



Direktoratet for e-helse
Postboks 6737 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår referanse: 17/00565-2
Arkivkode: 0
Saksbehandler: Egil Rasmussen
Deres referanse:
Dato: 16.05.2017

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

Viser til høringsutkast til HIS 1153-3:2017 fra Avdeling Standardisering i Direktoratet for e-helse, publisert på ehelse.no med svarfrist 16.mai 2017.

E-helse etterspør spesielt innspill på om tjenestetypene og virksomhetstypene er dekkende, og om det vil være spesielt krevende å etterleve kravene.

KS er enig i at det etableres en nasjonal standard for tjenestebasert adressering, hvor tjenestetyper defineres og standardiseres. Når det gjelder etterlevelse av standarden så vil KS påpeke at prinsippene for adressering, og automatikk i nedlastning og synkronisering mot NHN-Adresseregister er avgjørende for at standarden skal kunne etterleves. Man må sikre at alle leverandører, både av EPJ og meldingstjenere klarer å oppdatere informasjon om kommunikasjonspartnerne automatisk. Man må bort fra manuelle prosesser og tilpasninger i lokale adresselister. Prinsippene som adresseringsmetoden bygger på må gjennomføres fullt ut for alle deltakende aktører.

KOMMENTARER TIL ENKELTELEMENTER I HØRINGSUTKASTET:

KOMMENTARER TIL KAPITTEL 3 «TJENESTETYPEN»

- **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. 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).

- **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.

- **KAPITTEL 3.4.2 «KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE» (SIDE 13)**

Krav AD3.6 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.

- **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.

Nytten kan f.eks. være når en fastlege ønsker å informere legevakten om oppfølgingen av en pasient som kan få behov for å kontakte legevakten utenom legekontorets åpningstid. Informasjon om «åpningstid» kan da forklar legen hvorfor kommunen har to oppføringer av legevakttjeneste i adresseregisteret, og klargjøre om det er behov for å informere en eller begge tjenestene. Denne anvendelsen er en utvidelse i forhold til det som er beskrevet som innhold i feltet sted/funksjon. Det er i tillegg et behov for å kunne søke og sortere på sted i Adresseregisteret. Sted må fremkomme tydelig i visning av registrerte tjenestetyper.

- **KAPITTEL 3.4.8 «STATLIG FORVALTNING» (SIDE 16)**

Fylkeslege eller tilsvarende offentlig tilsynsmyndighet burde naturlig lagt i denne kategorien. Forslag å gjenbruke «Saksbehandling pasientopplysninger» fra kodeverk 8666 eller å tildele egen kode i «Tjenestetyper for statlig forvaltning» kodeverk 8658. Hjelpemiddelsentralen savnes også som kommunikasjonspart under denne virksomhetstypen.

- **KAPITTEL 3.4.9.FORSIKRINGSSKAP (SIDE 16)**

Advokater og tilsvarende "private" aktører bør kategoriseres i samme virksomhetstype som forsikringselskap. 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.

KOMMENTARER TIL VEDLEGG A «KODEVERK SOM BENYTTES TIL ADRESSERING»

- **KODEVERK K2 «TJENESTETYPEN FOR SPESIALISTHELSETJENESTEN» (SIDE 20)**

- 4 «Fellesfaglig avsenderadresse» er en tjenesteadresse bryter med prinsippet om at avsenderinformasjon skal representere den tjenesten meldingen sendes fra. KS anbefaler at denne adressen utgår fra standarden, men at helseforetak gis anledning til å søke midlertidig tillatelse til å benytte adressen i en overgangsperiode. Bruk av adressen må avvikles seinest ved utgangen av 2020.
- Vi savner tjenesteadresse for kommunikasjon om behandlingshjelpemidler

- **KODEVERK 8658 «TJENESTETYPEN FOR STATLIG FORVALTNING» (SIDE 22)**

- Vi savner tjenesteadresse for kommunikasjon med Hjelpemiddelsentralene om hjelpemidler
- Vi savner tjenesteadresse for kommunikasjon med offentlig tilsynsmyndighet (f.eks. fylkesmann/lege)

- **KODEVERK 8663 «TJENESTETYPEN FOR KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE MV.» (SIDE 23)**

- 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. Siden tjenestene ikke finnes i alle kommuner, vil de være krevende å ta i bruk for helseforetak, som ønsker like rutiner i forhold til alle kommuner. Men i forhold til fastlegene og andre lokale samhandlingsaktører som etter hvert tar del i elektronisk

meldingsutveksling, vil disse tjenesteadressene kunne være svært nyttige. Ikke minst i forbindelse med den team-organiseringen av helse- og omsorgstjenesten som er på trappene, vil det være hensiktsmessig å kunne adressere kommunale «spesialister». Utfordringene framover for kommunal helse- og omsorgstjeneste, med kraftig vekst i oppgaver og redusert personelltilgang, gjør at kommunikasjonen må gjøres så effektiv som mulig. Både pasientsikkerhet, personvern og effektivitet styrkes gjennom disse tjenesteadressene. Alternativet med å presentere tjenestene som særtilfeller av «sykepleietjeneste» gir en dårligere løsning enn å beholde tjenesteadressene. Litt om de enkelte tjenesteadressene:

- Kreftkoordinator (24 kommuner har registrert denne i NHN Adresseregister): Mange kommuner har kreftkoordinator, som har bedre kompetanse og kapasitet enn den generelle hjemmesykepleier til å bidra til at hjemmeboende kreftpasienter får god oppfølging fra kommunens tjenester. Kommunens kreftkoordinator er omtalt i forbindelse med pakkeforløp kreft for pasienter med kreft i bukspyttkjertelen. Kreftkoordinator samarbeider med pasientens fastlege, og i dette samarbeidet vil det være sentralt at kreftkoordinator nåes med egen tjenesteadresse.
- Demenskoordinator (30 kommuner har registrert denne i NHN Adresseregister): Ifølge Demensplan 2020 har 80 % av kommunene demensteam og/eller demenskoordinator. Disse har særlig en rolle i forbindelse med utredning for demens. Gjennom egen tjenesteadresse senkes terskelen for at fastlege kan komme i kontakt med kommunens spesialister som kan bidra til en viktig utredning slik at demente og deres pårørende får gode og adekvate tjenester fra kommunen.
- Diabeteskoordinator (3 kommuner har registrert denne i NHN Adresseregister): Helsedirektoratets faglige retningslinjer gir fastlegen ansvar for oppfølging av diabetes type 2. Samarbeid med kommunal diabeteskoordinator kan være hensiktsmessig i denne forbindelse, men svært få kommuner har så langt etablert en slik spesialist-rolle. Økende forekomst av diabetes type 2 og økende spesialisering i kommunene kan være argument for å beholde tjenesteadressen slik at kommuner som har tilbudet kan publisere dette via NHN Adresseregister.
- Synskontakt (9 kommuner har registrert denne i NHN Adresseregister): Kommunal synskontakt er bindeledd mellom kommunens brukere med syns-lidelser og hjelpemiddelsentralen, samt andre relevante hjelpeinstanser. Tjenesten tilbyr gjerne lavterskeltilbud, dvs. at den ikke er gjenstand for vanlig saksbehandling og vedtak.
- Hørselskontakt (8 kommuner har registrert denne i NHN Adresseregister): kommunal hørselskontakt er bindeledd mellom kommunens brukere med hørselssvekkelse og hjelpemiddelsentralen, samt andre relevante hjelpeinstanser. Tjenesten tilbyr gjerne lavterskeltilbud, dvs. at den ikke er gjenstand for vanlig saksbehandling og vedtak.
- Familieteam (4 kommuner har registrert denne i NHN Adresseregister): Familieteam er tverrfaglige team som tilbyr hjelp ved atferdsproblemer hos barn. Tjenesteadressen bidrar til at fastlege og ev spesialisthelsetjeneste lettere kommer i kontakt med tjenesten i kommuner der den finnes. Tjenesten tilbyr gjerne lavterskeltilbud, dvs. at den ikke er gjenstand for vanlig saksbehandling og vedtak.

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.

- 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. KS 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.
- Kommunene har også andre tjenester som har behov for elektronisk meldingsutveksling med helse- og omsorgstjenesten. Dette gjelder i særdeleshet skoler og barnehager. KS 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.
- **KODEVERK 8666 «FELLES TJENESTETYPER» (SIDE 24)**
 - At Kode 02 «Meldingsmottak» er en tjenesteadresse bryter med prinsippet om at avsenderinformasjon skal representere den tjenesten meldingen sendes fra. Det anbefales derfor ikke å opprette en ny tjenesteadresse med denne betegnelsen.

KOMMENTARER TIL OM DET VIL VÆRE SPESIELT KREVENDE Å ETTERLEVE KRAVENE I STANDARDEN
 KS vil påpeke viktigheten av gode implementeringsplaner inkl. plan for oppfølging av leverandører. Herunder bidrag til å utarbeide kravspesifikasjon, og direktoratet må være tydelig på at dette er et nasjonalt prioritert tiltak for alle involverte aktører.

I tillegg er det viktig at videreutvikling og integrasjon mellom Adresseregisteret og EPJ-systemene styres nasjonalt, med deltakelse fra sektoren.

For kommunal helse- og omsorgstjeneste mv. vil det være ulikt i hvilken grad tjenestene har EPJ som støtter flere tjenestetyper. Utfordringsbilde vil være hvordan tjenestene er organisert og hvilken EPJ-system de bruker.

Det er en utfordring for kommunene å vedlikeholde de lokale adresseregistrene til enhver tid. Målet må være at systemene gjør online oppslag mot NHN Adresseregister hver gang en melding skal sendes. Dataene i Adresseregisteret har nå en helt annen kvalitet enn da dagens OSEAN-løsninger ble kravstilt og utviklet, så en revisjon og videreutvikling bør initieres. Det er også viktig at man ved innføring av standarden tar hensyn til at det må foreligge funksjonalitet for bla. visning av feltet sted/funksjon for sluttbruker før man endrer tjenestetyper, der man er avhengig av denne visningen for å sikre riktig mottaker.

Med vennlig hilsen

Line Richardsen
 Avdelingsdirektør Digitalisering

Egil Rasmussen
 saksbehandler