

JØRUND HASSEL

Gudbrandsdalsveien 227B,
2619 Lillehammer
Tlf. 977 37140

Lillehammer, den 11.07.2021

Til

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep,
0030 Oslo
Epost: postmottak@hod.dep.no

Høring:

Høringsdokument: «Endringer i pasientjournalloven og forskrift om IKT - standarder i helse og omsorgstjenesten (tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger mv.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/ny-sidehoring-forslag-til-endringer-i-pasientjournalloven-og-ikt-standardforskriften-tilgjengeliggjoring-av-og-betaling-for-nasjonale-e-helselosninger/id2861127/>

Høringsfrist: 18. august 2021

Innledning

Alt henger sammen med alt heter et ordtak.

Dette høringssvaret vil i all hovedsak sette fokus på generelle forhold som i liten eller ingen grad tas opp i høringsdokumentet. Når man avgir svar på en enkeltstående sak, er det lett å miste fokuset på helheten. I fremtidige høringer må det hensyntas at ikke alle er digitale, eller ønsker å bruke digitale løsninger i helse- trygde- og bankspørsmål.

På den ene siden bemerkes at Erna Solberg-regjeringen (Høyre, Venstre, Kristelig Folkeparti, med støtte fra Fremskrittspartiet) har høy produksjon av lovendringsforslag, økt krav til digitalisering, og generell fremleggelse av kostnadsdrivende tiltak. Eksempler på det er etablering av helsefelleskap, i denne høringen - å finne en finansieringsmodell for helsenett, og eksempelvis som i Innlandet fylke hvor det er etablert et halvoffentlige selskap som HelseINN mv. En gjennomgående utfordring er at det som regel ikke fører penger med fra staten til å realisere oppsatte politiske mål.

I tillegg kommer EØS-lovens krav om at det skal legges til rette for at private og offentlige skal konkurrere om pasienter i et helsemarked, siden helsetjenester berøres av en av EUs fire friheter (tjenester»), jf EØS-avtalens art 1, nr. 1 og nr. 2. EØS-avtalens betydning i endringsforslagene underkommuniseres.

EØS-avtalens strenge krav til lojalitetsplikt (med sanksjonsmuligheter), og krav til forvirkninger når lover utformes/ endres - gir Norge lite handlingsrom. Forvirkninger innebærer at Norge ikke kan lage lover som er i strid med EU-retten.

På den andre siden ser vi at fastlegeordningen er i ferd med å havarere landet rundt (fastlegene slutter som følge for høy belastning, og de 2000 nye fastlegene som ble lovet med samhandlingsreformen er ikke kommet på plass). Flere av fastlegene som slutter begrunner sitt fratreden med at arbeidsbelastningene er blitt for store.

Regjeringen utviser svært liten handlekraft når det kommer til å få fastlegeordningen på skinner i tråd med oppsatte mål.

Samhandlingsreformen fungerer meget dårlig mange steder, hvor det skyldes på manglende økonomiske og menneskelige ressurser. En av utfordringene er mangel på sengeplasser i kommunene til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehusene, ved siden av problemer med tilgang på kvalifisert helsepersonell (mye bruk av innleie fra utlandet benyttes).

Flere av enhetene innenfor helseforetakene sliter med store underskudd («butikkmodellen» med pasienter viser seg å være lite hensiktsmessig), og kutter i antall sengeplasser, bemanning og utstyr, ved siden av sentralisering av ulike behandlingstilbud.

I flere kommuner foregår det en rasjonering på sykehjemsplasser, dels forsterket av betalingsplikten ved å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehusene. Kostnadsspørsmål som går utover kommunenes eldre og uføre som venter på omsorgsplass. Derfor legges det opp til at eldre skal bli boende lenger hjemme. Det øker presset på hjemmehjelpsordninger, hjemmesykepleien mv og hva de evner å levere av tjenester. Manglende kommuneøkonomi medfører dessuten økt bruk av ambulerende tilbud, og hvor kommunene mer eller mindre tvinges til å prioritere bruk av akutt plasser fremfor langtids plasser.

Når alt henger sammen alt ser vi at:

a)

Stykkprisfinansieringen av pasienter slår veldig uheldig ut for eldre. Eldre er ikke lønnsomme nok. Bladet Sykepleien skrev sommeren 2020 dette slik:

«Vi ser konturene av at ledelsen i Helseforetakene innlandet og Helse Sør-Øst ønsker å fjerne eldre sykehuspasienter fra sykehus».

I ettertid hører vi stadig oftere ordene at «eldre er ikke tjent med innleggelse på sykehus», og dermed er terskelen for å bli innlagt for denne befolkningsgruppen blitt stadig høyere. Dette er forhold som handler om menneskeverdet, og hvordan det politisk prioriteres.

I forbindelse med covid-19-pandemien så vi at flere kommuner bestemte at smittede eldre ikke skulle sendes til sykehus - men i stedet behandles på sykehjem.

b)

Stykkprisfinansieringen og dermed kampen om de lønnsomme pasientene vinner frem. I følge Finansavisen, har 1 164 000 personer i Norge private helseforsikringer enten mot kritisk sykdom, eller for rask behandling (2020).

I følge Vertikal helse (annonse 2021) er ventetiden i snitt – med forsikring – 5,3 dager for å bli vurdert av legespesialist, og 7,8 dager til behandling/operasjon. Hos det offentlige er ventetiden for time hos legespesialist i snitt 54 dager, og ytterligere 56 dager før videre behandling. Det oppleves som en økonomisk styrt diskriminering i befolkningen, og som utfordrer menneskeverdet i menneskerettighetskonvensjonene.

Konklusjon:

Politisk må lovpålagte oppgaver prioriteres gjennomført!

Ovennevnte beskrevne krever en mer kritisk bruk av helsekronene i fremtiden. Konkret betyr det at lovpålagte tjenester og oppgaver knyttet til pasientrettigheter, helsepersonellovgivningen mv må gis prioritet i fremtiden. Manglene og utfordringene innenfor spesialisthelsetjenestene, samt helse- og omsorgstjenestene begynner å bli alarmerende store, spesielt innenfor fastlegeordningene.

Nærmere om datasikkerhet, eldre og bruk av digitale løsninger

Datasikkerhet tilligger det Datatilsynet å ha sterke meninger om. Likevel er det med stor undring at dette med datasikkerhet ikke er viet større oppmerksomhet i høringsdokumentet og i flere andre dokumenter knyttet til eldre og helse.

Hacking og cyberangrep er i dag et generelt internasjonalt problem. Hacking/ tapping av kontoer og informasjon er i seg selv en barriere for mange til aktivt å lære seg/ bruke data. Det vil si at følelse av utrygghet, og dermed fravær av mestringsfølelse, kan virke inn på motivasjonen til å benytte digitale verktøy i deler av befolkningen.

Våren 2017 kom en avsløring om at pasientdata til 2,8 millioner nordmenn ble gjort tilgjengelig for IT-arbeidere i Asia og Øst-Europa fra Helse Sør-Øst. Viktig informasjon er i slike situasjoner i stor risiko for å komme på avveie og/ eller omsettes i et marked, og at slike opplysninger misbrukes i ettertid. Det vises til føringene i FNs menneskerettighetserklæring, artikkel 12, sitat (min understrekning):

«Ingen må utsettes for vilkårlig innblanding i privatliv, familie, hjem og korrespondanse, eller for angrep på ære og anseelse. Enhver har rett til lovens beskyttelse mot slik innblanding eller slike angrep».

Et annet moment er eldre og deres forutsetninger for å benytte digitale løsninger - som i mange høringsdokumenter blir lite omtalt - og dermed uteblir tilrettelegging av alternative løsninger.

Personvern, pasientdata og krav til statlig sikkerhet

Norsk helsenett - NHN er et foretak etablert under Helse- og omsorgsdepartementet, og styres da etter prinsippene i Lov om statsforetak.

Selv om EUs Lisboa-traktat slår fast at helsepolitikken er et nasjonalt ansvar, har Norge sluttet seg til EUs pasientrettighetsdirektiv, et samarbeid om e-helse (eHealth Network), EØS-programmene om folkehelse mv. Etableringen av foretaksmodellen (sykehus, Helsenett), er dermed å anse som en tilpasning til EØS-avtalen og EUs helsemarked (forvirkningsprinsippet) – ut fra at EUs langsiktige mål trolig innebærer et felles europeisk marked for helsetjenester. Systemet innebærer at pasienter er blitt «butikk og en vare» det er mulig å tjene penger på.

EU-direktivet om pasientrettigheter for grensekryssende helsetjenester er eksemplet som viser at direktivet angår Norge gjennom EØS-avalen, og legger sterke føringer for den norske helsetjenesten.

Helsetjenester er med det generelt blitt en del av det EUs indre marked, hvor private tilbydere står i kø, underlagt EUs fire friheter (fri flyt av varer, «tjenester», kapital og arbeidskraft).

Forvirkningsprinsippet, og lojalitetsplikten som Norge har ovenfor EU, medfører at Norge ikke kan lage lover som er i strid med EUs lover og regelverk – derav kom trolig foretaksmodellen med tilhørende markedstilpasning. Det vil si en langsiktig tilpasning til EUs helsemarked, og et klassesdelt helsesystem (et system de med helseforsikring, og et system for de som ikke har helseforsikringer).

Datasikkerhet

Det er i dag åpnet for at norske innbyggere kan benytte private digitale løsninger i kommunikasjon med helsetjenester – blant annet «videokonsultasjoner» mellom lege og pasient.

I 2011 ble EUs datalagringsdirektiv vedtatt innført i EØS-avtalen. Direktivet medfører at alle tilbydere av telefoni og internett, er blitt pålagt å registrere hvem kundene har kontakt med. Det innebærer at det meste man foretar seg via elektroniske kommunikasjonsformer – enten i form av e-post eller fast-, mobil- eller internettelefon, skal registreres, og er tilgjengelig for overvåking. Det er ikke uproblematisk, i og med at slike pasientdata/ informasjonen går via private selskaper som operer utenfor demokratisk styring og kontroll.

Et prinsipielt og viktig spørsmål - ved bruk av digitale løsninger er:

- Hvem har ansvaret, og hvem kan stilles til ansvar, dersom pasientdata/ persondata i strid med personvernet kommer på avveie?
- Hvem skal ha tilgang på informasjonen?
 - Er det forsvarlig at pasientdata (sensitiv informasjon) overlates til private å administrere (overlates til et marked)?
 - Kan det offentlige tillate at pasientdata havner utenfor demokratisk styring, kontroll og revisjon?

Etter hvert som bruk av digitale løsninger i samfunnet øker i omfang, også i de tilfeller hvor det skjer deling av informasjon vedr person- og pasientdata, hvor det er strenge krav til personvern - virker risikoen med informasjon kan komme på avveie generelt til å være lite fundert. En side er når det offentlige sender informasjon ut, en annen er når enkeltpersoner sender informasjon til det offentlige og andre. Hvor bevisste er den enkelte på hva, og på hvilken måte, man sender ut personlige informasjon ut fra egen PC, nettbrett eller mobil?

Det reiser spørsmålet hvorfor er det ikke opprettet en statlig løsning med statssky for lagring/ bruk av offentlige data - med høy grad av datasikkerhet - vurdert som et alterantivt til «markedsstyrte skyer»?

Konklusjon/ krav:

Et grunnleggende og viktig krav er at helse-, person-, systemdata, og nasjonale sikkerdata (beredskap, sikkerhet og forsvaret) må forvaltes av staten, underlagt demokratisk styring, kontroll og revisjon. Det vil si at en statlig løsning for offentlige data må komme gjennom en egen statssky.

Med de etter hvert mange avsløringene om hacking, usikret informasjon, bør det overveies å innføre et pålegg med en «advarsel» på offentlige dokumenter om hva man kan/ ikke bør sende av personlig informasjon digitalt. Det samme forholdet gjelder privat - og hvilket ansvar det

påligger den enkelte å lagre personlige opplysninger på ofte brukte netthandelssteder osv.

Ad offentlig «tvang» til bruk av digitale løsninger i et privat marked

Menneskerettighetsbestemmelsene legger føringer for hvordan myndighetene skal tilrettelegge for informasjons-, kommunikasjons- og tjenestetilgang «til alle». Har markedstenkingen medført at politikere generelt har glemt sitt ansvar og betydning av slik tilrettelegging?

Tidligere var dette med offentlig informasjon et statlig ansvar gjennom NRK, Posten, NSB, Televerket, ved siden av offentlige kontorer i nærmiljøet hvor man kunne få tilgjengelig informasjon. Etter innføring av markedsliberalismen – etter modell fra tidligere statsminister Margareth Thatcher (Storbritannia) -ble disse monopolene gradvis oppløst, en utvikling som eskalerte etter innføringen av EØS-avtalen (1994).

I dag opplever vi at offentlig myndigheter, men også private, stadig oftere benytter digitale løsninger for å kommunisere med innbyggerne. Nettportalen Altinn, NAV, Digipost, kommunikasjon med helsevesenet, borgerne, nettbank, betalingsterminaler, minibanker (som absolutt bør bli et offentlig ansvar å opprettholde), netthandel, nettaviser, billettsystemer, strøm, radio-/ TV-kanaler - er noen av slike tjenester som brukere må forholde seg til digitale løsninger.

Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) har tatt opp i seg spørsmålet om hvordan myndighetene kommuniserer med befolkningen. Spørsmålet blir dermed: Kan den kommunikasjonsmodellen norske politikere/ myndigheter har innført ovenfor befolkningen være i strid med EMK?

Politikere/ myndighetene, i samarbeid med private, har de senere årene satt innbyggerne i en form for «tvang» for å kunne for tilgang på offentlig og personlig informasjon gjennom digitale løsninger.

Det skjer ved at landets borgere er mer eller mindre blitt tvunget inn i et økonomisk avhengighetsforhold til «private virksomheter» («økonomisk slaveri») – hvor man må betale private for kjøp av utstyr og nettabonnement for å få tilgang på offentlig informasjon. Informasjon som åpenbart er et offentlig ansvar å formidle til befolkningen.

Det vil si «markedsbaserte» løsninger - i form av å måtte kjøpe smarttelefoner, nettbrett, datamaskiner, med tilhørende internettforbindelser, abonnement, skriver og annet utstyr – for å få tilgang på for offentlig tjenester (som kan være livsviktige), ved siden av banktjenester (det vil si muligheter for å få tilgang til egne penger). Tilsvarende kjer når det offentlige vil kommunisere med egen befolkning –

man blir mer eller mindre indirekte «pålagt» å kjøpe/ skaffe nødvendig digitalt utstyr/ abonnement i et privat marked.

Ovennevnte kan - om man trekker paralleller til FNs menneskerettighetskonvensjons art 4 (om slaveri), art 6 (om retten til å være eget rettssubjekt) og art 7 (diskriminering), og tilsvarende i EMK art 4 (slaveri) og art 14 (om diskriminering) – være en form for «økonomisk slaveri og et avhengighetsforhold» til private som er i strid med menneskerettighetene? Og for å kunne fungere rimelig greit i samfunnet.

Denne overføringen fra offentlig til private aktører, er innført på det man kan kalle en udemokratisk måte. Det må anses som svært uheldig sett ut fra sikkerhets- forsvars- og beredskapshensyn.

Med slike systemer er risikoen stor for vennskapskorupsjon og kameraderi når kontrakter tildeles. I tillegg til at enkelte private kommer i en posisjon hvor det kan utøves sterk påvirkning på politiske miljøer i forhold til profitt, ansettelses- og personalpolitikk mv, og det av aktører som mer eller mindre har fått et slags monopol på styringen av informasjonstjenester.

Det at så mye samfunnsmyndighet ligger på private hender – og utenfor demokratisk styring og kontroll er meget betenkelig. I en gitt situasjon kan jo eierne av kommunikasjonstjenestene, og banktjenestene (noen av dem utenlandske) «skrue av bryteren». Hva gjør det offentlige da i forhold til befolkningen?

Konklusjon:

Det offentlige må sikres et informasjonssystem, under demokratisk styring og kontroll, i sin utøvelse av kommunikasjon med sine innbyggere. Det er uakseptabelt at private skal få sitte og profitere grovt på formidling av offentlig informasjon og helseinformasjon.

Det må avklares hvorvidt det kan være i strid med menneskerettighetslovene - at borgerne er bundet til en form for økonomisk binding i et privat marked - for å få tilgang på offentlig informasjon og helsetjenester?

De eldre og digitale løsninger

Det oppleves som om det generelt foregår en mer eller mindre bevisst usynliggjøring av eldre og andre utsatte grupper. Det skapes med det et slags utenforskap.

Det generelle bildet i dag er at samfunnet styres med en overrepresentasjon av politikere – litt for mange fra «politikerkolene» - som i liten eller ingen grad tar innover seg at ikke alle i samfunnet er «digitale», og/ eller ikke respekterer de ikke digitale og deres behov for å

fungere i samfunnet. De må åpenbart leve i en tro om at de selv aldri blir gamle, aldri kommer til å glemme passord og koder, og at deres kognitive evner aldri svekkes – ei heller at de ikke får vegring for lære nye ting/ når hukommelse til at ny lærdom svikter?

En undersøkelse fra Kompetanse Norge, omtalt i NRK den 14.12.2020, konkluderer med at rundt 600.000 nordmenn bruker ikke internett, smarttelefon, datamaskin eller nettbrett, og at det er spesielt eldre og folk med lav utdanning som er høyt representert blant de ikke-digitale. Flere av disse har ikke tilgang på internett i mangel av bredbåndutbygging.

I tillegg til de 600 000 registrerte ikke-digitale - kommer alle de som ut fra funksjonsevner, kognitive evner osv - er avhengig av pårørende eller andre for å betjene digitale verktøy (nettbank, NAV, Altinn osv). Det tallet er det ikke frigitt noen statistikk på, men det antas å omfatte svært mange.

Enkelte av de som er ikke-digitale - kan riktignok gjennom fullmakter få løst sine utfordringer gjennom å gi fullmakter til ansatte, verger, pårørende.

Det som er viktig – er at brukerne/ pasientene, også de med kognitiv svikt (demens) – sikres et system som hindrer spredning av pasient- og personopplysninger.

I dag opplever vi likevel at eldre umyndiggjøres og usynliggjøres i stor grad i tilknytning til innføring av digitale løsninger. I hvert fall blir ikke disse forholdene i nevneverdig grad tatt opp i de ulike høringene.

Tidligere sosialminister Wenche Frogn Sellæg (Høyre) sa det klokkelig, sitat:

«Det er når de eldre usynliggjøres i et samfunn at de største krenkelser av menneskeverd og rettssikkerhet skjer. Den som ikke blir sett som et individ, faller ut av fellesskapet. Vår behandling av og tenkning om de eldre, deres behov og rettigheter, gis bare mening når vi ser hver enkelt som en del av vår felles virkelighet.»

Grunnlaget fremgår i eldres menneskerettigheter, og er beskrevet slik som grunnregel, sitat:

«Eldre har, på lik linje med alle andre, rett til nødvendige, forsvarlige og verdige helse- og omsorgstjenester. Tjenester skal tildeles ut fra den enkeltes behov og funksjonsnivå, ikke ut fra kommunens eller helseforetakets økonomi. Tjenestene skal i størst mulig grad utformes i samarbeid med den som skal motta dem, og ytes med respekt for pasient/bruker og dennes pårørende.»

Som nevnt legger menneskerettighetsbestemmelsene legger føringer for hvordan myndighetene skal tilrettelegge for informasjons-, kommunikasjons- og tjenestetilgang «til alle», med universell utforming.

Det er en viktig forutsetning for at «alle» på enkel måte skal kunne kjenne til sine rettigheter pasientrettighetsloven, pasientjournalloven, personopplysningsloven, og en rekke andre lover og forskrifter.

FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) og FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) legger flere føringer om hvordan disse rettigheter skal og bør ivaretas. Det handler om nevnte gruppers integritet og verdighet.

Konkret pekes det på:

- Alderdom kan eksempelvis medføre nedsatt syn og hørsel, demens, lese- og skrivevansker eller andre lidelser som vanskeliggjør bruk av digitale løsninger
- Eldre som har «langvarig fysisk, mental, intellektuell eller sensorisk funksjonsnedsettelse som i møte med ulike barrierer kan hindre dem i å delta fullt ut og på en effektiv måte i samfunnet, på lik linje med andre»
- CRPD, artikkel nr 9, pålegger staten en plikt til å sørge for at personer med funksjonsnedsettelse skal kunne delta fullt ut på alle livets områder.
Det innebærer ikke bare en plikt til å sørge for at det fysiske rom er tilgjengelig for personer med funksjonsnedsettelser. Det krever også at tilgangen til informasjon og kommunikasjon, inkludert digitale løsninger, som skal være universelt utformet.
- CRPD, artikkel nr 21, tilsier at norske myndigheter skal treffe alle hensiktsmessige tiltak for å sikre at mennesker med nedsatt funksjonsevne er i stand til å bruke sin ytrings- og informasjonsfrihet.

For eksempel betyr dette at staten må gi informasjon om samfunnsmessige forhold (eksempelvis informasjon om valg) på måter som gjør at også personer med funksjonsnedsettelser får tilgang til informasjonen.

Staten oppfordres i tillegg til å sørge for at private aktører og media utformer sine tilbud på en måte som er egnet til å nå personer med funksjonsnedsettelser.

I EMK er det ikke beskrevet en direkte rett til universell utforming av informasjons-, kommunikasjons- og tjenestetilgang. Konvensjonen

inneholder likevel bestemmelser som er relevante for disse rettighetene, og som må ivaretas i samfunnsutviklingen.

Konklusjon:

Det ligger en fare for at ved utvidelse av digitale tjenester innen det offentlige, vil de ikke-digitale falle enda lenger tilbake, og står i fare for ikke få oppfylt sine rettigheter jf. menneskerettskonvensjoner.

Å tilby opplæring i bruk av digitale verktøy vil kunne hjelpe noen, men vil ikke eliminere behovet for andre måter å kommunisere på – for å nå frem med offentlige opplysninger og helseopplysninger/ helsehjelp til utsatte samfunnsgrupper som nevnt i denne uttalelsen.

Det må derfor lages ordninger som omfatter «alle» - det vil si legge til rette for en «frihet» til folk til å kunne velge ulike løsninger – også tilpasset de ikke-digitale.

Til høringsnotat

Gitt at hensynet til «Personvern, pasientdata og krav til statlig sikkerhet» som beskrevet er på plass, at det finnes en ordning - som ikke innebærer at man er avhengig digitale løsninger i et marked hos private profitører - (datasikkerhet), og at det finnes alternative lett tilgjengelige informasjonstjenester for de ikke-digitale eldre og andre, ville man kunne gitt full tilslutning til høringsnotatet («Forslag til endringer i pasientjournalloven og IKT-standardforskriften - Tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger»).

Pr i dag er vanskelig å se at vi er der. Det å utvide adgangen til å innhente personopplysninger til flere aktører, utenfor demokratiske kontroll og styring - gjør at forslaget ikke inneholder nødvendige kvaliteter til at jeg kan anbefale forslaget.

Derfor anbefales det ikke en videreføring/ utvidelse av digitale løsninger slik det foreslås.

Spesielt betenkelig i høringsnotatet er forslaget, sitat:

«Når det gjelder helsenettet, innebærer forslaget om plikt til betaling en forskriftsfesting av eksisterende praksis med at brukerne betaler medlemsavgift».

Forslaget fremstår at det vil kunne bli dyrere for både brukerne og det offentlige.

De mest sårbare gruppene har de siste årene opplevd kraftige underreguleringer på trygde- og sosiale ytelser, fjerning av velferdstilbud, kutt i ytelser til arbeidsledige (blant annet feriepengen), og en sterk økning i antall fattige mv, noe som gjør dette forslaget meget betenkelig.

Det er heller ikke anført hva denne satsen på tjenestene vil bli verken for private eller det offentlige, om det blir standard satser osv.

Enda mer betenkelig er det at kommuner og helseforetak skal betale inn for forvaltning, drift og bruk av helsenettet, uten at det antydes bidrag fra staten. Det er høyst betenkelig sett i forhold til underfinansiering av helseforetakene og kommunene - som skjer gjennom årlige kutt i budsjettene (avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen/ 0,5% årlige kutt).

Forslaget vil trolig medføre enda større utgifter for leverandørene av helsetjenester, noe som igjen kan sette kvaliteten på behandlingstilbudene til den enkelte pasient ned ved våre sykehus- helse- og omsorgsleverandører. Forhold som også kan bety reduksjoner (kutt) ved dagens allmenne tilbud av økonomiske grunner.

Det er også viktig se denne saken i sammenheng med utvidede planer om fritt brukervalg og økt privatisering. Skjer det, vil ytterligere flere private interessenter - utenfor demokratisk styring og kontroll - kunne få tilgang pasientdata og personopplysninger. Det gjør saken enda mer betenkelig.

Konklusjon:

Høringsforslaget, og mangel på tilgjengelighet for alle (også de ikke-digitale), må avklares om juridisk er i samsvar med bestemmelsene i menneskerettighetskonvensjonene. Herunder om det er adgang til at private data- og nettleverandører kan profitere på formidling av offentlige tjenester og informasjon?

Slik den økonomisk utvikling er blitt for mange/ stadig flere - hvor enkeltpersoner og familier ender i fattigdom - er det ikke forsvarlige å øke kostnadene til helsetjenester.

Bruk av pasientdata og personopplysninger underlagt personvern - må formidles/ sikres gjennom en statlig løsning for bruk av offentlige data (eksempelvis etablering av en statssky).

Lillehammer, 11.07.2021

.....

Jørund Hassel
Tlf 977 37 140

Gudbrandsdalsveien 227 B,
2619 Lillehammer

