call Center" eller 24-timers telefontjeneste har i flere land representert et viktig infrastrukturelt tiltak for å koordinere samhandling mellom tjenester og for oppnå enklere tilgang på riktig kompetanse. Det som skiller disse fra legevaktsentralene i Norge er først og fremst deres utvidede mandat til å gi rådgivning og rekvirere kontakt på tvers av virksomhetsnivåene og tjenester. Ordningene har også vært godt understøttet av IKT-løsninger som pasientportal, løsning for gjennomføring av en effektiv triage, og tilgang til kjernejournal. Dette har gitt viktige bidrag til å skape en helhet i tjenestene og pasientforløp.

Det er i media hevdet - blant annet av teknologisk industri - at monitorering av biologiske parametre med ny teknologi i hjemmet kan bedre oppfølgingen av kronisk syke, og evt. ved tidlig intervensjon, forhindre innleggelser. Enkelte former for monitorering av pasienter med alvorlig kronisk sykdom har imidlertid vært tilgjengelig i over 20 år. Erfaringen i praksis er imidlertid en betydelig økning i mengden falske alarmer som skremmer både pasienter og pårørende i et omfang som har ført til at man har vært nødt til å slå av varslingen.

Årsaken til problemene er at det er vanskelig å få til en tilfredsstillende balanse mellom varslingens sensitivitet og spesifisitet. Det skyldes ikke svakheter ved teknologien først og fremst, men det naturlige biologiske mangfoldet både mellom pasienter og i svingninger hos den enkelte pasient. Mange av ideene som er fremlagt under paraplyen "smarthus" har de samme problemene med å utvikle tilfredsstillende balanse mellom sensitivitet og spesifisitet. Det finnes også undersøkelser som viser at slike systemer skaper avhengighet og slik undergraver pasientenes egen autonomi og trygghet på sikt. Man bør på denne bakgrunn utvise en sunn skepsis overfor mange av ideene som er blitt lagt frem, slik at man velger løsninger som faktisk gir positive effekter. Mange av de kravene som WHO har laget for screening er gyldig også for biologisk monitorering.

Nasjonal styring ved utvikling, innføring og forvaltning av samhandlingsløsninger

Det er gjort flere sammenlikninger mellom land vedrørende sammenheng mellom former for nasjonal styring og vellykket utbredelse og bruk av IKT i helsetjenesten. Det er ingen enkeltfaktor som står tydelig frem, bortsett fra en allerede eksisterende homogen helsetjeneste. Erfaringene er også at det er vanskelig å overføre løsninger fra et land til et annet.

Innenfor enkeltorganisasjoner og konsortier har man hatt suksess hvor utviklere og helsepersonell har fått jobbe tett sammen med helsefaglig ledelse og hvor forskning har vært en del av denne virksomheten. Dette er ikke overraskende da dette har vært den vanlige sammensetningen ved klinisk teknologisk utvikling i helsetjenesten. Kaiser Permanente blir ofte trukket frem som et eksempel.

I den nasjonale styringen er det viktig å skille mellom utvikling av løsninger og utbredelse av dem. Den viktigste forutsetningen for å utvikle gode løsninger er tett forbindelse mellom helsepersonell og utviklere på alle nivåer og i alle faser. Det samme gjelder koblingen til forskning.

For å sikre utbredelse av ferdige løsninger er det behov for mange ulike virkemidler – finansielle insentiver, bruk av regelverk, opplæring, organisasjonsutvikling, krav om rapportering, behov for/ønske om forskning mv. Valg av sammensetning av virkemidler er situasjonsavhengig. I de aller fleste IKT-prosjekt er organisasjonsutvikling det viktigste og mest krevende tiltaket, noe som betinger både bred involvering av berørt personale og ledelsesmessig forankring. I en styringsmodell for IKT-arbeid i helsesektoren bør organisasjonsutvikling være et sentralt element.

Det er også viktig at man i nasjonal styring legger realistiske tidsplaner for utvikling og storskala utbredelse av nye IKT-løsninger. Den samlede implementeringstiden kan fort øke betydelig ved innføring av et "uferdig" produkt, blant annet pga. motstand blant de som skal bruke det. Vi vil spesielt påpeke at det har vært en betydelig underestimert av den tiden det vanligvis tar å utvikle og pilotere en større løsning – i gjennomsnitt 7 år før man får positive gevinster. I Norge gikk det 20 år fra EPJ var brukbar i praksis til full utbredelse, og vi var de raskeste i verden. Helsedirektoratets strategi og plandokumenter for elektronisk kommunikasjon i helsetjenesten har vært treårige. Korte tidsfrister gir kunstig hastverk som oftest går utover planleggingsfasen og har vært en viktig årsak til at 65 til 80 % av IKT prosjektene i helsetjenesten helt eller delvis feiler. Vi vil derfor støtte departementets forslag om at det blir laget en nasjonal plan med prioriteringer for IKT i helsetjenesten som gir langsiktighet og kontinuitet i arbeidet.

Styrking av standardiseringsarbeidet og krav til elektronisk samhandling

I forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov foreslås lovendringer som gir hjemmel til i forskrift å bestemme at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk.

Vi ser behovet for å kunne bruke regelverket for å kunne gi pålegg om bruk av IKT i dokumentasjon og kommunikasjon, men vi vil påpeke at dette må brukes med omhu. De to

viktigste årsakene til at løsninger ikke blir tatt i bruk er at brukerne ikke har behov eller at funksjonaliteten for brukerne er for dårlig.

For dårlig brukerfunksjonalitet/brukbarhet eller løsninger som skaper brudd i arbeidsprosesser er det som er den vanligste årsaken. Å tvinge gjennom bruk av slike løsninger vil ha utilsiktede hensikter som redusert effektivitet eller at helsepersonellet lager risikofylte omveier slik vi har beskrevet over vedrørende tilgangskontrollen. Det vil kunne akkumulere negative holdninger til dokumentasjon og elektronisk kommunikasjon. Det finnes nå en betydelig mengde empiri på at helsepersonell raskt tar i bruk IKT når funksjonaliteten er god. Dessverre har det vært utbredt i IKT prosjekter at når det kommer til slutfasen der brukerfunksjonaliteten skal fullføres, så er budsjetter gjerne overskredet eller nærmest tomme.

Muntlig kommunikasjon har sterke tradisjoner i helsetjenesten, spesielt internt i kliniske avdelinger og generelt under "små forhold". Krav om økt dokumentasjon og skriftliggjøring av kommunikasjon pga. innføring av IKT i alle ledd har derfor sine kostnader som må vurderes nøye i forhold til gevinstene. Vi har observert at mange kommuner har anskaffet EPJ-systemer og elektronisk kommunikasjon som i liten grad blir brukt. Vi tror dette både skyldes for dårlig funksjonalitet og et opplevd lite behov. En økning i bruk av IKT i kommuner trenger en bred tilnærming med bruk av flere virkemidler parallelt.

I høringsutkastet til ny helse- og omsorgslov vil departementet ta initiativ til å foreslå forskriftsfesting av sentrale funksjonskrav og standarder til IKT-systemer benyttet ved behandling av helseopplysninger. Departementet vil også ta initiativ til å forskriftsfeste krav om obligatorisk sertifisering for, i første omgang, avgrensede funksjonsområder i programvare som benyttes ved behandling av helseopplysninger. Departementet ber høringsinstansene om særskilt å kommentere følgende:

- a. *På hvilke områder vil det være mest hensiktsmessig å kreve sertifisering av funksjonskrav og standarder?*

Bruk av regelverk og sertifisering kan være nødvendige virkemidler, men det må være et krav at det er dokumentert gjennom utprøving at standardene er funksjonelle både teknisk og klinisk før de blir krevd implementert. Vi gir vår fulle støtte til arbeidet med standardisering, men anbefaler samtidig at departementet utdyper og styrker funksjonskrav i forhold til brukerfunksjonalitet og brukbarhet. Samtidig bør det tidligst mulig i standardiseringsarbeidet kjøres konkrete pilotprosjekter for å teste forslagenes kvalitet. Det er utviklet internasjonale retningslinjer med dette som formål som også kan være veiledende for hva som bør være forutsetning for hvilke områder som man skal velge å stille krav om sertifisering.

- b. *Hvor lang frist bør det normalt settes fra slike forskrifters vedtakelse til de trår i kraft?*

EPJ programvare blir oppdatert 1-2 ganger per år. Basert på erfaring fra andre land vil det være rimelig å gi leverandørene en frist på maksimalt 2 år for å implementere en standard, men selvfølgelig med unntak for større omlegginger. Det er en erfaring at når leverandørene selv gjennomfører større grunnleggende omlegginger av sine systemer, vil de ofte ha liten kapasitet til å følge opp krav om endringer i eksisterende programvare som løper parallelt. Det bør gjennomføres en konsekvensanalyse med deltagelse fra leverandører og brukere før krav om innføring av ny funksjonalitet og standarder blir bestemt.

- c. *Behovet for overgangsordninger.*

Overgangsordninger må utredes og vurderes konkret i de enkelte tilfeller.

Norsk helsenett sin rolle

Til slutt ser vi at Norsk Helsenett er omtalt i eget avsnitt i utkastet til Nasjonal helse- og omsorgsplan. Styret i Norsk Helsenett vedtok i desember strategi for selskapet. Denne strategien er resultatet av en lang prosess som blant annet inkluderte to brede høringsrunder i helse- og omsorgssektoren. Strategien legger – i tråd med utkastet – opp til å ta et større ansvar for etablering av elektroniske løsninger i sektoren. Vi har definert vårt samfunnsoppdrag til å levere en elektronisk samhandlingsarena for sektoren. Da blir utvikling og leveranse av gode nasjonale innholdstjenester og løsninger en viktig del av oppdraget. Norsk Helsenett vil bemerke at vi er

beredt til å ta et vesentlig større ansvar også for denne typen oppgaver, både hva gjelder utvikling og framtidig drift.