

# Høring på standard for tjenestebasert adressering del 3: Tjenestetypene

Tilbakemelding på HIS 1153-3 Høringsutkast 2017 – «E-helse 17/283»

## Innledning:

Viser til høring på standard for tjenestebasert adressering del 3: Tjenestetypene. Direktoratet ber høringsinstansene om spesielt å vurdere om tjenestetypene og virksomhetstypene er dekkende. Videre bes høringsinstansene vurdere om det å etterleve kravene i denne standarden vil være spesielt krevende. I så fall ber direktoratet om dette kommenteres og begrunnes. Tromsø kommune ønsker å gi tilbakemelding på overstående, samt dokumentet for øvrig.

## Generelt:

Tromsø kommune ser at standarden ikke tar høyde for at mange benytter det samme journalsystemet til fastlegesystem på dagtid og legevaktsystem ( gjerne interkommunalt) på kveldstid. Det er ingen journalsystem/fagsystem som i dag klarer å håndtere disse to ulike måtene å bruke systemet på – at det faktisk skal foreligge helt andre identifikatorer som fastlege kontra legevakt i meldingene når man skal samhandle elektronisk. Dette er en generell problemstilling som bør avklares og ha større fokus på.

## Vurdering av tjenestetypene:

Det er positivt at det er tatt initiativ for å gjennomgå tjenestetypene, og at prinsippet for tjenestetypene som benyttes til adressering skal formuleres slik at de blir presise og enkle å forstå både for de som skal registrere kommunikasjonsparter i Adresseregisteret, og de som skal finne riktig mottaker. Det er også bra at det vektlegges at tjenestetypene skal ha korte og presise navn. Tromsø kommune ønsker likevel å understreke at det er den enkelte virksomhet som må ha definisjonsmakta på hvilke kommunikasjonsparter/tjenestetyper som er aktuelle, og at man ikke fjerner (eller nekter å opprette) tjenestetyper som nettopp ER så presise at det er intuitivt for sluttbruker hva det gjelder.

Tromsø kommune har et Sosialmedisinsk senter som yter helsehjelp til et bredt utvalg innbyggere og besøkende. Det er en lavterskel helsetjeneste som er godt etablert og har fungert i mange år både som studenthelsestasjon for Universitetsstudenter, legekonsultasjon for korttidsbesøkende/-arbeidstakere som av en eller annen grunn ikke har anledning til å oppsøke ordinær fastlege/legevakt, rusklinter, ungdommer, migranter, asylanter, vanskeligstilte, andre. Felles for alle konsultasjoner er at dette er et gratis tilbud. Både spesialisthelsetjenesten og andre kommunale enheter er godt kjent med begrepet «Sosialmedisinsk senter». Ingen av de foreslåtte tjenestetypene vil være dekkende for denne tjenesten, og den vi i dag benytter (Sosialmedisinsk senter, helsetjeneste<sup>1</sup>) foreslås fjernet i denne nye standarden.

Sosialmedisin er et fagområde i krysningspunktet mellom medisin og samfunnsfag. Faget søker å forstå hvordan sosiale og økonomiske forhold virker på helse, sykdom og medisinsk praksis, og bidra til et sunnere samfunn gjennom en slik økt forståelse (Wikipedia: <https://no.wikipedia.org/wiki/Sosialmedisin>). Dersom

---

<sup>1</sup> Kodeverdi KX03 fra kodeverk 8663

kodeverdien KX03 skal fjernes/endres foreslår vi heller at den endres til «Sosialmedisin». Dette vil være beskrivende for denne tjenesten heller enn de foreslåtte tjenestetypene. De kommunene som ikke har denne tjenesten vil uansett ikke trenge å opprette tjenestetypen i Norsk Helsenetts Adresseregister (NHN AR), men for de kommunene som *har* denne tjenesten er det viktig at det er intuitivt for sluttbruker som velger mottaker hvor meldingen sendes (dvs. våre samarbeidspartnere).

Det som i praksis skjer dersom kommuner ikke finner nødvendige tjenestetyper som er dekkende for de tjenester som benyttes er at man tar i bruk kreative metoder for å ha i gang den elektroniske kommunikasjonen. Et slikt lavterskellegekontor som vi har ved Sosialmedisinsk senter kan da f.eks. registreres i NHN AR som et ordinært legekontor, men da bryter vi med nasjonale retningslinjer.

#### Vurdering av endring av feltet «Annen stedsangivelse» i Adresseregisteret:

Det er foreslått at feltet «Annen stedsangivelse» i Adresseregisteret endres til «Sted/funksjon» for å dekke et utvidet bruksområde. Tromsø kommune har ingen innvendinger knyttet til dette, men presiserer at dette har liten nytteverdi dersom leverandørene unnlater å ha dette feltet med i lokal visning/lokalt adresseregister. I dagens fagsystemer er det vilkårlig om dette feltet vises for sluttbruker når adresser skal velges, og det er derfor stor sannsynlighet for valg av feil adresse dersom virksomheten har flere kommunikasjonsparter av samme tjenestetype. Det må i planen for hvordan man skal innføre standarden i sektoren stilles krav om at leverandørene følger anbefalingene om visning av Adresseregisterets felter<sup>2</sup>.

#### Etterlevelse av standarden:

For Tromsø kommune vil ikke kravene i standarden nødvendigvis bli krevende å etterleve, forutsatt at systemleverandørene implementerer nødvendig kodeverk, og at tjenestetypene i kodeverk 8663 og 8666 er dekkende for vårt behov. Det er også viktig at leverandørene programmerer journalsystemene/fagsystemene til at nødvendige identifikatorer framkommer i meldingenes XML (innhold).

En kritisk suksessfaktor ved en slik endring i standard er å påse at systemleverandørene har implementert OSEAN<sup>3</sup>-funksjonaliteten på en korrekt måte for å håndtere endringer fortløpende. Vi er kjent med at enkelte systemleverandører håndterer OSEAN manuelt, og det er da en risiko knyttet til at meldinger ikke kommer fram eller leses inn i journalsystemene/fagsystemene på en korrekt måte.

#### Dokumentet forøvrig:

##### Side 9, tabell 1:

Her er en oversikt over kodeverk tilgjengelig for adresseringsformål. Det er foreslått nye kodeverk som vil få tildelt en identifikator når standarden er publisert.

Tromsø kommune ber om at det foreslåtte kodeverket K3 vurderes om kan endres til «Tjenestetyper for fylkeshelsetjenesten», hvor dette kan inkludere både tannhelse og helsetilsyn/fylkesmann. Det er i framtiden behov for å kunne kommunisere elektronisk med Fylkesmannen når det gjelder tvangsvedtak (jfr Pbrl § 4A<sup>4</sup> og Hol § 9<sup>5</sup>). Det er også behov for å kommunisere elektronisk med Helsetilsynet/Fylkesmannen når det gjelder tilsynssaker og klagesaker. Ved å ta høyde for dette i allerede foreslåtte nye kodeverk vil det lette arbeidet når dette en gang i framtiden blir teknisk og praktisk mulig. Det er viktig at man i en standard

<sup>2</sup> Jfr. rapport fra Strakstiltak Adresseregisteret om Visning av Adresseregisterets felter fra desember 2015:

[https://ehelse.no/Documents/Adresseregisteret/2015\\_12\\_16\\_Visning%20av%20Adresseregisterets%20felter.pdf](https://ehelse.no/Documents/Adresseregisteret/2015_12_16_Visning%20av%20Adresseregisterets%20felter.pdf)

<sup>3</sup> Oppdatering og Søk etter Elektroniske Adresser. Integrasjon mellom journalsystem og NHN-Adresseregister.

<sup>4</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven (Pbrl) kapittel 4A – skal sikre nødvendig somatisk helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen. Vedtak om tvungen helsehjelp fattes og sendes til Fylkesmannen – på papir i dag. Svar kommer i retur, og skal dokumenteres i journalen.

<sup>5</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven (Hol) kapittel 9 – rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning. Vedtak om tvang og makt fattes og sendes til Fylkesmannen – på papir i dag. Svar kommer i retur, og skal dokumenteres i journalen

også tar høyde for framtidens muligheter og behov.

**Side 10 og 11, tabell 2:**

Her gis en oversikt over hvilke kodeverk som er tilgjengelig for registrering av kommunikasjonsparter i Adresseregisteret for ulike virksomhetstyper.

Tromsø kommune ønsker å minne om at enkelte kommuner (pleie- og omsorgstjenesten) får laboratoriesvar analysert av lokalt laboratorium på legekantoret, dvs. at det ikke sendes til Helseforetak eller private virksomheter for analyse. Det vil sånne være behov for at kodeverk K1 gjøres tilgjengelig for virksomhetstype 103 Fastlege. Pr i dag har ikke fastlegesystemene funksjonalitet for å sende ut svarrapporter lab, men det er et udekket behov og standarden bør derfor ta høyde for dette. Ved ikke å påføre kodeverk K1 på virksomhetstype Fastlege ekskluderer man at dette skal kunne gjøres.

**Side 13, AD 3.6:**

Tabellen lister opp kravbeskrivelse hvilke kommunikasjonsparter virksomheter av type `Kommune` som et minimum skal registrere.

Det er forståelig, men forunderlig, at kommunene må ha minimumskrav for hvilke kommunikasjonsparter som skal registreres når det ikke ligger samme minimumskrav overfor de andre virksomhetstypene. Lista over minimumskravet er lang (12 tjenestetyper). Vi er igjen tilbake til at den enkelte virksomhet må få ha definisjonsmakta på hvilke kommunikasjonsparter/tjenestetyper som er aktuelle.

**Side 13, AD 3.8:**

Det foreslås i denne kravbeskrivelsen at man i de tilfeller hvor det ikke eksisterer en navngitt fastlege at tjenestetypen `Fastlege, ubesatt hjemmel` kan benyttes.

At en slik løsning foreslås vitner om at man ikke godt nok har kartlagt arbeidsprosessene og sammenhengene mellom identifikatorer på innkommende meldinger kontra utgående meldinger. Avsender speiler mottaker. Dersom en vikarlege skal sende henvisninger, rekvisisjoner, PLO-meldinger, sykemeldinger osv fra tjenestetypen `Fastlege, ubesatt hjemmel` vil vedkommende ikke ha personlig HER-id. Vil sykehusene og andre (NAV, Helfo mv.) godta at meldinger har denne avsenderidentifikatoren?

Det foreligger i del 2 av Standard for tjenestebasert adressering<sup>6</sup> AD 2.4 at hver enkelt fastlege vil stå oppført som en kommunikasjonspart. Dette vil i så fall ikke stemme, da kommunikasjonsparten vil være `Fastlege, ubesatt hjemmel`. I så måte er det viktig for mottaker av meldingen å vite hvilken lege det faktisk er som har sendt meldingen for å avsjekke at vedkommende har henvisningsrett/rekvisisjonsrett.

For pleie- og omsorgstjenesten vil det være viktig å vite hvilken lege som f.eks. har endret dosering, foreskrevet et nytt medikament eller satt en diagnose. Ved bruk av PLO-meldinger til et slikt formål vil det ikke framkomme nødvendig identifikasjon hvilken lege som har tatt denne beslutningen. At avsenderinformasjonen da er `Fastlege, ubesatt hjemmel` vil ikke være tilstrekkelig informasjon. Det er derfor viktig at det framkommer i fagdelen av meldingen legens HPR-nummer, slik at man har mulighet for å identifisere legen. Det virker ikke som del 2 av standarden tar høyde for dette (ved å ha dette som et obligatorisk krav for identifikator i fagdelen).

---

<sup>6</sup> HIS 1153-2: 2016 :

[https://ehelse.no/Documents/Standarder/HIS\\_1153\\_2\\_2016%20Tjenestebasert%20adressering%20del%202.pdf](https://ehelse.no/Documents/Standarder/HIS_1153_2_2016%20Tjenestebasert%20adressering%20del%202.pdf)

Vi har forståelse for at det ved enkelte legekantor er vansker med mange vikarleger og at de ønsker å finne god løsning med arbeidsflyt/håndtering av meldinger internt i systemet. En slik «fellespostkasse» (‘Fastlege, ubesatt hjemmel’) ville imøtekomme dette behovet, men blir vanskelig å håndtere for samarbeidspartnere som er mottakere på meldinger når avsender er en «undefinerbar» kommunikasjonspart (‘Fastlege, ubesatt hjemmel’). En slik adresse vil også fort kunne bli misbrukt som fellespostkasse til legekantor av de som ikke tar seg bryet med å reflektere over hvem som faktisk er mottaker av meldingen, og dermed en trussel for brudd på taushetsplikten/informasjonsikkerheten.

Utfordringer ved bruk av vikarleger og ubesatte fastlegehjemler bør heller løses ved interne rutiner og oppsett i eget journalsystem (fraværsassistent).

En slik funksjonalitet er også vanskelig å få til å fungere med dagens muligheter for OSEAN-funksjonalitet i fastlegejournalsystemene. Det må gjøres en avklaring med journalsystemleverandørene at dette på en enkel måte lar seg implementere og at det vil fungere i praksis.