



Helse- og omsorgsdepartementet - HOD

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår referanse: 23/01069-11
Arkivkode: 069
Saksbehandler: Terje Wistner
Deres referanse:
Dato: 26.01.2023

Høringssvar: Pasientens prøvesvar i nasjonal kjernejournal mv. – endringer i pasientjournalloven

Vi viser til høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet sendte 27.okt.2022 om Pasientens prøvesvar i nasjonal kjernejournal mv. – endringer i pasientjournalloven, inklusive velferdsteknologisk knutepunkt.

Forskrift for kjernejournal har som formål å øke pasientsikkerheten ved å sammenstille vesentlige helseopplysninger om den registrerte og gjøre opplysningene tilgjengelige for helsepersonell som trenger dem for å yte forsvarlig helsehjelp. KS støtter behovet for mer hensiktsmessig informasjonsdeling på tvers av virksomheter som bidrar til å øke viktig samhandling mellom helsepersonell i helsesektor, på tvers av virksomheter og behandlingsnivåer. Hensikten med forslaget er i første omgang å gjøre laboratorie- og radiologisvar lettere tilgjengelig for helsepersonell og innbyggerne. Dette er viktig informasjon for å øke pasientsikkerheten. Pasientens prøvesvar, fortrinnsvis tilgjengelig direkte i pasientjournalene (noe som vil fremme bruk og nytte) subsidiært kun som en integrert del av kjernejournal, vil være et viktig bidrag, forutsatt at det tilpasses kommunenes behov og at helsepersonell i hele bredden av de kommunale helse- og omsorgstjenestene får tilgang til relevant helseinformasjon.

De utfordringene helsetjenesten står i allerede i dag og som vil forsterkes i årene fremover gjør at det er behov for å tenke helt nytt og at virkemidler, rammebetingelser og regelverk må legges til rette for både innovasjon, sømløs informasjonsdeling og teknologiutvikling som setter helsepersonell og virksomheter i stand til å møte bærekraftsutfordringene.

Prøvesvar

KS støtter lovforslaget som gir mulighet for helsepersonell og innbyggere å få innsikt i prøvesvar, men mener at beskrivelsen av mulige tekniske løsninger bør anses foreløpige. Det er viktig at forskriftshjemmelen ikke begrenser adgangen til å velge de beste tilgjengelige tekniske løsninger på et senere tidspunkt. Dette arbeidet bør omhandle rammene for at informasjonen kan tilgjengeliggjøres, men ikke en regulering av de tekniske løsningene. De tekniske løsningene kan utvikles videre og endres og det kan også være aktuelt at flere tekniske løsninger kan tas i bruk for å gi helsepersonell og innbyggere tilgang til prøvesvar.

Det etterlyses i forbehandling til lovendringen en vurdering av sammenhengen Pasientens prøvesvar bør ha til det nasjonale arbeidet for etablering av et nasjonalt tillitsanker som sikrer at alle virksomheter og grupper helsepersonell med tjenstlig behov enkelt får tilgang til den helseinformasjonen de trenger om innbyggere og brukere for å kunne arbeide effektivt og levere trygge og gode tjenester. Videre mener KS også at dataminimering- og konfidensialitetshensyn bør balanseres mot hensynet til pasientsikkerhet og tilgang for helsepersonell for å yte forsvarlige helsetjenester til innbyggere.

Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)

Med bakgrunn i de fremlagte alternativene til videreføring av Velferdsteknologisk knutepunkt fra Helse- og omsorgsdepartementet 1) statlig regi, eller 2) Kommunal regi, mener KS at det er statlig regi som er det mest hensiktsmessige, med vekt på at VKP blir en nasjonal samhandlingskomponent som er tilgjengelig for både kommunal sektor og spesialisthelsetjenesten. Slik vi forstår Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) sin forutsetning om statlig regi, basert på en vurdering av EØS regelverket, må alle kommuner betale for tjenesten enten VKP brukes eller ikke. Vi forstår og støtter at HOD finansierer VKP over statsbudsjettet i 2023 og at kommunene først vil betale for løsningen fra 2024. KS er opptatt av at kommunene skal betale for reelt bruk, så langt dette lar seg gjøre innenfor EØS-regelverket, og at arbeidet med prismodell for 2024 hensyntar dette. KS forutsetter at lovforslaget ikke omfatter plikt til bruk.

1. Vurdering av forslag til regulering av prøvesvar i kjernejournal

Med forslaget til endringer pasientjournalloven §13 skal helsepersonell kunne gjøre seg kjent med prøver og svarrapporter fra laboratorie-, radiologiske og nukleærmedisinske undersøkelser. Dette er vesentlige informasjonselementer for pasientjournaler som gjør det mulig for helsepersonell å ta gode valg i oppfølging og behandling av pasient og brukere, uavhengig av hvor de er under omsorg. For kommunal sektor, som også inkluderer tannhelsetjenesten i fylkeskommunene, er dette spesielt viktig. Prøvesvar er informasjon som ofte er vanskelig tilgjengelig for helsearbeidere i kommuner og fylkeskommuner. Når henvisning skjer fra fastlege eller tannlege ligger svarene oftest hos private laboratorier eller i ulike sykehus sine laboratorier når det skjer hos spesialisthelsetjenesten. I tillegg kan svartiden variere på ulike svarrapporter. Med en samlet, tilgjengelig oversikt vil vurderings- og behandlingsgrunnlaget for helsepersonell bli betydelig forbedret. Derfor imøtesees tjenesten som et viktig element for samhandling i sektoren og for å øke pasientsikkerheten, forutsatt at tjenesten tilpasses kommunenes behov.

Hensikten er å inkludere flere opplysninger i kjernejournal for å gjøre de tilgjengelig for helsepersonell og innbyggere – herunder forstås helsepersonell i alle helsetjenester på tvers av kommune- og spesialisthelsetjeneste. Kommunal helsesektor har blant sine helsepersonell, til forskjell fra spesialisthelsetjenesten, en variert profesjons- og fagutdannet personalsammensetning. Det er av vesentlig betydning at disse helsepersonellgruppene, ved tjenstlig behov, har mulighet for tilgang til prøvesvar når dette er nødvendig og at tjenesten og lovgrunnlag tilrettelegger for dette. Å utelukkende ha prøvesvar tilgjengelig i kjernejournal kan medføre en pasientrisiko når krav om blant annet HPR nummer kan være en forutsetning. Det er derfor vesentlig i forarbeidene å legge til rette for mulighet for utveksling av data som informasjonselementer slik at informasjonen kan gjøres direkte tilgjengelig i de arbeidsverktøy som brukes i tjenestene.

Kjernejournal er i dag tilgjengelig med hele innholdet for den som har tilgang ved tjenstlig behov og autentisering via lokal EPJ og samtykke fra innbygger jfr forskrift. Når kjernejournal utvides med flere informasjonselementer som har mer betydning for oppfølging og valg av behandling for innbyggere, og samtidig tar en stadig større og viktigere rolle nasjonalt som samhandlingstjeneste, bør prinsippet om at innholdet i kjernejournal er tilgjengelig som «alt eller ingenting» tas opp til vurdering. Med mer behandlingsrettet pasientinformasjon i kjernejournal øker risikoen for redusert pasientsikkerhet når tilgjengeligheten til informasjonen begrenses for enkelte helsepersonell, ut fra dagens praksis og arbeidsprosesser. Det er også i denne sammenheng viktig å påpeke at innbyggere selv kan reservere seg fra å ha kjernejournal. Viktigheten av at de har et informert beslutningsgrunnlag når de velger å gjøre dette, øker betraktelig når kjernejournal gis en mer og mer sentral plass i samhandling i sektoren. For arbeidet bør derfor også se på muligheten for tilgang til informasjonen og behovet for en felles tillitsmodell som også omfatter deling av helseinformasjon generelt og som inkluderer prøvesvar spesielt. Pasientens prøvesvar bør tilknyttes et nasjonalt tillitsanker, noe annet vil utsette helsetjenestene i kommunal sektor for en unødvendig risiko og redusere pasientsikkerheten. Det kan også være andre

grupper av personell som i sin rolle i en virksomhet har behov for tilgang til prøvesvar for oppfølging av behandling.

I høringsnotatet er det presentert en beskrivelse av den tekniske løsningen. Her er funksjonelle krav, beskrivelse av hva som er lagret hvor og hvor kopier skal lagres samt beskrivelse av alternative tekniske løsninger. Den tekniske løsningen bør ikke være del av dette. Det kan være hensiktsmessig å vurdere flere behov sammen og samtidig vurdere kompleksitet, omfang og kostnader for å vurdere valg av tekniske løsninger. Sett ut fra et langsiktig perspektiv bør lovgiver begrense reguleringen til å omfatte rammene – i form av hvilket informasjonsinnhold som kan gjøres tilgjengelig gjennom den nasjonale Kjernejournalen, slik at det legges til rette for at Pasientens prøvesvar og andre informasjonselementer kan deles på liknende vis med andre tekniske løsninger. Det er etter vårt syn god praksis å avstå fra å regulere arbeidsprosesser eller teknologiske løsninger, og vi vil i denne sammenhengen også vise til Veileder for digitaliseringsvennlig regelverk, Digitaliseringsdirektoratet.

Departementets rolle bør være å fastsette den juridiske rammen behandlingen kan/skal skje innenfor, ikke å legge føringer eller vurdere hvilke tekniske løsninger som skal benyttes for å oppnå formålet med reguleringen. Lovarbeid som tar utgangspunkt i eksisterende prosesser og i samtidens tekniske muligheter, står i fare for å ikke bli tilstrekkelig fleksible og robuste for fremtidige endringer, med den konsekvens at hensiktsmessige løsninger forhindres og at det skapes unødig behov for nye, tidkrevende lovendringsprosesser. Etter vårt syn bør lovgiver vise varsomhet med å gå inn i konkrete vurderinger av tekniske konsepter, da dette vil kunne legge uhensiktsmessige føringer på hvordan deling av informasjon skal tilrettelegges rent teknisk, og ikke hva – hvilken informasjon som skal være tilgjengelig for deling.

Vurdering av teksten i høringsutkastet om pasientens prøvesvar

Det skrives at «Nasjonal kjernejournal og reseptformidleren (e-resept) er behandlingsrettede helseregistre som inneholder helseopplysninger som er relevant for den enkeltes helsehjelp. Disse løsningene er imidlertid regulert i egne bestemmelser i pasientjournalloven og er ikke en del av pasientens ordinære journal.» Her kan det forstås som at pasienten har én journal og én ordinær pasientjournal, men hver pasient har en journal hos hver behandler/virksomhet, men informasjonsinnholdet bør være det skal informasjonen flyte effektivt

KS mener at helsesektoren må vektlegge pasientsikkerhet og tilgjengelighet på helseopplysninger høyere enn vi ser ut til å gjøre i dag, og i mindre grad problematisere at det foreligger kopier av data sentralt. Generelt sett mener KS at det ikke gir mening å snakke om “kopier” som overskuddsinformasjon, når man i realiteten snakker om behandling av personopplysninger som er nødvendig for å oppnå legitime og lovregulerte formål hos ulike selvstendige virksomheter, spesielt med hensyn til kravet til å yte forsvarlige tjenester i helsepersonelloven. Og for å kunne ivareta tilgjengelighetskriteriet i personvernet som kanskje er det aller viktigste for godt personvern i helsetjenesten. I denne sammenhengen er det viktig å ta innover seg at også tradisjonell meldingsutveksling skaper kopier, fordi innholdet i meldingen både er lagret hos avsender – og på nytt hos mottaker. Kopier er mao. ikke noe nytt fenomen.

Lovreguleringen bør reflektere behovet for at en felles, nasjonal aktør (slik som Norsk Helsenett) har tilstrekkelig hjemmel til å lagre, prosessere og sammenstille helseopplysninger som er særskilt viktige for å avgjøre oppfølging og behandling av innbyggere samt videre pasientforløp. Dette bør definitivt inkludere prøvesvar, men kan også komme til anvendelse for beslektede typer informasjon, for eksempel medikamentinformasjon eller målinger som pasienten selv utfører i hjemmet (gjør som del av digital hjemmeoppfølging) eller som del av konsultasjon / oppfølging hos fastlege eller poliklinikk. KS mener at forarbeidene til endring av Kjernejournalforskriften derfor bør tilstrebe samme tilnærming som for Helsenettet (Prop. 3 L (2021–2022)):

Helsenettet er ikke én løsning, men består av flere elementer som samlet muliggjør sikker utveksling av informasjon.

I likhet med Helsenettet, bør ikke Kjernejournal omtales som én løsning, men en sentral, nasjonal tjeneste bestående av flere elementer og potensielt informasjonskilder som samlet sett muliggjør sammenstilling og deling av nødvendige og relevante opplysninger for pasienten selv og dens behandlere.

KS har, som nevnt innledningsvis, registrert at det foreligger et prekært behov for økt tilgang til relevant informasjon knyttet til den praktiske utøvelsen av nødvendig helsehjelp, og stiller oss derfor bak departementets forslag til lovendring.

«Nasjonal kjernejournal skal ikke ha som formål å være hovedkilde til informasjon om pasienten, men fungere som en første kilde for søk etter ytterligere relevant informasjon.» Pasientens prøvesvar vil gi informasjon om prøvesvarene, men det er viktig å påpeke at de vil ikke ha informasjon om hva som er gjort videre og heller ikke om situasjonen er fulgt opp og om eventuell behandling har ført til resultater. Det vil dermed oppstå et behov for ytterligere informasjon som følge av at prøvesvar er tilgjengelig. For å yte forsvarlige helsetjenester må også denne informasjonen være tilgjengelig. Dette setter Pasientens prøvesvar som tjeneste inn i den nasjonale samhandlingen og viser behovet for at de nasjonale digitale løsningene i oppfølging og behandling av innbyggere har avhengighet til hverandre og må sees i en større sammenheng for at vi etter hvert kan ha en sammenhengende forsvarlig helsetjeneste. KS vil igjen presisere behovet for at dataene fra Kjernejournal må kunne gjøres direkte tilgjengelig i journalen gjennom API-oppslag slik at helsepersonell ikke må forlate den arbeidsflaten de arbeider i. Må man åpne kjernejournalen som eget vindu vil det erfaringsmessig både redusere bruk og nytte.

«Når taushetsbelagte opplysninger skal deles med andre, og især mellom virksomheter, blir et viktig spørsmål hvilken virksomhet som skal avgjøre hvorvidt vilkårene er oppfylt. I kjernejournalforskriften § 9 om tilgangsstyring er det blant annet bestemt at tilgang til den nasjonale kjernejournalen skal skje gjennom autorisasjons- og autentiseringsløsningen i egen virksomhet, jf. første ledd. Det følger videre at hver virksomhet skal etablere nødvendige organisatoriske og tekniske tiltak for tildeling, administrasjon og kontroll av autorisasjoner for tilgang til helseopplysninger i nasjonal kjernejournal. En autorisasjon skal knyttes til en entydig identifisert person i en bestemt rolle og være tidsbegrenset. Den dataansvarlige for den nasjonale kjernejournalen kan sette vilkår for tilgang, oppbevare oversikt over utstedte autorisasjoner og føre kontroll med at tilgang skjer i samsvar med reglene for tilgangsstyring, jf. tredje ledd.»

- Tilgang for helsepersonell med tjenstlig behov i kommunal sektor er også viktig å ivareta
- KS har erfaringer fra arbeidet med tillitsmodell for tilgang til dokumentdeling i kjernejournal og mener det er behov for en felles nasjonal tillitsmodell for deling av helseopplysninger.
- *«tilgang til den nasjonale kjernejournalen skal skje gjennom autorisasjons- og autentiseringsløsningen i egen virksomhet»* - erfaringen tilsier at dette i praksis blir problematisk å implementere – ref. behov for å gjennomføre en helsefaglig vurdering for tilgang til dokumentdeling. Forskriften bør dermed regulerer rammene, og ikke de tekniske løsningene.

Ref. 2.3 Personopplysningsloven og personvernforordningen

«Enhver behandling av person- og helseopplysninger i helse- og omsorgstjenesten krever en eller flere dataansvarlige. Dataansvaret for helse- og personopplysninger påhviler i utgangspunktet den virksomheten «som alene eller sammen med andre bestemmer formålet med behandlingen av personopplysninger og hvilke midler som skal benyttes».

- I praksis er pasienten ofte til behandling hos flere virksomheter og disse virksomhetene må samhandle for yte forsvarlige helsetjenester til pasienten. Dataansvaret *«påhviler i*

utgangspunktet den virksomheten». Det vil ofte være flere virksomheter som sammen bestemmer formålet med behandlingen. Hvordan blir da dataansvaret i utgangspunktet?

Ref 3.1.1 Formålet med forslaget

«Hensikten med forslaget er å gjøre prøvesvar og svarrapporter fra laboratorie-, radiologiske og nukleærmedisinske undersøkelser tilgjengelig i nasjonal kjernejournal, og dermed lettere tilgjengelig for både helsepersonell og innbyggere.»

- Hensikten er å inkludere flere opplysninger i kjernejournal for å gjøre de tilgjengelig for helsepersonell og innbyggere – herunder forstås helsepersonell i alle helsetjenester på tvers av kommune- og spesialisthelsetjeneste. Det er viktig å presisere dette og sikre at det ivaretas i tillitsmodeller for tjenesten.

«Tilgang til en samlet oversikt av laboratorie- og radiologisvar vil også kunne bidra til å redusere risiko for manglende oppfølging av alvorlige funn, som følge av at pasienten overføres fra en virksomhet til en annen i helse- og omsorgstjenesten.»

- Redusere risiko for pasientsikkerheten ved overføring mellom virksomheter. Det er mange overføringer av pasienter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten som skal ivaretas for å yte helhetlige helsetjenester og unngå manglende oppfølging.

«Med løsningen skal helsepersonell kunne gjøre søk og få en samlet og komplett oversikt over pasientens laboratorie- og radiologiopplysninger fra alle landets virksomheter. Helsepersonell kan da, når det ved ytelse av helsehjelp er behov, sammenstille og sammenligne prøvesvar i «dashboard» og i grafer med tilsvarende undersøkelser av pasienten utført i andre deler av helsetjenesten, se punkt 3.1.3. Prøvesvar kan på denne måten sammenlignes med tilsvarende undersøkelser utført tidligere i andre deler av helsetjenesten, noe som kan gi raskere avklaring av mistenkelige funn eller bidra til at trender i prøvesvarene som tyder på sykdom oppdages.»

- Det er viktig at det forskriften ivaretar bredden av de kommunal helse- og omsorgstjenesten og at helsepersonell som utfører denne type oppgaver også har tilgang til prøvesvarene.

Ref. 3.1.2 Det rettslige grunnlaget – ny modul i nasjonal kjernejournal

«Utviklingen av pasientjournalssystemene, de tekniske løsningene, medisinskfaglig spesialiseringen og det økende behovet for å se de ulike laboratorie- og radiologisvarene i sammenheng, har medført behov for enkelte justeringer i måten viktig informasjon om pasienten gjøres tilgjengelig i nasjonal kjernejournal. Dette omfatter laboratorie- og radiologisvar. Departementet ser at det også kan være nødvendig å utvide inkludering av vaksinestatus i nasjonal kjernejournal. Vaksiner er legemidler og hjemlet i kjernejournalforskriften § 4 første ledd nr. 4. Covid-19-pandemien har synliggjort viktigheten av at vaksinestatus er lett tilgjengelig.»

- Her er det også viktig at helsepersonell med tjenstlig behov får tilgang. Det kan også være behov for at samarbeidende personell har tilgang til denne type informasjon.

«Nasjonal kjernejournal skal ikke ha som formål å være hovedkilde til informasjon om pasienten, men fungere som en første kilde for søk etter ytterligere relevant informasjon.»

- Pasientens prøvesvar vil gi informasjon om prøvesvarene, men vil ikke ha informasjon om hva som er gjort videre og verken om situasjonen er fulgt opp og om eventuell behandling har ført til resultater.
- Det vil dermed oppstå et behov for ytterligere informasjon som følge av at prøvesvar er tilgjengelig. For å yte forsvarlige helsetjenester må også denne informasjonen være tilgjengelig.

«Forslaget forutsetter en teknisk løsning der kopi av prøvesvar og svarrapporter fra ulike laboratorie- og radiologisystemer sendes automatisk til nasjonal kjernejournal. Norsk helsenett SF er

dataansvarlig og drifter kjernejournalen. Det tekniske konseptforslaget innebærer at journalløsningene skal kunne settes opp med automatisk oversendelse av alle prøvesvar, for å sikre kompletteten.»

- Den tekniske løsningen bør ikke være del av forskriften. Det kan være hensiktsmessig å vurdere flere behov sammen og samtidig vurdere kompleksitet, omfang og kostnader for å vurdere valg av tekniske løsninger

«Departementet har vurdert alternative tekniske løsninger for å gjøre laboratorie- og radiologisvar tilgjengelig for helsepersonell og innbygger, henholdsvis dokumentdeling via kjernejournal og distribuert søk i laboratorie- og radiologiløsninger.»

- Ref. punktet over. Er det hensiktsmessig at departementet vurderer alternative tekniske løsninger for prøvesvar? Det kan være andre tekniske løsninger som er hensiktsmessig av andre årsaker, det kan for eksempel ligge føringer i felles journalløft i kommunal sektor som tilsier at prøvesvarene skal håndteres med andre tekniske løsninger.

«På lengre sikt vil departementet vurdere en løsning med bruk av distribuert søk i virksomhetenes egne pasientjournaler via standardiserte grensesnitt (API) for deling av data og dokumenter.»

- Departementet bør tilrettelegge lovverk og retningslinjer slik at det er mulig å utvikle gode tekniske løsninger for samhandling i sektoren – og ikke hindre hensiktsmessige løsninger for deling av data. Det er mange hensyn som skal taes ved valg av teknisk løsning – viktighet, innføringstid og responstid er viktig, men det er også kostnader knytte til å valg av tekniske løsninger som det er viktig å hensynta. Det kan også være mulig at ulike tekniske løsninger velges for samhandling på ulike områder og mellom ulike aktører – som en konsekvens av avveiningen mellom ulike faktorer.

Ref. 3.1.5 Personvern, informasjonssikkerhet og standardisering

«Departementets forslag vil legge til rette for at helsepersonell har enkel og sikker tilgang til relevante og nødvendige journalopplysninger når det er nødvendig for å gi pasienten helsehjelp.»

- Det forutsetter en felles nasjonal tillitsmodell som ivaretar behovene i kommune- og spesialisthelsetjeneste og i bredden av helse- og omsorgstjenester som ytes til brukere og innbyggere. .

«Departementet foreslår ingen endringer i reglene knyttet til hvem journalopplysninger kan bli gjort tilgjengelige for eller i hvilke situasjoner journalopplysninger kan gjøres tilgjengelig (formålsbegrensning). Dette følger av helsepersonelloven, pasientjournalloven § 13 og kjernejournalforskriften.»

- Hvem journalopplysninger er tilgjengelig for er det ikke eksplisitte regler for. Helsepersonell med tjenstlig behov skal ha tilgang, men tjenstlig behov krever en vurdering. Dette er også årsaken til at det er igangsatt en aktivitet i PDS som gjennomføres av Direktoratet for e-helse for dokumentdeling i kjernejournal. Dette er en helsefaglig vurdering for å kunne avgjøre hvilke helsepersonell som skal ha automatisk digital tilgang til helseinformasjon.

Ref. 3.1.6 Noen særlige utfordringer ved lagring av laboratorie- og radiologisvar i nasjonal kjernejournal

«Det er den enkelte virksomhet som har ansvaret for å yte helse- og omsorgstjenester, og som må ivareta kravene til bl.a. journalføringsplikt, forsvarlighet, taushetsplikt og dataansvar.»

- Det er oftest ikke en enkelt virksomhet som har ansvar for å yte helsehjelp til brukere/pasienter. Virksomhetene har også et ansvar for å dele helseinformasjonen med

andre behandlere og tjenesteytere som yter helse- og omsorgstjenester, og at helsearbeidere har tilgang til den informasjonen de trenger for å gi gode og sikre tjenester, også når denne kommer fra andre virksomheter.

«En teknisk løsning med nasjonal lagring av «kopisett», er nødvendig når tilgjengeliggjøring av data fra den dataansvarlige er vanskelig å få til eller det er behov for avanserte søke- og analysemuligheter, der det er et stort delingsbehov, der det er mange forskjellige aktører som innehar informasjon og det er viktig å kunne søke, visualisere og analysere på tvers av virksomhetene.»

- Ref. prosessen som ble gjennomført i forhold til «Prinsipper for sentral og lokal lagring». Det er et stort behov for prøvesvar for mange aktører, men når helsepersonell har fått tilgang til prøvesvarene så er det i neste omgang like stort behov for å få mer opplysninger om hva som er gjort med de ulike prøvesvarene. Mange aktører har et stort behov for journaldokumenter fra flere andre aktører for å skaffe oversikt over situasjonen og beslutte videre behandling.

2. Vurdering av forslag til regulering av velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)

Oppsummert:

- VKP må være en nasjonal komponent for både kommune- og spesialisthelsetjenesten
- VKP må støtte samhandling for oppfølging og behandling av pasienter og denne samhandlingen blir like viktig på tvers av kommuner og sykehus
- Det er viktig at VKP støtter standardisering av tjenester og datautveksling på tvers av helsesektoren
- Det er gevinster for VKP som vil bli adskillig større hvis spesialisthelsetjenesten bruker VKP, både administrative og økonomiske gevinster for virksomhetene knyttet til tjenesteutvikling, tjenesteforvaltning, format for datautveksling, anskaffelse, implementering, integrasjoner og innføring – og også for bruk, pasientforløp og arbeidsprosesser
- Det er viktig å legge til rette for felles APIer for virksomheter og leverandørene i kommune- og spesialisthelsetjeneste

Innspill til høringsnotatet:

«Velferdsteknologisk knutepunkt er en felleskomponent som benyttes for enkel utveksling av helseopplysninger mellom velferdsteknologiske løsninger og virksomhetens journalsystem.»

- Det er her avgrenset til utveksling «mellom velferdsteknologiske løsninger og virksomhetens journalsystem», men VKP kan også gi samhandling mellom ulike virksomheter både i kommunal sektor, men også mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.
- VKP kan gi bedre samhandling innenfor virksomheten, men kan også gi bedre samhandling på tvers dersom VKP brukes av HFeNe.

«Formålet med knutepunktet er å forenkle helsepersonells arbeidssituasjon ved hjelp av automatisk journalføring.»

- Automatisk journalføring reduserer dobbeltarbeid, men vel så viktig er formålet om at oppdatert og riktig informasjon om bruker/pasient finnes ett sted.
- Oppdatert og riktig informasjon i EPJ er viktig både for helsepersonell i kommunen og i spesialisthelsetjenesten og VKP kan ha en funksjon begge steder.
- Det bør være en målsetning at alle virksomheter i helsesektoren (kommuner og sykehus) bruker samme nasjonale løsning for å utveksle data. Hva er anbefalingene fra HOD, Hdir og Dir e-helse knyttet til digital hjemmeoppfølging (DHO) for kommuner og sykehus?

«Etter departementets vurdering bør velferdsteknologisk knutepunkt inngå som en felleskomponent i helsenettet. Departementet arbeider med sikte på at velferdsteknologisk knutepunkt innlemmes i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger med regulering av plikt til betaling og bruk av knutepunktet fra 2024.»

- VKP som nasjonal e-helseløsning bør brukes for DHO av alle involverte virksomheter på tvers av kommune- og spesialisthelsetjeneste

Ref. 3.2 Velferdsteknologisk knutepunkt

«Velferdsteknologisk knutepunkt er en felleskomponent som benyttes for enkel utveksling av journalføringspliktige helseopplysninger mellom kommunens velferdsteknologiske løsninger og virksomhetens journalsystem.»

- Her avgrenses det til kommunene og til utveksling innenfor en og samme virksomhet. VKP kan brukes for å utveksle informasjon mellom velferdsteknologiske løsninger og journalsystem også i spesialisthelsetjenesten, og som evt. fellestjeneste ifm. digital hjemmeoppfølging.

«Formålet med knutepunktet er å forenkle helsepersonells journalføringsplikt. Knutepunktet støtter automatisk journalføring ved bruk av ulike typer velferdsteknologi.»

- Dette bør også være gyldig for spesialisthelsetjenesten og for samhandling på tvers i helsesektoren.
- **Videre er det et formål:**
 1. å forbedre samhandling mellom helsepersonell i egen virksomhet og med andre virksomheter,
 2. å bidra til bedre og mer standardisert dokumentasjon
 3. forbedre datakvalitet => og forbedre helsetjenestene til brukere/pasienter

«Alternativene er fremlagt for KS som mener at statlig regi er det mest hensiktsmessige, med vekt på at velferdsteknologisk knutepunkt blir en nasjonal samhandlingskomponent som er tilgjengelig for både kommunal sektor og spesialisthelsetjenesten.»

- Hensikten med en nasjonal samhandlingskomponent er at den brukes nasjonalt og bidrar til felles/standardisert utveksling av informasjon for velferdsteknologisk utstyr på tvers av kommunal sektor og spesialisthelsetjeneste.

«Velferdsteknologisk knutepunkt overfører opplysninger fra den velferdsteknologiske løsningen internt i kommunen eller mellom journalsystemer i forskjellige kommuner som har inngått avtale om dette, jf. pasientjournalloven § 9.»

- internt i virksomheter eller mellom journalsystemer i forskjellige virksomheter som har inngått avtale om dette i kommune- og spesialisthelsetjenesten

«Velferdsteknologisk knutepunkt tilbyr standardiserte grensesnitt til de velferdsteknologiske løsningene. Grensesnittene mot de ulike journalsystemene utvikles kun én gang i velferdsteknologisk knutepunkt. Dette bidrar til at velferdsteknologileverandørene samles om standarder for digital samhandling.»

- Her bør sykehus også inkluderes dersom det skal etablere standarder for velferdsteknologisk utstyr inkludert Digital hjemmeoppfølging (DHO). Kommuner og sykehus vil anskaffe tilsvarende løsninger og det er ikke hensiktsmessig at det skal være andre format og standarder for datautveksling spesielt ikke med tanke på at kommuner og sykehus også er ment å samhandle om brukere/pasienter som følges opp hjemmefra.
- Utvikling av standarder på tvers av kommuner og sykehus vil gi større gevinster både i teknisk utvikling og tilrettelegging. Det vil også være en fordel for leverandørene at kravene er de samme – i neste omgang vil det kunne bety reduserte priser for løsningene.

«Siden velferdsteknologisk knutepunkt kan anses som en del av helsenettet etter § 8, vil det kunne gis bestemmelser i forskrift om plikt til å ta tjenesten i bruk og betaling for forvaltning og drift. Det kan for velferdsteknologisk knutepunkt ved behov gjøres unntak fra enkelte forskriftsbestemmelser som gjelder helsenettet for øvrig. Det er for eksempel ikke gitt pålegg om bruk av helseID, selv om det er knyttet til helsenettet. Det er videre mulig å rette plikt til bruk kun mot enkelte aktører. Tidspunktet for når pliktene inntreffer kan også gjøres avhengig av at løsningen har fått en utbredelse i en tilstrekkelig andel av landet.»

- Hva er grunnen til at det er pliktig for kommunene å ta det i bruk, men ikke pliktig for helseforetakene ved innføring av de samme velferdsteknologiske løsningene?

«Når velferdsteknologisk knutepunkt anses som en del av helsenettet og tjenestens plikt til betaling og bruk forskriftsfestes, vil kommunene som benytter velferdsteknologisk knutepunkt ha anskaffelsesrettslig grunnlag for å betale for knutepunktet uten å konkurranseutsette tjenesten.»

- Det vil også gjelde for sykehusene: Når velferdsteknologisk knutepunkt anses som en del av helsenettet og tjenestens plikt til betaling og bruk forskriftsfestes, vil **sykehusene** som benytter velferdsteknologisk knutepunkt ha anskaffelsesrettslig grunnlag for å betale for knutepunktet uten å konkurranseutsette tjenesten.»

Ref. 4 Administrative og økonomiske konsekvenser

«Endringer i kostnader til forvaltning og drift skal også drøftes i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS.»

«Norsk helsenett har anslått at kostnader til forvaltning og drift er i størrelsesorden 10-24 mill. kroner årlig avhengig av ambisjonsnivå. I 2023 settes ambisjonsnivået av Norsk helsenett SF etter dialog med KS/kommunesektoren og ut fra en samlet vurdering.»

- VKP bør også spesialisthelsetjenesten oppfordres til å bruke for økt standardisering og bedre samhandling om pasientene. Spesialisthelsetjenesten bør også involveres i dette arbeidet.

«Velferdsteknologisk knutepunkt vil kunne spare helsepersonell for tid på journalføring (dobbeltføring), færre utrykninger, bedre datakvalitet, tilgang på informasjon og tilpassede tjenester.»

- Erstatte «helsepersonell» med «helsepersonell i virksomheter i kommunal sektor og i spesialisthelsetjenesten».
- Det vil være administrative og økonomiske gevinster for virksomhetene knyttet til tjenesteutvikling, tjenesteforvaltning, anskaffelse, implementering, integrasjoner og innføring – og deretter i bruk
- Det vil være gevinster for leverandører av velferdsteknologiske løsninger og Digital hjemmeoppfølging (DHO) - og dermed også for helsesektoren.
- Standardisering og fellesløsninger vil gi raskere innføring og bruk av samme nasjonale felleskomponenter og standarder vil gi enklere og bedre samhandling mellom virksomheter som er involvert i DHO – og det vil typisk være virksomheter både fra kommunal sektor og fra spesialisthelsetjenesten

Med vennlig hilsen

Kristin Weidemann Wieland
Områdedirektør

Terje Wistner
Avdelingsdirektør eHelse

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur