



Direktoratet for e-helse

Postboks 6737 St. Olavs plass

0130 OSLO

Høring fra Vestlandsløftet - Utkast til standard for tjenestebasert adressering del 3

Viser til høringsutkast til **HIS 1153-3:2017** fra Standardiseringsavdelingen i Direktoratet for e-helse.

Elektronisk meldingsutveksling er i bruk i helse- og omsorgstjenesten i praktisk talt alle kommuner, og har vist seg som et nyttig verktøy for å bedre samhandlingen om pasienter mellom ulike helsetjenester.

Kommunal helse- og omsorgstjeneste var først ute med å ta i bruk tjenestebasert adressering ved meldingsutveksling i helsetjenesten i Norge. Flere har etter hvert sett nytten av denne robuste adresseringsmetoden, og flere helseforetak har på ulike måter tatt i bruk slik adressering, både som mottaker og avsender av elektroniske meldinger.

Vestlandsløftet er enig i at det etableres en nasjonal standard for tjenestebasert adressering, og mener at målet må være at prinsippene som adresseringsmetoden bygger på gjennomføres fullt ut for de aktørtypene som er aktuelle. Det er ikke akseptabelt at det gjennomføres et sett med prinsipper for kommuner, og et annet for helseforetak.

Generelt reagerer Vestlandsløftet på en gjennomgående holdning i dokumentet: prinsipper brukes for å kreve forandring i kommunens løsninger, mens pragmatikk gjelder i forhold til sykehusløsningene.

Vi er klar over at PLO-systemene i kommunene er bedre tilrettelagt for tjenestebasert adressering enn systemene i helseforetak og på legekantor, fordi KS besluttet tjenestebasert adressering som standard for kommunene før meldingsutveksling ble utbredt i kommunenes EPJ-systemer. Dette i motsetning til den meldingsutvekslingen som var etablert i forkant, og som brukte organisasjonsnummer, HPR-nummer og avdelingskoder til adressering. Dette er noe av bakgrunnen for at vi fremdeles sliter med tjenestebasert adressering på legevakter og helsestasjoner som benytter EPJ-system som opprinnelig var utviklet for legekantor.

Målet må være at alle aktører, både systemleverandører og helsetjenesteaktører, tilpasser seg prinsippene for tjenestebasert adressering. Der noen aktører ikke klarer å oppnå dette i løpet av kort tid må det gis anledning til å søke tidsbegrenset unntak, heller enn at prinsippene utvannes i utgangspunktet.

Kommentarer til enkeltelementer i høringsutkastet:

- 1) Kapittel 3.3, krav AD3.2 side 8: «Avsender av en melding skal være kommunikasjonsparten som representerer tjenesten det sendes fra.». Dette er en grunnleggende egenskap ved tjenestebasert adressering. At kravet har fått type A (Anbefalt tilleggskrav) er logisk helt feil. Årsaken til at typen er satt slik er sannsynligvis at Dips ikke tilbyr god nok funksjonalitet til at helseforetakene kan sende fra faktisk tjeneste.
Dette bryter med prinsippet om at «tjenestetypene skal være uavhengig av tekniske løsninger i systemene» (kapittel 3.2 «Utforming og forvaltning av tjenestetyper» side 7, nest siste avsnitt). Det er forståelig at helseforetakene trenger noe tid for å få oppgradert Dips til å kunne sende meldinger fra relevant tjenesteadresse. De må derfor gis anledning til å søke tidsbegrenset unntak fra dette kravet.
- 2) Kapittel 3.4 «Krav til hvilke tjenestetyper den enkelte virksomhet kan registrere», Tabell 2 side 9: «Oversikt over hvilke kodeverk som er tilgjengelig for registrering av kommunikasjonsparter i Adresseregisteret for ulike virksomhetstyper»:
114 «Interkommunalt selskap» dekker ikke alle virksomheter som har behov for å kommunisere på vegne av flere kommuner. Kommunesamarbeid er organisert på forskjellige måter. I tillegg til interkommunale selskap har vi f.eks. aksjeselskap og vertskommunesamarbeid. I noen tilfeller kan også et enkelt legekontor fungere som et interkommunalt samarbeid, særlig ved legevaktsamarbeid. Vi anbefaler betegnelsen «interkommunal virksomhet» heller enn «interkommunalt selskap», som er en spesiell virksomhetstype regulert i egen lov.
- 3) Kapittel 3.4.1 «Helseforetak og private sykehus» side 11
Vi savner krav om obligatoriske tjenestetyper for denne virksomhetstypen, jf slike krav for kommunal helse- og omsorgstjeneste.
- 4) Kapittel 3.4.2 «Kommunal helse- og omsorgstjeneste». Krav AD3.6 på side 13 angir at ergoterapitjeneste skal være obligatorisk for alle kommuner. Det er ikke alle kommuner som har ergoterapeut, og vi er derfor skeptisk til at tjenesteadressen skal være obligatorisk. Alternativt kunne en hatt en felles adresse for fysio- og ergoterapi.
- 5) Kapittel 3.5 «Ytterligere beskrivelse av kommunikasjonsparten», side 17.
Det er behov for å informere om tidspunkt for skille mellom kommunal og interkommunal legevakt. Mange kommuner har egen legevakt på dagtid, men benytter interkommunalt tilbud om natten og i helgene, kanskje også ettermiddag/kveld. Kommunen vil da framstå i adresseregisteret med to ulike tjenesteadresser med tjenestetype legevakt. Disse vil kunne benytte ulike instanser av EPJ-system, og det er klokkeslett, ukedag og ev høytidsdag som avgjør hvilken legevakt som er den aktive. Det er viktig for kommunene å kunne kommunisere dette via Adresseregisteret. Dette er en utvidelse i forhold til det som er beskrevet som innhold i feltet sted/funksjon.
- 6) Vedlegg A «Kodeverk som benyttes til adressering», kodeverk K2 «Tjenestetyper for spesialisthelsetjenesten» side 20:
 - a) 4 «Fellesfaglig avsenderadresse» er en tjenesteadresse bryter med prinsippet om at avsenderinfo skal representere den tjenesten meldingen sendes fra. VESTLANDSLØFTET

anbefaler at denne adressen utgår, men at helseforetak gis anledning til å søke midlertidig tillatelse til å benytte adressen. Bruk av adressen må avvikles seinest ved utgangen av 2021.

b) Vi savner tjenesteadresse for kommunikasjon om behandlingshjelpemidler.

7) Vedlegg A «Kodeverk som benyttes til adressering», Kodeverk 8658 Tjenestetyper for statlig forvaltning side 22.

Vi savner tjenesteadresse for kommunikasjon med Hjelpemiddelsentralene om hjelpemidler.

8) Vedlegg A «Kodeverk som benyttes til adressering», kodeverk 8663 «Tjenestetyper for kommunal helse- og omsorgstjeneste» side 23

a) Forslaget har tatt bort tjenestetypene «kreftkoordinator», «demenskoordinator», «diabeteskoordinator», «synskontakt», «hørselskontakt» og «familieteam». Disse tjenestene er symptomer på den økende spesialiseringen som skjer i kommunenes tjenester. Både av hensyn til pasientsikkerhet og personvern er det ønskelig å beholde disse tjenestene. Alternativet med å presentere disse tjenestene som særtilfeller av «sykepleietjeneste» eller annen tjeneste gir i begge henseende en dårligere løsning enn å beholde tjenesteadressene. Det er viktig å presisere at koordinator-tjenestene gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester. Det finnes frivillige tilbud på flere av områdene, og disse er ikke ment å dekkes av tjenesteadressene.

b) Forslaget har med tjenestene «sosialtjeneste», «barnevern» og «Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)». Ingen av disse tjenester er helse- og omsorgstjenester, og de har så langt ikke fagsystem som er tilrettelagt for elektronisk meldingsutveksling med helse- og omsorgstjenesten. Fagsystemene vil imidlertid i de fleste kommuner være i samme sikkerhetssone som helse- og omsorgstjenestens fagsystem, og dermed ha tilgang til helsenettet. Vestlandsløftet støtter at disse tjenesteadressene er med i kodeverket, som et signal om at også kommunale tjenester som ikke tilhører Helse- og omsorgsdepartementets myndighetsområde skal kunne ta del i elektronisk meldingsutveksling med helse- og omsorgstjenesten.

c) Kommunene har også andre tjenester som har behov for elektronisk meldingsutveksling med helse- og omsorgstjenesten. Dette gjelder i særdeleshet skoler og barnehager. Vestlandsløftet anbefaler at «Utvalg for tjenestetyper i Adresseregisteret» vurderer å opprette koder for disse og tilsvarende tjenester når disse har tatt i bruk IKT systemer som er på akseptabelt sikkerhetsnivå.

d) Kommunene og andre helse-aktører har også behov for å kommunisere sensitiv brukerinformasjon med

i) Tilsynsmyndighet, f.eks. Fylkesmannen

ii) Advokater

Det bør vurderes om de ulike EPJ-systemene skal settes i stand til å utveksle sensitiv pasientinformasjon med slike aktører via SvarUt/Altinn, eller om det skal legges til rette for å kommunisere elektronisk med slike eksterne aktører via det vanlige regimet for elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgstjenesten.

9) Vedlegg A «Kodeverk som benyttes til adressering», kodeverk 8666 Felles tjenestetyper side 24: kode FR Samhandling nasjonale tjenester.

Denne må utdypes nærmere for å unngå misforståelser. Jf Økonomi- og oppgjørstjeneste som

benyttes fra PLO mot NAV, og Jordmortjeneste som benyttes for å sende behandlerkrav til Helfo. Tilsvarende er det tenkt å benytte fysioterapitjenester for behandlerkrav for kommunal fysioterapeut. Med andre ord benytter kommunene faktiske tjenesteadresser for å kommunisere med NAV/Helfo. Det kan reises spørsmål ved hvorfor andre aktører skal benytte et annet adresseringsprinsipp.

- 10) Verken standarden eller høringsbrev angir hvordan overgangen fra dagens adresser til ny adressering skal håndteres. I en slik overgang vil det skape økt fare for pasientsikkerhet hvis endringen medfører bytte av identifikator, dvs HER-id. Det er derfor behov for en oversikt over hvilke av dagens tjenestetyper som kan erstattes av hvilke nye tjenestetyper uten at HER-id endres. Innenfor et gitt tidsvindu bør kommunikasjonspartene få mulighet til å endre tjenestetype uten å endre HER-id, forutsatt at en følger anbefalingene som er gitt for konvertering.

23.4.2017