

---

## Utvalg for tjenestetyper

---

<b>Møte</b>	3/17
<b>Dato</b>	06.04.2017
<b>Referent</b>	Gry Seland
<b>Til stede</b>	Annebeth Askevold (Direktoratet for e-helse) Gry Seland (Direktoratet for e-helse) Gro Wangensteen (Helse Nord) Kjell Åge Tingstad (Norsk helsenett) Atle Betten (Kristiansund kommune) Anne Marit Rennemo (Oslo kommune) Jeanette Wiger (Sykehuspartner) Egil Rasmussen (Stavanger kommune), Mona Pedersen (Lenvik kommune) Mona Syversen (OUS)
<b>Fraværende</b>	Rut Naversen (St. Olavs hospital), Susanne Prøsch (Legeforeningen), Irene Henriksen Aune (Arendal kommune), Mette Herstein Monsen (Helse Vest)

### Godkjenning av agenda og oppsummering av forrige møte

Agenda for dagens møte og oppsummering av møte 01.03.2017 ble godkjent

---

<b>Sak 9/17</b>	<b>PPT – ny tjenestetype</b>
-----------------	------------------------------

Alstahaug kommune ønsker at pedagogisk-psykologisk tjeneste skal starte med elektronisk samhandling i kommunen, og spør om hvilken tjenestetype de skal benytte. Norsk Helsenett har fått tilsvarende henvendelse.

	<p>Visma har utviklet en løsning som PP-tjenesten kan benytte.</p> <p>Tjenestetypen <i>Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)</i> er foreslått opprettet i utkast til standard for tjenestebasert adressering del 3 som ble sendt på høring 29.02.2017.</p> <p>På bakgrunn av denne henvendelse ønsker vi at utvalget tar stilling til om denne tjenestetypen skal opprettes nå, eller om vi skal vente til etter at høringssvarene er behandlet.</p> <p><b>Diskusjon</b></p> <p>Prinsipielt er dette en ny type tjenestetype som kan åpne for kommunikasjon med andre tjenester enn det vi tradisjonelt regner som helsetjenester.</p> <p>Det kan være utfordrende for sykehus å motta meldinger fra PPT uten at det er etablert rutiner for dette. Sykehusene må derfor ha tid til å kunne forberede seg.</p>
	<p><b>Anbefaling</b></p>
	<p>Utvalget er positiv til å opprette tjenestetypen, men det er behov for mer informasjon om hvordan den er tenkt å bruke den i Alstahaug kommune.</p> <p>Det bør være en styrt innføring. KomUT bør ha en rolle i innføring og bruk av denne tjenestetypen.</p>
	<p><b>Oppfølging</b></p>
	<p>Direktoratet for e-helse kontakter Alstahaug kommune.</p> <p>Direktoratet for e-helse sender en henvendelse til KomUT.</p>

<p><b>Sak 4/17</b></p>	<p><b>Behov for en ny tjenestetype: Responssentertjeneste/Responstjeneste</b></p>
	<p>Oppfølging av sak fra møte 02.02.2017</p> <p>Det skal opprettes et kommunalt responscenter i Kristiansand som en felles tjeneste for over 20 kommuner i Agder. Senteret skal også betjene utløste alarmer fra Telenors kunder. Foreløpig er senteret bemannet med 17 sykepleiere og helsefagarbeidere. Lignende sentre vil etableres flere steder i landet, og vi antar at de vil ha sammenfallende behov.</p> <p>Responssentertjenesten vil betjene alarmer fra ulike typer trygghetsteknologi, som trygghetsalarmer, sensorer, ulike typer fjernmonitorering, avstandsoppfølging av kronikere osv.</p> <p><a href="http://www.kommunalresponsentertjeneste.no/">http://www.kommunalresponsentertjeneste.no/</a></p>

	<p>Responssentertjenesten vil ha behov for å kommunisere med kommuner og evt. andre samhandlingsparter både før, under og etter utløst alarm.</p> <p>Det er ingen eksisterende tjenestetyper som er naturlig å benytte til dette formålet.</p> <p><b>Diskusjon</b></p> <p>Responssentertjenesten blir etablert mange steder i landet som følge av nasjonale retningslinjer.</p> <p>Tjenestetypen skal brukes både internt en kommune og mellom kommuner (interkommunalt samarbeid).</p> <p>Det er viktig at bruken av tjenestetypen beskrives i neste informasjonsskriv.</p>
	<b>Konklusjon</b>
	Utvalget anbefaler at tjenestetypen <i>Responssentertjeneste</i> opprettes i kodeverk 8663
	<b>Oppfølging</b>
	Direktoratet for e-helse informerer Velferdsteknologiprogrammet om opprettelsen av tjenestetypen.

<b>Sak 10/17</b>	<b>Meldingsflyt og adressering svarrapporter mellom HF</b>
	<p>Innmeldt fra Helse Sør-Øst</p> <p>Bakgrunnsinformasjon</p> <p>Forskrift om IKT-standarder i Helse- og omsorgssektoren stiller krav til mottak av svarrapporter til helseforetak fra alle aktører. Det er usikkerhet rundt og utfordringer knyttet til hvordan adressering av svarrapporter skal håndteres. HSØ er innvilget unntak fra denne bestemmelsen i forskriften til 31.12.2020, hvor det blant annet ble argumentert for behov for nasjonale avklaringer og retningslinjer for mottak av svarrapporter i alle tilfeller.</p> <p>Det er ikke ønskelig at det lages en lokal/regional løsning for dette i HSØ da vi mener det er behov for en nasjonalt robust løsning hvor det er tydelig hvilke kommunikasjonsparter de ulike aktørene skal benytte i adressering av svarrapporter. Vi mener derfor det er viktig at dette diskuteres og endelig besluttes på nasjonalt nivå.</p> <p>Gjennom pilotering av svarrapporter mellom HF i HSØ har vi gjort oss noen tanker og erfaringer som kan være med å danne grunnlag for beslutning. Samtidig handler mottak av svarrapporter om mer enn adressering. Mellom HF har man et tydelig rekvisisjon-svarrapport – forhold, men hvis et HF skal</p>

---

motta svarrapporter f.eks. i kopi fra Fürst så må det beskrives hvordan dette faktisk skal håndteres, i hvilke tilfeller det kan/skal sendes kopisvar til HF og hvilket ansvar et HF har ved mottak av slike svarrapporter.

Pilotering av svarrapporter mellom HF i HSØ – erfaringer og problemstillinger til diskusjon

Løsning for utveksling av elektroniske laboratoriesvar fra OUS til DIPS ved Vestre Viken ble pilotert i 2016, og deretter videreført i produksjon. Tilsvarende løsning innføres ved øvrige HF i Helse Sør-Øst i løpet av 2017 og 2018 (pilotstart i produksjon ved Sykehuset Østfold 30. mars 2017). Rutiner knyttet til rekvisisjonsflyten mellom Vestre Viken og OUS og mellom Sykehuset Østfold og OUS er tilnærmet uendret og fortsatt kun papirbasert.

Prosjektet har så langt ikke klart å komme frem til konkret anbefaling rundt adressering av laboratoriesvar til HF, men har formulert noen problemstillinger/spørsmål vi ønsker å diskutere med utvalg for tjenestetyper.

Praksis, rekvisisjon og svar i HSØ

Rekvisisjoner til annet HF videresendes rent praktisk i all hovedsak fra HF1 sine lab'er, men da med opprinnelig rekvisit (lege på avdeling, poliklinikk osv.) som hovedrekvisit. Svar på denne type rekvisisjoner til HF1 skal kun inn i pasientens journal (her: DIPS) og ikke i HF1 sine labsystemer. Svar arbeidsflyt i DIPS (oppgave - svar til signering/orientering) styres av om pasienten er poliklinisk eller inneliggende.

For enkelte prøver som videresendes og for bekreftelsesanalyser ønsker HF1-labene som besørger rekvirering til annet HF kopi av svaret, og setter på aktuell lab som kopirekvisit.

Rekvisisjoner til annet HF på blodgivere sendes direkte fra aktuelle lab-er ved HF1 (blodbanker). Svar på disse rekvisisjonene skal tilbake til rekvirerende lab ved HF1, men ikke inn i journal (DIPS) ved HF1.

Analyser for polikliniske pasienter og inneliggende pasienter faktureres ulikt, og prøver av blodgivere skal ikke faktureres via HELFO, men faktureres HF der blodgiver tilhører. I mottakende labsystem ved annet HF benyttes i dag ulike HF1-rekvisitkoder for å ivareta denne dimensjonen.

Se også vedlegg: Meldingsflyt svarrapporter mellom HF

Spørsmål til diskusjon

Er det så enkelt som at avsender (adressenivå 2) på en elektronisk rekvisisjon fra HF1 til HF1 gjenspeiles som mottaker (adressenivå 2) av tilhørende laboratoriesvar?

Vi anser det som naturlig at mottaker (adressenivå 2) av en rekvisisjon gjenspeiles som avsender (adressenivå 2) av tilhørende svar. Når det gjelder avsender av rekvisisjonen, er vi mer usikre på om det er gjennomførbart, både ut fra selve rekvisisjonsflyten (fra lokalt EPJ via lokal

	<p>lab ved HF1 til aktuell lab ved HF2) samt behov for å ivareta de ulike dimensjonene beskrevet over.</p> <p>Hvor skal avsender nivå 2 utledes fra/baseres på? Behov for å ha ulike avsenderadresser for å kunne få svar tilbake til riktig rekvirent?</p> <p>Fellesfaglig avsenderadresse benyttes allerede som avsender i Svrrapporter. Hva vil mismatch mellom mottaker av rekvisisjon og avsender av Svrrapport bety?</p> <p>Egen tjenestekode for mottak av prøvesvar til EPJ – Ser ikke ut til å kunne dekke behovet</p> <p>Er det hensiktsmessig å benytte tjenestetypene for bildediagnostikk og laboratoriefag når svrrapporter til HF i hovedsak skal mottas i det generelle EPJ-systemet?</p> <p>Bør adressering av svrrapporter være unik på den måten at de går direkte til riktig fagsystem uten at det må gjøres noen mapping «utenfor» for å sikre dette? Tenker man nasjonalt at én adresse kun skal være knyttet til et fagsystem?</p> <p>Vil det være mulig at avsender og mottakeradresse nivå 2 kan være ulike helsehjelpsområder/tjenestetyper fra 8655?</p> <p>Det vil være utfordrende dersom de som skal sende en kopi av en svrrapport til HF må forholde seg til alle publiserte helsehjelpsområder. Og hvordan avgjør avsender hva som er korrekt mottak? Er alltid generell EPJ mottaker av disse?</p> <p><b>Diskusjon</b></p> <p>OUS stiller viktige spørsmål. Se vedlagt presentasjon i saksunderlaget for møtet for flere detaljer.</p> <p>Det var enighet i utvalget om at arbeidsflyten er det viktigste, og at opprettelse av en ny tjenestetype ikke vil løse noen problemer i dag.</p>
	<p><b>Oppfølging</b></p>
	<p>Direktoratet for e-helse tar problematikken videre internt i Avdeling standardisering og i aktuelle prosjekter (FIA Samhandling).</p>

<p><b>Eventuelt, Sak 11/17</b></p>	<p><b>Brystdiagnostikk</b></p>
	<p>I høringsnotatet til standard for tjenestebasert adressering del 3 ble ikke Brystdiagnostikk fra kodeverk 8657 Spesifikke sykdomsgrupper tatt med.</p> <p>Hovedgrunnen til dette er at den interne arbeidsgruppen som arbeidet med</p>

	<p>standarden hadde en forståelse av at fagområdet «<i>Brystdiagnostikk</i>» er en form for «<i>Bildedagnostikk</i>». Den er derfor på et litt annerledes granuleringsnivå enn de andre tjenestetypene. Det var ingen sterke argumenter for at den burde beholdes, så den foreslått tatt bort av teamet.</p> <p>Bente Thorsen ved OUS påpeker i en epost 31. mars at <i>Brystdiagnostikk</i> inneholder kliniske undersøkelser, røntgen, ultralyd samt prøvetaking (cytologi). Dette passer ikke under noen annen kategori og har et stort volum.</p> <p>Tjenesten <i>Brystdiagnostikk</i> bryter med grunnprinsippene for tjenestebasert adressering (store sykdomsgrupper eller store fagområder), og man kanskje bør prøve å finne et alternativ.</p> <p>Spørsmålet nå er om det er mulig å endre på det som er sendt ut, eventuelt lage et lite tilleggsnotat som legges til høringen. Det kom innspill om at tilliten til høringsnotatet kan svekkes og at det kan bli merarbeid for høringsinstansene dersom man utelater tjenesten uten at det blir kommentert.</p> <p><b>Diskusjon</b></p> <p>Det er flere tjenestetyper som er foreslått fjernet fra dagens kodeverk i utkastet til ny standard, uten at det er eksplisitt beskrevet.</p> <p>Utvalget ønsket ikke at det skulle gjøres noen endringer i utkastet som er til høring.</p>
	<p><b>Konklusjon</b></p>
	<p>Høringsinstansene bør komme med innspill på hvorvidt tjenestetypen bør være med eller ikke.</p> <p>Alle medlemmene i Utvalg for tjenestetyper bør sikre at som blir berørt av de foreslåtte endringene går igjennom utkastet til standard og sammenligner det med de tjenestetypene de bruker i dag.</p>

<p><b>Eventuelt, Sak 12/17</b></p>	<p><b>Osteopater i Adresseregisteret</b></p>
	<p>Henvendelse fra Aspitt angående registrering av osteopater i Adresseregisteret der de etterspør en kode til dette formålet.</p> <p>I den forbindelse oppstår det en del prinsipielle spørsmål som vi må ta stilling til. <i>Hvem skal kunne registrere seg i Adresseregisteret, og hva skal Helsenetten benyttes til?</i></p> <p>På hjemmesiden til Norsk Helsenetten står det: «<i>Adresseregisteret: Felles nasjonalt register for presis adressering ved utveksling av helseopplysninger som sendes elektronisk eller per post innen helse- og</i></p>

---

	<p><i>omsorgssektoren»</i> (<a href="https://www.nhn.no/hjelp-og-brukerstotte/adresseregisteret/Sider/default.aspx">https://www.nhn.no/hjelp-og-brukerstotte/adresseregisteret/Sider/default.aspx</a>).</p> <p>Helsepersonells utlevering av helseopplysninger er regulert i helsepersonelloven, kap 5-7.</p> <p>Osteopater er ikke autorisert helsepersonell etter helsepersonelloven § 48</p>
	<b>Oppfølging</b>
	<p>Utvalget ser det nødvendig å foreta en juridisk vurdering av hvilke typer virksomheter som skal kunne registrere seg i Adresseregisteret. Direktoratet for e-helse følger opp saken.</p>

---