

Til: Direktoratet for e-helse postmottak@ehelse.no
Kopi: RHF i Nasjonal IKT Prosjektforum
Fra: Nasjonal IKT HF post@nasjonalikt.no
Dato: 9.5.2017 vår ref. 17/00038
Deres ref: E-helse 17/283

Svar på «Høring på standard for tjenestebasert adressering del 3: Tjenestetyper»

<https://ehelse.no/horinger/horing-pa-standard-for-tjenestebasert-adressering-del-3-tjenestetyper>

1. Om høringsinstansen:

Nasjonal IKT HF er et helseforetak eid av de fire RHF-ene, etablert for å understøtte de mål som spesialisthelsetjenesten setter seg innenfor IKT. Nasjonal IKT HF utaler seg dermed ikke på vegne av alle helseforetakene, som er egne høringsinstanser, men som en høringsinstans eid av alle helseforetakene. Høringssvaret er utarbeidet i samarbeid med de regionale helseforetakenes svarforfattere, og er behandlet i Nasjonal IKTs Prosjektforum. Det henvises til høringsvar fra de enkelte RHF for mer detaljert tilbakemelding.

Nasjonal IKT HF og RHF-ene i Prosjektforum ser **felles forståelse** for hvordan tjenestebasert adressering skal benyttes i praksis, som svært viktig for forbedring av meldingsutveksling og samhandling. Adressering av meldinger er identifisert som en utfordring både i Samspill 2.0 og i risikovurderingene for de regionale meldingsløftprogrammene per 2012. I spørreundersøkelsen til Riksrevisjonen i 2013 svarte nær halvparten av helseforetakene og nær én tredel av fastlegene at vanskeligheter med å finne ønsket mottaker i Adresseregisteret var en sentral årsak til at papirprosesser ikke er avvirket i meldingsutvekslingen. På tross av mye godt forbedringsarbeid, har spesialisthelsetjenesten fremdeles utfordringer med implementering av adresseregisteret.

2. Om avgrensingene i høringsnotatet

Høringsnotatet avgrenser standarden til forhold som er direkte knyttet til adressering, og avgrenser mot «Informasjon om ansvarlig/utførende helsepersonell og/eller enhet når dette ikke fremkommer i avsender- eller mottakeropplysningene» og krav gitt i Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren. Dette siste kan oppfattes svært uheldig, da en gjerne vil se løsningen i sammenheng med krav for informasjonssikkerhet. Vi antar likevel at omfanget til standarden avgrenses for å tydeliggjøre at det er virksomhetene selv som har ansvar for å sikre at også disse kravene følges. Det ville være en forbedring om standarden kunne peke på hvem som har ansvar for forvaltning av slike tilgrensende krav. Det kan også være ønskelig med fotnoter eller lenker til de nevnte kravene, slik at

kravene i 'Tjenestebasert adressering - del 3: Tjenestetyper' enklere kan leses i en større sammenheng av målgruppen for standarden: Virksomheter som samhandler elektronisk over Norsk Helsenett.

I det følgende ser vi endringene i standardens del 3 «Tjenestetyper» i sammenheng med de tre tidligere meldte hovedutfordringer fra fjorårets høring av standardens del 2.

3. Spørsmålet om tjenestetypene og virksomhetstypene er dekkende:

Notatets punkt 3.1 beskriver tjenestebasert adressering generelt, men inneholder også beskrivelser som i praksis fremdeles kan oppfattes som kun gode målsettinger:

«Tjenestetypene som benyttes til adressering representerer hovedsakelig virksomhetens fagområder og/eller tjenestetilbud. Betegnelse er valgt for at de skal oppleves som hensiktsmessige for de som deltar i samhandlingen, både for å finne riktig mottaker, og for å fremstå på en hensiktsmessig måte som avsender av meldingen.»

«Tjenestetypene som benyttes til adressering bidrar til en enhetlig og robust adressering, blant annet ved å frikoble adresseringen fra virksomhetenes interne organisering».

For de store helseforetakene med mange organisasjonsnivå og behandlingssteder har adressering til kun to nivå av kommunikasjonsparter med tjenestetyper vært svært utfordrende. Helseforetakene er ikke primært organisert etter tjenestetyper. Mange av tjenestetypene i dagens kodeverk 8655 fremstår i dag som kompromiss mellom de ulike helseforetakenes behov for å adressere enkelt og sikkert til sine organisatoriske enheter og behandlingsteder på den ene side. På den annen side har tjenesteadresseringen målsetting om en robust og enhetlig adresseringsmetode, som er uavhengig av geografi og intern organisering.

Høringsforslaget innebærer, slik vi forstår det, at kodeverk 8655 erstattes med et nytt kodeverk «K2 Tjenestetyper for spesialisthelsetjenesten», der de spesifikke tjenestetypene for spesialiserte fagfunksjoner er fjernet. Dagens tjenestetyper med 16 tjenestetyper for Psykisk helsevern er for eksempel redusert til tre tjenestetyper- Fagområdene «PHBU», «PV», og i tillegg «PV04» for alderspsykiatri:

Kode	Tjenestetype	Bruksområde
PB	Psykisk helsevern for barn og unge	
PV	Psykisk helsevern for voksne	
PV04	Alderspsykiatri	
H07	Barnhabilitering	

Denne reduksjonen i tilgjengelige tjenestetyper er i utgangspunktet et godt grep, da det vil kunne standardisere hvordan helseforetakene legger ut sine adresser. Høringsbrevet spør spesifikt om virksomhetstyper og tjenestetyper oppleves dekkende, og vi vil i hovedsak anta det, men henviser til RHF-enes høringssvar her. Vi peker kun på det vi ser som hovedutfordringer ut fra virksomhetenes bruk av dagens tjenestetyper, og går nærmere inn på om behovene kan dekkes gjennom kombinasjon med nytt krav om felt «Sted/funksjon» nedenfor punkt 4.

Tre hovedutfordringer for spesialisthelsetjenesten:

1. Tjenestetypene oppleves ikke dekkende for adressering til store funksjonsdelte fagområder i helseforetak

Virksomhetene har frem til nå kunnet velge å oppgi sine tjenesteadresser på svært mange ulike måter med ulikt detaljeringsnivå. Dagens koder for «tjenestetyper» viser funksjoner ved ulike organisasjonsenheter. Dette er særlig synlig i koder som angir tjenestetyper for fagområdene Rus og Psykisk helsevern, der virksomhetene kan velge å oppgi sine tjenesteadresser på svært mange ulike måter med ulikt detaljeringsnivå:

Status		
Per 7. april 2017: Til utbredelse eller er i bruk		
Kodeverdier		
R	Helsehjelp knyttet til rusmiddelavhengighet og annen avhengighet	Inkluderer tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)
R01	Spilleavhengighet og annen avhengighet	
R02	Rusmiddelavhengighet med alvorlig psykiatrisk sykdom (dobbeltdiagnose)	Vedvarende alvorlig misbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektiv sinnslidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse
R03	Rusmiddelavhengighet med langvarig funksjonssvikt	
R04	Førstegangspykose knyttet til rusmiddelavhengighet	
R05	Utredning av rusmiddelavhengighet eller annen avhengighet	
R06	Avrusning/ avgiftning/ stabilisering	
R07	Familieterapi, parterapi og pårørendeterapi	
R08	Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	
R09	Terapeutisk samfunn, kollektiv osv.	
R10	Innsatte under paragraf 12-soning	Kan ta imot pasienter etter paragraf 12 i Straffegjennomføringsloven
R11	Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk	

De spesifikke tjenestetypene for rusfeltet er fjernet i høringsforslagets visning av kodeverk K2, slik at kun tjenestetype «R- Rus og avhengighet» gjenstår.

Tilsvarende sammenslåing av tjenestetyper gjelder for det psykiske helsevernet:

P	Psykisk helsevern	
PB	Psykisk helsevern for barn og unge (BUP)	Alder 0-18 år
PB01	Familieterapi	
PB02	Spiseforstyrrelser hos barn	
PV	Psykisk helsevern for voksne	
PV01	Spiseforstyrrelser hos voksne	
PV02	Psykiatrisk helsehjelp til døve	
PV03	Unge schizofrene	
PV04	Alderspsykiatrisk behandling	
PV05	Psykiatrisk helsehjelp til asylsøkere og flyktninger	
PV06	Tidlig intervensjon	
PV07	Pasienter med langvarig funksjonssvikt	
PV08	Førstegangspykose	
PV09	Habilitering/Rehabilitering (psykisk helsevern for voksne)	
PV10	Familieterapi/behandling	
PV11	Sikkerhetspsykiatri	

Selv om det er en stor forenkling å fjerne funksjonell inndeling av store fagområder, ser vi ikke at de oppgitte tjenestetypene i kodeverk K2 alene er dekkende for behovet i store helseforetak.

2. Tjenestetypene oppleves ikke dekkende for automatisert adressering til behandlingsteder

I praksis har virksomhetene også hatt behov for å legge ut flere adresser der de har flere behandlingsteder for samme tjenestetype. Helseforetakene ønsker å tilrettelegge for at pasient og henviser får oversikt til å velge behandlingssted etter reglene om fritt behandlingsvalg. Henvissende lege skal informere pasienter om retten til å velge behandlingssted og hjelpe pasienten å ta gode valg¹. Tjenestebasert adressering gjennom Adresseregisteret oppleves ikke å ivareta dette perspektivet i virksomheter der det er flere behandlingsteder for den samme tjenestetype. Tjenestetyper på overordnet nivå splittes derfor på behandlingsted:

Indremedisin

Bærum	@	100018	VIS
Drammen	@	100020	VIS
Kongsberg	@	91997	VIS
Ringerike	@	100019	VIS

Kirurgi

Bærum	@	91996	VIS
Drammen	@	100013	VIS
Kongsberg	@	100012	VIS
Ringerike	@	91994	VIS

¹ <https://helsedirektoratet.no/fritt-behandlingsvalg/fastlegens-ansvar-i-fritt-behandlingsvalg>

(Eksempel fra Vestre Viken HF slik tjenestetypene Indremedisin og Kirurgi fremstår i register.nhn.no. Eksemplet gjenfinnes hos flere helseforetak)

At tjenestetypene er blitt splittet på behandlingsted kan også ha sammenheng med en forventning om at adresseringen skal kunne brukes til tilgangsstyring: Adressering som treffer personell ved relevant behandlingsted kan oppfylle kravet om at «Tilgang til helse- og personopplysninger kan kun gis når det er nødvendig for å få tilstrekkelig informasjon til å gjennomføre eller bistå ved gjennomføringen av et behandlingstiltak (...)»²

3. Tjenestetypene oppleves ikke dekkende for automatisert adressering mot intern arbeidsflyt til og fra funksjonelle enheter

I de store helseforetakenes interne arbeidsflyt sendes dokumenter og oppgaver til og fra arbeidsgrupper eller enkeltpersoner (innenfor samme PAS/EPJ og uten å måtte gjøre oppdateringer i adresseregisteret). Der disse interne kommunikasjonspartene ikke oppfyller adresseregisterets krav til et enkelt nivå med angitt tjenestetype fra kodeverk, ser vi at det er etablert manuelle postmottak som sender meldinger videre fra en overordnet felles tjenesteadresse til mottaker i en intern arbeidsgruppe. Slik manuell håndtering gir økt sårbarhet for både pasientsikkerhet og informasjonssikkerhet. Risikoen må følges opp i sykehusenes internkontrollsystem. Det vil kunne være en utfordring å automatisere koblingen til virksomhetens interne arbeidsflyt, særlig siden Standarden har en uttalt målsetting om «å frikoble adresseringen fra virksomhetenes interne organisering».

Resultatet av hvordan sykehus omgår problemet ser vi i praksis (register.nhn.no) når det for en tjenestetype som ikke finnes i organisasjonen, opprettes flere tjenesteadresser for automatisert «mapping» til meldingsmottakere i organisasjonens interne arbeidsgrupper:

Barnekirurgi

Haukeland universitetssjukehus. Gastroenterologisk kirurgi.	@	91036	VIS
Haukeland universitetssjukehus. Plastikkirurgi	@	91038	VIS
Haukeland universitetssjukehus. Urologisk kirurgi	@	91037	VIS

(Eksempel fra Helse Bergen HF slik «barnekirurgi» fremstår i register.nhn.no: Helse Bergen HF har ingen kommunikasjonspart dedikert for «Barnekirurgi», men har likevel ønsket å publisere denne tjenestetypen).

Resultatet for mottakerne av melding fra en slik tjenestetype, kan være at de ikke klarer å identifisere den reelle kommunikasjonsparten i sykehuset fra sitt eget system.

4. Om kravene i standarden:

A. Spørsmålet blir så om de tre nevnte hovedutfordringene kan løses gjennom at kravene i standarden gir mulighet for å dekke behovene på annen måte enn ved splitting av tjenestetyper. Målsettingene om at adressene «representerer hovedsakelig virksomhetens fagområder og/eller

² [Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren Faktaark 14 - Tilgangsstyring \(PDF\)](#)

tjenestetilbud» og «oppleves som hensiktsmessige for de som deltar i samhandlingen», vil kunne tenkes ivaretatt av nytt krav til bruk av feltet «Sted/funksjon»:

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
AD3.20	Feltet 'Sted/funksjon' skal benyttes i de tilfellene en virksomhet må registrere flere kommunikasjonsparter med samme tjenestetype.	V
AD3.21	Feltet 'Sted/funksjon' skal kun benyttes til å spesifisere lokalisering, tjenesteområde eller om det er en regional/nasjonal tjeneste.	V

Vi ser ikke at de beskrevne hovedutfordringer for adressering til sykehusenes organisasjonsenheter løses ved å splitte registrering av mottaker i et felt for «Sted/funksjon». Skal det være mulig å bruke informasjon om «Sted/funksjon» til adressering inn i sykehus, må den være strukturert i flere felt. Å etablere slik automatisert prosess-støtte er ikke motstridende til å «frikoble adresseringen fra virksomhetenes interne organisering». Det vil være mulig å publisere tjenestetyper uavhengig av hvem som skal vurdere henvisning eller besvare annen melding i helseforetakets interne arbeidsflyt, men det er ikke mulig å bruke ustrukturert informasjon i felt til å automatisk adressere internt i sykehuset til rett mottaker.

Vi ser heller ikke at sykehusenes samhandlingsparter vil bli optimalt hensyntatt med krav AD3.20. Henvisende leger har behov for å se tjenestetype og sted opp mot tilgjengelige undersøkelser, behandlinger og fagområder på <https://helsenorge.no/velg-behandlingssted>. Valgt behandlingsted burde kunne brukes til adressering, slik at tjenestene kan sees i sammenheng. Det er ellers vanskelig å se at henvisende lege kan oppleve helseforetakenes tjenestetyper som «hensiktsmessige for å finne riktig mottaker», i situasjoner der legen benytter helsenorge.no for å finne rett adressat for en henvisning.

Det samme kravet til struktur gjelder for gjenbruk til statistikk. Det er ikke effektiv bruk av IKT dersom man må registrere manuelt ut fra fritekst for rapportering og internkontroll av meldinger til og fra behandlingssteder og funksjonelle enheter.

Siden fritekst i et kombinert felt må håndteres manuelt, og ikke enkelt kan støtte automatisering av adressering inn i sykehusenes interne arbeidsflyt, foreslår vi følgende til en nærmere presisering av kravene:

- «Sted» bør kunne benytte kodeverk for behandlingsteder som allerede vedlikeholdes for Fritt behandlingsvalg på helsenorge.no. Siden dette kodeverket for behandlingsted vedlikeholdes gjennom virksomhetenes meldinger til AA/bedriftsregisteret hos SSB, og brukes av helsetjenstekatalogen til Norsk Helsenett, må det ikke opprettes noe nytt kodeverk for «sted». Bedriftsnummeret er koden som vil kunne gjenfinnes i sykehusenes EPJ-systemer og i Register over enheter i spesialisthelsetjenesten (RESH).
- «Funksjon» skal være et felt med strukturert informasjon. Det må her være ønskelig å etablere en sammenheng mellom informasjon til pasient og henviser om ventetider og kvalitetsindikatorer på helsenorge.no, og tjenestetypene for adressering til valgt behandlingsted. Dersom dette ikke er mulig, bør en vurdere å opprette kodeverk for

felt «funksjon» basert på behandlingsstedenes næringskode som registrert i Bedriftsregisteret.

- «Regional/nasjonal tjeneste» har vi problemer med å se nødvendigheten av som eget felt. Kan det i stedet være en egenskap ved en kode i feltet funksjon?

B. Et annet spørsmål er om kravene er stramme nok til å sikre en felles praksis som «oppleves hensiktsmessig for dem som deltar i samhandlingen» og oppfyller krav til enhetlig og robust adressering for forvaltningen. Her mener vi at kravene er for løst formulert til å kunne sikre en felles praksis, og at ulik praksis ikke vil oppleves hensiktsmessig for avsendere som må forholde seg til flere sykehus.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
AD3.1	Avsender skal adressere meldingen til den kommunikasjonsparten som representerer tjenesten som skal behandle meldingen.	V
AD3.2	Avsender av en melding skal være kommunikasjonsparten som representerer tjenesten det sendes fra.	A

AD3.1 kan tolkes på mange måter av virksomhetene. En overordnet kommunikasjonspart som «representerer tjenesten» kan være et felles henvisningsmottak på helseforetaksnivå. Den andre ytterlighet kan være å la avsender adressere helt inn til spesifikk intern funksjonell enhet eller til en enkeltperson (se punkt 3 og hovedutfordring 3).

AD3.2 er satt som «Type A» (Anbefalt), men den forklarende teksten kan tolkes på ulike måter. Avsnitt gjengitt nedenfor kan forstås som om dette er det eneste obligatoriske krav i helseforetak og private sykehus:

«Virksomheter av type 'Helseforetak og private sykehus' skal registrere kommunikasjonsparten 'Samhandling nasjonale tjenester'. Utover dette er opp til den enkelte virksomhet å registrere de kommunikasjonsparter som er nødvendig for kunne oppfylle krav AD3.2».

Etter over mange år med diskusjon for å oppnå felles forståelse, er kravene fremdeles ikke presise nok til å sikre lik publisering av tjenesteadresser til og fra sykehus.

5. Om kravene i standarden er spesielt krevende å etterleve

Vi ser ikke at kravene i standarden som sådan er spesielt krevende å etterfølge, men antar likevel at det fortsatt vil kunne være krevende er å oppnå formålene med tjenestebasert adressering, som beskrevet i standardens del 1:

«Formålet med tjenestebasert adressering er å oppnå enhetlig og robust adressering. Tjenestebasert adressering bidrar til å frikoble adresseringen fra virksomhetenes interne organisering ved at virksomhetene benytter enhetlige tjenestetyper i adresseringen. Dette fører til enklere vedlikehold av informasjon om virksomheter og kommunikasjonsparter i Adresseregisteret, samtidig som det blir enklere for avsender å velge riktig mottaker av meldingen. Tjenestebasert adressering innebærer at avsender ikke trenger å ha kjennskap til den interne organiseringen hos mottaker. Bruk av tjenestetyper skal bidra til en mer enhetlig fremstilling av virksomhetene i Adresseregisteret.

Tjenestebasert adressering kan bidra til at meldingen kommer fram til riktig nivå i virksomheten, hvor den kan bli behandlet av personell med riktig fagkompetanse.»³

Vi ser at standardens forenkling av dagens tjenestetyper kan bidra til mer felles forståelse av hvordan tjenestebasert adressering skal benyttes i praksis, men er bekymret for om kravene er tydelige nok for tjenestebasert adressering til og fra de riktige kommunikasjonsparter i de store helseforetakene. Dette vil fortsatt være krevende dersom det ikke også stilles sterkere krav til lik implementering av tjenestetyper og publisering av tjenesteadresser. For å kunne stille sterkere krav til standardisert publisering av tjenesteadresser i en revidert versjon, bør kravene for både adresseregistertjenestens felt for «sted/funksjon» og kodeverk K2 for tjenestetyper videreutvikles for å møte de nevnte utfordringene for helseforetakene.

6. Oppsummering

Nasjonal IKT HF håper å kunne bidra til at helseforetakenes utfordringer hensyntas bedre, både ved bruk av kodeverk for godkjente tjenestetyper, implementering av strukturerte felt for «sted» og «funksjon», og utvikling av mer presise krav for kommunikasjonsparter i adresseregisteret som kan sikre en felles praksis.

Med hilsen

Gisle Fauskanger

Adm. dir. Nasjonal IKT HF

Gunnar Jårvik

Saksbehandler

Dokumentet er godkjent elektronisk

³ [Tjenestebasert adressering del 1: Generelle krav \(HIS 1153-1:2016\).](#)