

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 DEP  
0030  
Oslo

Deres ref.:

Vår ref.: HSAK202300331

Dato: 30-03-2023

### **Innspill fra Legeforeningen: Digitalisering i nasjonal helse- og samhandlingsplan**

Det vises til invitasjon fra Helse- og omsorgsdepartementet og vedlagte høringsnotat av 2. februar 2023. Legeforeningen takker for anledningen til å gi innspill til høringsnotatet om digitalisering i Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Legeforeningen viser også til vårt høringsinnspill av september 2022<sup>1</sup>.

#### **Legeforeningen mener:**

- Pågående prosjekter som pasientens legemiddelliste, pasientens prøvesvar, kritisk informasjon-synkronisering og dokumentdeling i kjernejournal er sentrale byggeklosser som må fullføres.
- Helse Midt-Norge må kunne tilby helsepersonell i regionen et journalsystem som understøtter effektivt arbeid og pasientsikkerhet, og som har brukervennlig funksjonalitet og utforming.
- Det behøves et "Brukervennlighetsløft" der legene kan bruke mer tid på pasientbehandling og mindre tid til databehandling og rapportering til sekundærbruk. Viktigst av alt er pasientmøtet og det må understøttes bedre.
  - Målet er ikke digitalisering i seg selv. Digitale verktøy må hjelpe og avlaste klinikerne og digital samhandling må frigjøre mer tid til pasienten.
  - Full integrasjon mot Elektronisk pasientjournal (EPJ) må være et premiss for løsningsvalg i den digitale samhandlingen.
  - Dataminimering må være det ledende prinsippet. Ikke pålegg innsamling og dokumentasjon av data man ikke trenger, ikke kan stole på – eller ikke vet hva skal brukes til. Hvert datapunkt som samles inn, tar tid fra pasientens korte tid med legen.
  - Reduserte krav til innrapportering må veie tungt i pågående oppdrag og utviklingsprosjekter. Positive tiltak er Direktoratet for e-helses arbeid med portalsituasjonen for allmennleger, og automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre.
- Klinisk/medisinskfaglig deltakelse er avgjørende for å lykkes med digitalisering i helsesektoren. Det gjelder så vel medisinskfaglig representasjon i råd/utvalg/referansegrupper/styringsgrupper osv. som klinikerinvolvering i konkrete prosjekter.

---

<sup>1</sup> [Høringsuttalelse Legeforeningen 2022 – Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan](#)



- Det er behov for en gjennomgang av helselovgivningen i form av et lovutvalg på området der både helse-/medisinfaglige, personvernrelaterte og juridiske spørsmål utredes som grunnlag for et helhetlig og mer oversiktlig regelverk for helsepersonell og pasienter.
- Ny teknologi som skal bedre pasientbehandlingen og redusere arbeidsbelastning for helsepersonell må gis prioritet og følges opp. Et eksempel er elektroniske helsekort for gravide (EHG).
- Nasjonal infrastruktur og nasjonale felleskomponenter bør finansieres av staten over statsbudsjettet.
- Digitaliseringen av helsetjenesten er underfinansiert. Dette innebærer at alle aktører; statsforvaltningen, IKT-leverandører, helseforetak, kommuner og leger må prioritere innenfor sine rammer. Innsatsen må derfor rettes mot noen få prosjekter som man løser i fellesskap og som blir implementert.
- Et absolutt krav om bruk av e-resept i revidert forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler som trådte i kraft høsten 2022 er et steg i feil retning. En bærekraftig helsetjeneste er avhengig av at helsepersonell kan bidra ved behov der de har kompetanse og kapasitet, og en viss fleksibilitet i løsningene må foreligge for ikke å unødige begrense dette handlingsrommet.

Fremtidens helsetjeneste står foran store utfordringer knyttet til bærekraft og personell. Helsepersonellkommisjonen la frem sin utredning 2. februar 2023. Tiltak rettet mot digitalisering og teknologisk utvikling er ett av seks tiltaksområder. Legeforeningen vil peke på at dersom tiltakene kommisjonen har pekt på skal få effekt må arbeidet med å fjerne unødvendige tidstyver for helsepersonell gis høyeste prioritet. Dette gjelder digital samhandling mellom helsepersonell, og mellom helsepersonell og myndigheter. Fremtidig teknologiutvikling og -implementering må ha som formål å bedre pasientbehandlingen og avlaste personellet. Legeforeningen erfarer at det motsatte ofte er tilfellet. Dette er også vitenskapelig dokumentert<sup>2</sup>.

Den digitale samhandling preges for ofte av ineffektive brukergrensesnitt som medfører økt tidsbruk for helsepersonell. Digitale samhandlingsløsninger resulterer videre ofte i økt tidsbruk for helsepersonell, det være seg i pasientbehandling eller samhandling med annet helsepersonell.

**Er det behov i tjenesten, utover de prioriterte digitale samhandlingsområdene (pasientens legemiddelliste, dokumentdeling, pasientens prøvesvar, kritisk informasjon og datadeling for digital hjemmeoppfølging), som bør prioriteres de neste fire årene og på lenger sikt?**

Sykehusutvalget la frem sin rapport 27. mars 2023. Utvalget peker bl.a. på at kvaliteten på samhandlingen mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten varierer, og at den i flere tilfeller er for dårlig. Det beskrives også en utvikling der pasienter med mer komplekse tilstander skrives ut fra sykehus med en forventning om videre oppfølging og behandling av

---

<sup>2</sup> Salisbury C et al: [The Impact of Digital-First Consultations on Workload in General Practice: Modeling Study. J Med Internet Res. 2020 Jun; 22\(6\): e18203. doi: 10.2196/18203](https://doi.org/10.2196/18203)

fastleger og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste. Legeforeningen forutsetter at beskrivelsene fra sykehusutvalget også følges opp i digitaliseringsdelen av Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

#### *Journalløft for kommunene – sykehjem, kommuneoverlegene*

Legeforeningen har i sitt innspill til en felles kommunal journal (versjon 0.8) lagt vekt på at nasjonale tiltak som inngår i program digital samhandling vil løse de viktigste behovene i en stegvis og riktig rekkefølge. Vi har også fremhevet at det er klokt å satse på flere mindre datasystemer for å knytte eksisterende datasystemer sammen, fremfor ett stort journalsystem som skal omfatte alt. Legeforeningen mener dagens EPJ-løsninger i kommunale helse- og omsorgstjenester bør skiftes ut eller videreutvikles basert på vurderinger av det enkelte systems helsefaglige og tekniske egnethet for å støtte helsepersonell, bedre utøvelsen av helsehjelp og etablere god samhandling i en økosystemmodell. Innfasingsrekkefølge må besluttes basert på lokale prioriteringer og faglige behov, slik at gevinster raskt kan realiseres.

#### *Sykehjem*

Store utfordringer for sykehjemslegene er og har lenge vært mangel på helt grunnleggende brukervennlighet, og også manglende informasjonsutveksling med nasjonale samhandlingskomponenter. Fra våre medlemmer hører vi at det oppleves at mange av journalsystemene som i dag benyttes i alders- og sykehjem mangler nødvendige funksjoner for å understøtte det kliniske arbeidet.

#### *Kommuneoverlegene*

Kommuneoverlegene har store digitale utfordringer. De savner god funksjonalitet som understøtter lovlig digital kommunikasjon av personsensitive opplysninger knyttet til smittevern, smittesporing, tvangsvedtak m.m. Kommuneoverlegene har behov for et EPJ-system for sitt kliniske samfunnsmedisinske arbeid, mest relevant for smittevern, tvungent psykisk helsevern, medisinsk faglig rådgivning til andre kommunale tjenester vedr. enkeltpasienter, og i noen grad folkehelse/miljørettet helsevern hva gjelder legionella.

#### *Fjern tidstyver i klinikken – et brukervennlighetsløft*

Det er flere tiltak som kan samles under overskriften "brukervennlighetsløft". Samlet handler tiltakene om å la legene bruke mer tid på pasientbehandling og mindre tid til databehandling. Det er behov for endringer og forenklinger i journalsystemenes brukergrensesnitt. Det er behov for å redusere dokumentasjonsbehovet. Det er sterkt behov for å avlaste rapporteringsbyrden. Legeforeningens IT-utvalg har summert flere punkter i "Suksessfaktorer for digitalisering i helsetjenesten"<sup>3</sup> Nedenfor nevnes noen pågående eller påtenkte prosjekter som kan bidra til å realisere disse målene.

Legeforeningen mener at kortsiktige og igangsatte e-helsetiltak må gjennomføres parallelt med langsiktige tiltak. At helsepersonell får god og hurtig oversikt over journalopplysninger, god systematikk og god arbeidsflyt er viktig for at pasientene skal kunne få god utredning og

---

<sup>3</sup> Legeforeningen 2019. [Suksessfaktorer for digitalisering av helsetjenesten](#).

virkningsfull og sikker behandling. Det følger av dette at helsepersonell må være involvert og ha innflytelse ved utvikling, anskaffelse og implementering av IT-systemer i helsesektoren. Klinikerinvolvering er avgjørende for å lykkes. Forsøk på å forenkle den kliniske hverdagen ved å utelate de som skal bruke løsningene fører ikke til rask, god måloppnåelse og innebærer en betydelig risiko for at det utvikles funksjonalitet som er både kostbar og suboptimal.

#### *Brukervennlige løsninger med få klikk og enkle å lære*

Det er lang erfaring i moderne IT-industri å bruke egne interaksjonsekspertene til å lage brukergrensesnitt så enkle og raske som mulig. Dette er imidlertid relativt lite utbredt i norsk helsetjeneste i dag.

Det finnes også standardiserte metoder å måle brukervennlighet på, slik som Software usability survey (SUS) eller finske NuHISS. Dette er metoder som kan brukes av Helse- og omsorgsdepartementet til å følge opp hvorvidt brukervennligheten faktisk forbedres.

Regulatoriske eller selvpålagte krav knyttet til f.eks. prosess- og beslutningsstøtte kan tross gode intensjoner virke som en hemsko og tidstyv i stedet for å hjelpe. Et typisk eksempel er rigide krav i nye Sentral forskrivningsmodul, der forskrivere ble tvunget til å ta stilling til informasjon via "hard stops" i SFM, og derved ikke klarte å få forskrevet de korrekte legemidlene. På tross av tydelige innspill fra pilotene i utprøving av SFM virker det ikke som NHN er villig til å fjerne alle disse obligatoriske hard stops. Tilsvarende utfordringer er utbredt i f.eks. kurvesystemer i sykehus og i Helseplattformen.

#### *Portalprosjektet*

Legeforeningen er involvert i det pågående arbeidet i Direktoratet for e-helse om portalsituasjonen for helsepersonell og innrapportering av data til myndigheter. Det foreligger et stort uforløst potensial for å fjerne tidstyver i legenes elektroniske dialog med myndighetene. Antall portalpålogginger må derfor reduseres og forenkles, og det må også her jobbes for full integrasjon mot EPJ der det er mulig, med gjenbruk av pålogging og gjenbruk av data fra pasientjournalen. Dette kan frigjøre dyrebar tid til pasientbehandling, og er viktig i oppfølging av anbefalinger i helsepersonellkommisjonen. Legeforeningen har forventninger om at anbefalingene til HOD i løpet av 2023 følges opp med forpliktende og målrettet tiltak.

E-helsetiltak må utvikles til fullintegrerte løsninger som sikrer god arbeidsflyt, bedre oversikt og samhandling samt gir høyere kvalitet. Et generisk, gjenbrukbart grensesnitt som bl.a. eliminerer dobbeltregistrering og sikrer tilbakeskriving/arkivering i EPJ er veien å gå. Det er kvalitetssikkert og tidsbesparende.

Det er også meget problematisk at AltInn brukes til sending av pasientspesifikk informasjon fra en del virksomheter utenfor helsetjenesten. Her finnes det rimelige tekniske løsninger slik at denne informasjonen kan komme i rett digital postkasse, altså elektronisk pasientjournal.

### *Sekundærbruk – Automatisering av innrapportering og datafangst til helseregistre*

En bærekraftig helsetjeneste må frigjøre mer tid til pasientmøter/behandling. Et av virkemidlene er å redusere arbeidsbelastningen for helsepersonell knyttet til sekundærbruk av data, altså innrapportering med manuelle registreringer i webbaserte skjemaer som ikke angår akkurat den pasientens helsehjelp. Helsepersonell i dag bruker for mye tid på manuell registrering av data til helseregistre, data som ikke kommer den aktuelle pasienten til gode. I dag er det leger som i stor grad klassifiserer og rapporterer inn data og bruker arbeidstid på dette, et arbeid som kommer i tillegg til legenes kjerneoppgaver – pasientbehandling. Dette medfører en vesentlig kostnad i form av helsepersonellens tidsbruk.

Oppfølging av bl.a. helsepersonellkomisjonens beskrivelse av utfordringer og anbefalinger er sentralt i det pågående arbeidet ledet av Direktoratet for e-helse om automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre. Legeforeningen støtter målet om å redusere tiden helsepersonell bruker for klassifisering, registrering og innrapportering av data.

Der et klart behov for å gjøre helseregisterdata lettere tilgjengelig for forskere og andre som kan gjøre seg legitim nytte av slike data, samtidig som personvern og datakvalitet ivaretas. Sistnevnte forutsetter at produsenten av data (legene) gis tid, romteknologi og ressurser til å samle inne gode data.

Legeforeningen mener at innregistrering av data som gjøres av helsepersonell må skje som en integrert del av arbeidsprosessene, uten dobbeltregistrering og mest mulig automatisert. Ivaretagelse av personvern og individenes rettigheter må ligge innebygd i løsningene. Det vises videre til Legeforeningens innspill til direktoratet for e-helse av november 2022<sup>4</sup>.

### *Dataminimering*

Legeforeningen vil samtidig vise til at dataminimering må være et sentralt prinsipp for sekundærbruk og for primærbruk. Kontrollspørsmålene er 1) Har man en plan for å bruke dataene? 2) Får man innsamlet nok data for å ivareta statistisk robusthet? 3) Kan man stole på dataene? Hvis det kan svares NEI på ett av disse tre spørsmålene bør man sløyfe innsamlingen. Legeforeningen viser videre til høringsuttalelsen oversendt direktoratet for e-helse i 2020<sup>5</sup>

Samtidig er det viktig å påpeke at registerdata i noen sammenhenger har kvalitetsmessige begrensninger. Men dette menes data som er utsatt for kontekstavhengig forståelse. Ved å bruke kodeverk og klassifiseringer til å representere en tekstlig beskrevet virkelighet vil det kunne ha uheldige konsekvenser:

- Manglende kontekst
- Manglende dataminimering
- Feiltolkning av data
- Økt tidsbruk for utøvende helsepersonell ved registrering

---

<sup>4</sup> Innspill fra Legeforeningen (2022): [Innspill fra Legeforeningen automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre](#)

<sup>5</sup> Høringsuttalelse (2020): [Høringsuttalelse Retningslinje vedrørende SNOMED CT i Norge](#)

Legeforeningen vil fraråde å skifte ut det medisinske fagspråket med et “standardisert språk”, bare fordi det vil lette data-rapportering, uten at det er gjort noen form for helsefaglig konsekvensutredning. Det er fare for at slik utskifting kan medføre betydelig kvalitetsforringing og betydelig merarbeid<sup>6</sup>.

#### *Elektronisk helsekort for gravide.*

Legeforeningen har lenge vært en pådriver for et Elektronisk helsekort for gravide (EHG). Det er derfor gledelig at helsemyndighetene ønsker ny fremdrift i denne utviklingen. Arbeidet bør gis prioritet. Kommunehelsetjenestens tilbud om svangerskaps- og barselomsorg er fragmentert, og det er behov for bedre integrasjon med spesialisthelsetjenesten. I dag skjer informasjonsutvekslingen mellom jordmor og fastlege via en standard svangerskapsjournal på papir (utarbeidet for ca. 40 år siden), oppbevart hos den gravide. Elektronisk svangerskapsjournal vil gi bedre forutsetning for riktig oppfølging og samarbeid hos begge parter.

Legeforeningen må også her understreke at dobbeldokumentasjon ikke er bærekraftig i dagens helsetjeneste, integrasjon med synkronisering mot EPJ og allerede eksisterende journal- og felleskomponenter er helt nødvendig. EHG må gi gevinst opp mot eksisterende papirskjema. Dette gjelder også aktører som ikke nødvendigvis inngår i det faste kontrollregimet slik som legevakter, akuttmottak m.fl. Legeforeningen bidrar gjerne i det videre arbeid med EHG.

Dette er et prosjekt der det fra faglig ståsted i stor grad er avklart hva som skal dokumenteres og av hvem. Utfordringen for EHG er i hovedsak teknisk, da det er behov for informasjon som realiseres gjennom de andre grunnleggende samhandlingsløsningene (PLL, pasientens prøvesvar, kritisk info og dokumentdeling). Legeforeningen mener at EHG med fordel kan være en katalysator for å realisere disse andre prosjektene stegvis, men alle må være tilstede samtidig for å få et fullverdig elektronisk helsekort, og det forutsettes en fullintegrasjon i lokal EPJ<sup>7</sup>. Utrulling må skje samlet hos de aktørene som skal følge den gravide.

#### *Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner*

DPEB er et prosjekt i regi av Helsedirektoratet som ønsker å legge til rette for en delt behandlingsplan på tvers av virksomheter og omsorgsnivåer. Prosjektet har laget brukergrensesnitt i kjernejournalplattformen, men det er foreløpig ikke laget eller satt av midler til å finansiere integrasjon i EPJ.

Legeforeningen er positive til intensjonen bak prosjektet, men vil påpeke at uten en hel-integrert løsning i journalsystemene vil dette bli en helt ny dokumentasjonsoppgave for helsepersonell. Dette øker tidsbruk på dokumentasjon og reduserer tid med pasient. Det er betydelige utfordringer knyttet til faglige spørsmål i dette prosjektet og hvordan dette kan tas i bruk. Oppsummert må alt helsepersonell i Norge bli enige om hvilke pasientgrupper

---

<sup>6</sup> Tidsskriftet Den norske legeforening (2022) Fagspråket ingen leger har hørt om

<sup>7</sup> Innspill fra Legeforeningen (2023): [Innspill-til-helsedirektoratet-etter-motet-27.-januar-elektronisk-helsekort-for-gravide \(1\).pdf](#)

som skal ha en slik plan, hva den skal inneholde, og hvordan andre aktører skal forholde seg til en slik plan. Dette er et medisinsk- og helsefaglig utredningsarbeid knyttet til praktisk samhandling som ikke enda er igangsatt. Det er også risiko knyttet til om man nasjonalt kan standardisere slike dokumentasjonsprosesser, eller om dette er noe som bedre gjøres lokalt knyttet til lokalsykehus eller HF, gjerne gjennom HFenes praksiskonsulenter, kommunen og fastlegene. Teknisk sett er prosjektet enkelt, men faglig og innføringsmessig er dette meget krevende.

#### *Visning av timebok på tvers via kjernejournal*

Teknisk sett har de fleste EPJer i Norge en løsning for å vise bookede konsultasjoner til pasienten via helsenorge.no eller andre pasientportaler. Det eksisterer altså standardiserte grensesnitt som brukes til formålet.

Helsepersonell har imidlertid ikke mulighet til å se bookede timer hos andre aktører i dag. Å se avtalte konsultasjoner hos andre virksomheter i helsetjenesten kan være nyttig når en behandler skal planlegge et videre pasientforløp og for å unngå dupliserte undersøkelser og eventuelt unødige reiser for pasient.

Kjernejournalplattformen kan egne seg for en slik løsning, men dette tiltaket krever lovregulering slik som for Pasientens prøvesvar.

#### *Digitalisering av kommunikasjon med NAV*

Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) har skissert planer for modernisering av rapportering fra helsetjenesten<sup>8</sup>. Legeforeningen har vært opptatt av at et slikt arbeid må ha som hensikt å avlaste rapporteringsbyrden fore legene, og at full integrasjon i EPJ er et sentralt krav. NAV har forslått å bruke teknologien for integrasjon som Legeforeningen støtter. Videre detaljer som mangler er f.eks. tilgang fra EPJ til arbeidsgiverregisteret.<sup>9</sup>

#### *Forbedret integrasjon med SYSVAK*

Små prosjekter kan gi store forbedringer. Et eksempel er direkte sanntids-integrasjon i med SYSVAK slik at leger kan slå opp i SYSVAK når pasienten er tilstede for å se hvilken informasjon som finnes. Legeforeningen har tidligere via EPJ-løftet foreslått en slik sanntids integrasjon med SYSVAK. FHI har ikke prioritert å lage et grensesnitt som EPJene kan koble seg på.

#### *Digitalt utenforskap*

Det vises til høringsinnspillet fra Legeforeningen av 30. september 2022<sup>10</sup>.

#### *Klinisk informatikk som fag*

Det er mangel på kunnskap om samspill mellom teknologi og medisin, teknologiens innvirkning på helsetjenesten, og på hvordan IT-løsninger kan bidra til å etablere nye og mer

---

<sup>8</sup> Arbeids- og velferdsdirektoratet (2021). [Rapport - Informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger.pdf](#)

<sup>9</sup> [Behov for videreføring av digitaliseringsprosjektet om informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger](#)

<sup>10</sup> Legeforeningen2022: [Høringssvar til Nasjonal helse- og samhandlingsplan](#)

hensiktsmessige arbeidsformer. For å oppnå mer hensiktsmessig utnyttelse av e-helseprosjekter er det behov for bedret dialog mellom helsepersonell, ledelse og IT-ansatte/utviklere.

Derfor bør det opprettes egne lærestoler i klinisk informatikk ved de medisinske fakultetene og andre utdanningsinstitusjoner, primært for å drive forskning og utvikling innen nevnte fagfelt. Utvalgte, begrensede deler av fagfeltet kan vurderes inkludert i de helsefaglige grunnutdanningene.

At IKT i helsetjenesten også er samfunnskritisk infrastruktur betyr at nasjonen må ha nok kompetanse til å håndtere ulike typer hendelser og ondsinnede angrep på denne infrastrukturen.

### *EPJ-løftet*

EPJ-løftet har hatt en sentral rolle i å lage en arena der klinikere og utviklere kan møtes og diskutere løsninger og lage felles kravspesifikasjoner. Dette har vært en stor suksess, og modellen kan med fordel brukes flere steder i helsetjenesten. EPJ-løftet som en arena for myndighetene til å samlet være et "bestillerkontor" til alle EPJ-er hos fastleger og avtalespesialister har derimot ikke vært vellykket.

### *Helseplattformen*

Dette er grunnleggende for å sikre kvalitet og ivareta pasientsikkerhet. Helseplattformen, slik løsningen i dag fremstår, møter ikke helt grunnleggende krav. Arbeidet med å sikre en forbedret løsning må derfor være meget høyt prioritert. Legeforeningen er bekymret for pasientsikkerheten. Det er også meget bekymringsfullt at en spørreundersøkelse blant leger på St. Olavs hospital i mars 2023 viser at 77 prosent opplever dårligere samhandling med primærhelsetjenesten og 88 prosent mener HP truer pasientsikkerheten.

**Hvilke behov i tjenesten, utover de prioriterte samhandlingsområdene, kan ikke løses innenfor dagens rettslige handlingsrom og hvilke konkrete bestemmelser bør eventuelt endres for å imøtekomme behov?**

### *Hesellovgivningen bør revideres*

Etter Legeforeningens syn begynner hesellovgivningen, som har tjent oss godt i mange år, å bli moden for en helhetlig revisjon. Årsakene til dette er sammensatte. Utviklingen i informasjonsteknologi, i medisinen (persontilpasset medisin) og personvern hensyn danner bakteppe for en situasjon der det tradisjonelle helserettslige regelverket utfordres og blir utdatert.

For å komme denne utviklingen i møte har det de siste årene blitt gjort hyppige justeringer og tilpasninger i det helserettslige regelverket. Et eksempel er endringene i helsepersonellovens § 29.

De mange parallelle endringsprosessene har gjort det vanskelig å se helheten i regelverket. I tillegg er den enkelte endring ment å bøte på en helt konkret utfordring, f.eks. å tilrettelegge for utviklingen av beslutningsstøtteverktøy, noe som gir inntrykk av at man forsøker å "lappe på" regelverket for å tilpasse dette til det enkelte problem som man vil løse.



De mer overordnede problemene som er nevnt over løses likevel ikke. Dette har skapt et fragmentert regelverk, hvor det forutsettes god oversikt over en rekke lover, forskrifter, rundskriv m.m. for å få en fullgod forståelse av hvilke krav som gjelder. Det er problematisk at det etter hvert kreves forholdsvis spesialisert rettslig kompetanse for å manøvrere innenfor regelverket når det i tillegg skorter på kompetanse og ressurser til å håndtere disse problemstillingene i helsetjenesten.

De færreste privatpraktiserende fastleger og avtalespesialister har tilgang på juridisk kompetanse som de kan drøfte regelverket med, og flertallet av helseforetakene har svært avgrensede juristressurser tilgjengelig. Legeforeningens medlemmer rapporterer også lang ventetid for å få drøftet problemstillinger med foretakets personvernombud.

Vi mener derfor at mye taler for en samlet gjennomgang i form av et lovutvalg på området der både helse-/ medisinfaglige, personvernrelaterte og juridiske spørsmål utredes som grunnlag for et helhetlig og mer oversiktlig regelverk for helsepersonell og pasienter. Vi mener dette er en mer hensiktsmessig tilnærming enn å forsøke å lappe på regelverket, slik denne høringen ser ut til å legge opp til. Vi viser for øvrig til vår høringsuttalelse vedrørende enkelte av endringene i helsepersonelloven § 29<sup>11</sup>.

Legeforeningen vil også spesielt peke på utfordringen knyttet til dokumentdeling fra sykehus (via kjernejournal) som baserer seg på et annet reguleringsmessig prinsipp enn andre samhandlingsløsninger som e-resept, pasientens prøvesvar og kjernejournalen i seg selv.

#### *Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler*

Den nye forskriften om rekvirering og utlevering av legemidler som trådte i kraft høsten 2022 har etablert et krav om at rekvirering skal skje via Reseptformidleren, som igjen krever tilgang til et EPJ-system med tilkobling til Norsk helsenett og bruk av e-resept-standarden. Kostnadene er så høye at leger må ha kommersiell drift for å forsvare utgiften. Dette innebærer at leger ikke lenger kan rekvirere legemidler utenfor rammene av et formelt arbeidsforhold eller kommersiell virksomhet.

Leger driver med utstrakt frivillig legearbeid, for eksempel på idrettsstevner, i lokalmiljøet, mv. Dette er arbeid som avlastet helsetjenesten i ikke ubetydelig grad. I de fleste tilfeller vil imidlertid ikke legene ha tilgang til et EPJ-system og Reseptformidleren. Rekvirering har derfor i stor grad blitt gjennomført ved bruk av papirresepter, men når adgangen til å rekvirere på papirresept nå innskrenkes, innskrenkes også legenes handlingsrom til å utføre slikt frivillig legearbeid. Dette bortfallet av frivillige legeressurser, med den betydning det også kan ha for ressursituasjonen i den offentlige helsetjenesten, er ikke berørt i høringsnotatet.

Det er verdt å merke seg status for integrasjon av e-resept og PLL i en del EPJ, der mange dessverre mangler dette. Allikevel virker det ikke fornuftig at staten vedtar et lovverk som ikke kan etterleves fra iverksettelsesdato, men der det er pågående prosjekter flere år frem i tid som skal realisere kravet. Vil staten da rettslig forfølge de aktørene som venter på en

---

<sup>11</sup> Høringsuttalelse Legeforeningen (2020): [Bruk av helseopplysninger for å lette samarbeid, læring og bruk av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten](#)

teknisk løsning i mellomtiden?<sup>12</sup> Legeforeningen vil derfor oppfordre departementet til å ha en bred tilnærming til eventuelle regelverksendringer og sørge for tilstrekkelige utredninger og konsekvensanalyser.

#### *EHDS – European health data space*

Legeforeningen vil samtidig advare mot å belage seg på at Europakommisjonens forslag til forordning om det europeiske helsedataområdet (EHDS) vil løse de utfordringene vi står ovenfor i Norge. Innføring av felles standarder og kodeverk har vært krevende nok nasjonalt de siste 20 årene, og et europeisk samarbeid på området er ikke en enkel løsning på det som i alle land har vært og er komplekse problemer. Det er spesielt bekymringsfullt hvis leger må prioritere datarapportering til sekundærbruk, da slikt arbeid stjeler viktig tid fra pasienten.

#### *Samhandling med helprivate aktører*

Legeforeningen vil påpeke at det er en stadig vekst i helprivate aktører, og at disse per nå ikke er omfattet av plikten til å ta i bruk flere av de nasjonale samhandlingsløsningene, eller pliktig til å rapportere data til sentrale helseregistre. Legeforeningen mener derfor at det er på tide at man tar en prinsipiell diskusjon om hvilke forpliktelser som skal pålegges helprivate aktører i helsetjenesten.

#### **Hvordan sikre utvikling, innføring og etterlevelse av nasjonale standarder?**

Samhandlingsløsninger er helsetjenestens felles infrastruktur, og må finansieres deretter. Legeforeningen mener at utvikling, forvaltning og drift av samhandlingsløsningene må finansieres av staten direkte. Legeforeningen mener innføring av nasjonale tjenester bør skje med grunnlag i frivillighet, hvor incentivet for å koble seg på løsningen er gevinster i form av god funksjonalitet som bidrar til økt kvalitet i tjenestene og bedre arbeidsflyt.

Legeforeningen mener det er avgjørende med konkurrerende markeder. Legeforeningen vil sterkt fraråde en utvikling i retning av monopolistiske tilstander som hemmer innovasjonstakt, digitalisering og utvikling av et velfungerende marked. Det motsatte vil øke kostnadene i helsetjenesten.

Legeforeningen erfarer bl.a. i forbindelse med høringen om ny e-helselov og endringer i IKT-standardforskriften at aktørene i sektoren ikke oppfattet mer bruk av juridiske virkemidler og pålegg for å sikre etterlevelse som det mest hensiktsmessige grepet for å drive e-helseutviklingen fremover. Alle former for lov- og forskriftsfesting av plikt til å benytte systemer bør således erstattes med overordnede krav til funksjonalitet i grensesnitt mellom IKT-systemer. Plikt til å kommunisere på nasjonale felleskomponenter må være knyttet til funksjonalitet og bruk av grensesnitt, ikke til spesifikk programvare. Det skal finnes valgmuligheter, og løsningene må tilfredsstillende faglige krav fra klinikerens hverdag. Slik skapes en bærekraftig helsetjeneste. Det vises til Legeforeningens høringsuttalelse av juni 2021<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Direktoratet for e-helse 2023. [Kartlegging av elektroniske pasientjournalssystemer og deres støtte for nasjonale e-helseløsninger v1.0 \(1\).pdf](#)

<sup>13</sup> Høringsuttalelse Legeforeningen (2021): [Forslag til endringer i pasientjournalloven og IKT-standardforskriften . Tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger](#)

## **Innretning av en Helseteknologiordning**

Legeforeningen har tidligere lagt vekt på at vi støtter en insentivordning forutsatt at alle aktører i primærhelsetjenesten kan ta del i den, herunder fastleger og avtalespesialister. Å understøtte gode pasientmøter må være det viktigste formålet. Dette forutsetter at kliniske behov og brukervennlighet blir ivaretatt og prioritert i ordningen. Anskaffelser og innføring av nye journaløsninger må understøtte kliniske behov og helsepersonellens arbeid. Legeforeningen vil understreke at det er viktig å finne en god balanse mellom utviklingsbehov knyttet til undersøkelse/behandling og samhandling med andre.

Legeforeningen er usikker på hvordan helseteknologiordningen sees i sammenheng med den videre utvikling av en felles kommunal journal (FKJ). Begge er innrettet mot å gi kommunene et digitalt løft. Legeforeningen har vektlagt at FKJ må være stegvis med sterk involvering fra pasient- og helsepersonellgrupper. Det samme må selvsagt være førende for en ny helseteknologiordning. En eventuell tilskuddsordning må evalueres fortløpende. Legeforeningen viser videre til innspill til Direktoratet for e-helse av høsten 2022<sup>14</sup>.

*Gitt formålet med ordningen, hvilke nasjonale virkemidler er det viktig at inngår i en ny helseteknologiordning?*

Legeforeningen mener det er avgjørende at staten signaliserer ambisjoner rundt økonomiske virkemidler. En bærekraftig helsetjeneste som frigjør tid til pasientbehandling er avhengig av at staten medfinansierer og leder an i den teknologiske infrastrukturen for helsetjenesten. Dette gjelder for de etablerte målområdene som f.eks. pasientens legemiddelliste, men også insentivordninger som skal styrke sårt tiltrengt utvikling i de kommunale journaløsningene.

*Er det særlige hensyn som er viktige under de ulike tiltakene?*

Legeforeningen mener det er viktig å få fortgang i utfordringene som bl.a. er adressert av helsepersonellkommissjonen. Dette innebærer at tiltakene som fases inn i helseteknologiordningen må være tilstrekkelig risikovurdert. Pasienter og brukere i helsetjenesten må få tilgang til mer effektive og sikre IKT-løsninger uten at noen skal frykte for, eller oppleve svekket funksjonalitet i sin brukerflate eller tap av effektivitet. Som redegjort for i høringsuttalelsen om Nasjonal styringsmodell for e-helse er det rekkefølge-, samtidighet, og finansieringsutfordringer i e-helseutviklingen som er de reelle utfordringene. Helseteknologiordningen må derfor sees opp mot igangsatte løp for å automatisere der det er mulig, og fjerne tidstyver. Tiltakene må primært understøtte den grunnleggende samhandlingen med e-resept, KJ, prøvesvar og kritisk info, mens, f.eks. digital hjemmeoppfølging (DHO) må være grundig evaluert med hensyn til reell medisinsk nytte. Tiltak må også ha en realistisk tilnærming til faktisk ressursbesparelse og samfunnsøkonomisk nytte. Legeforeningen viser også her til høringsuttalelse til Helsedirektoratet av 2022<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Innspill fra Legeforeningen (2022): [Innspill til Direktoratet for e-helse - ny helseteknologiordning \(versjon 0.76\)](#)

<sup>15</sup> Høringsuttalelse Legeforeningen (2022): [Nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging](#)

### *Hvilke tiltak i en helseteknologiordning bør prioriteres?*

Legeforeningen mener tiltak rettet mot funksjonelle og brukervennlige journaløsninger for helsepersonell må prioriteres.

Basert på erfaringene fra de siste 10 års reformforsøk innen e-helse mener Legeforeningen det vil være hensiktsmessig å velge en forsiktig og trinnvis tilnærming i en tilskuddsordning for helseteknologiordningen. Ambisjonsnivå 1 ivaretar på best måte en slik tilnærming og er i tråd med Legeforeningens tidligere synspunkter om at utskifting av dagens EPJ-løsninger må gjennomføres med bakgrunn i det enkelte systems helsefaglige og tekniske egnethet for å støtte helsepersonell, bedre utøvelsen av helsehjelp og etablere god samhandling i en økosystem-modell. Modell 2 vil i tillegg gi et kompetanseløft i anskaffelsesprosesser og kan være hensiktsmessig for små kommuner. Det er et sentralt punkt at denne kompetansen også behøves etter anskaffelsene, i forvaltningsfasen og forbedringsfasen som vil følge etter innføringen. Helsetjenesten endrer seg hele tiden, og IKT-systemene må derfor hele tiden videreføres til å støtte.

Legeforeningen er mer usikre på om den samfunnsøkonomiske gevinsten i modell 2 og 3 er realiserbar. Effektiviseringsgevinsten ved felles innkjøpsprosesser fremstår optimistisk. På samme måte vil det også ved denne type ordning løpe økonomisk-administrative pukkelkostnader som ikke synes tilstrekkelig hensyntatt i beregningene. Legeforeningen er også usikre på hvilke effekter en slik ordning vil ha på leverandørmarkedet. Felles innkjøpsprosesser vil f.eks. kunne favorisere noen få og store leverandører. Dette vil være til hinder for et konkurrerende marked med rom for innovative og nyskapende løsninger og bred reell konkurranse.

### **Muligheter og utfordringer ved de prioriterte satsningsområdene de neste fire årene**

I høringsnotatet inngår fem satsningsområder; pasientens legemiddelliste, dokumentdeling fra sykehus, pasientens prøvesvar, kritisk informasjon og datadeling for digital hjemmeoppfølging.

Legeforeningen ønsker å bemerke at selv om tiltak henger sammen og i flere tilfeller er gjensidig avhengig av hverandre så er noen områder mer tidskritiske å gjennomføre enn andre. Det bør prioriteres å forsere de tiltak som gir størst effekt på pasientsikkerheten.

#### *Pasientens legemiddelliste*

Pasientens legemiddelliste (PLL) er det aller viktigste tiltaket av de fem. Det er et stort fremskritt med betydelig bedring i legemiddelsikkerhet for alle pasienter. Samhandling på legemiddelfeltet er det absolutt viktigste området for tryggere legemiddelbehandling. For at denne utviklingen skal være hensiktsmessig, er det avgjørende at endringer skjer i tett og nær dialog med klinikere. Krav og utforming må like mye være forenlig med klinisk praksis som behov for kontroll og sikkerhet. Brukervennlighet og fleksibelt brukergrensesnitt for Pasientens legemiddelliste er sentralt. Det er stor risiko for at rigide krav til dokumentasjon og prosess i en forskrivningsmodul kan medføre en stor arbeidsbelastning for klinikere, uten nevneverdig effekt på kvalitet.

Det vil ta tid før Sentral forskrivningsmodul (SFM) vil kunne tas i bruk nasjonalt, men erfaringer fra oppstart med PLL med bruk av Forskrivningsmodulen (FM) og InfoDoc Plenario er viktige. Ikke overraskende er det blitt enda tydeligere at det ene viktigste tiltaket som rager over alt annet, er "riktig bruk" av e-resept. Selv med dagens suboptimale e-reseptmoduler vil "riktig bruk" av e-resept i alle samhandlingsledd øke sikkerheten i pasienters legemiddelbehandling betraktelig. E-reseptsystemet er som kjent ikke designet for å være en oppdatert legemiddelliste, men med "riktig bruk" menes å justere forskriverens arbeidsprosesser slik at reseptlisten kan nærme seg en legemiddelliste i kvalitet. Dette er et godt eksempel på arbeid som bør prioriteres, settes av ressurser til og jobbes aktivt med, lenge før alle digitale løsninger er på plass. Selv om PLL prøves ut i Bergen, bør alle fokusere på temaet, selv uten PLL-støtte i forskrivningen.

Legeforeningen har gjennom hele prosessen med PLL registrert at alle parter har sett at både finansielle kostnader og tidsressurser vil være av betydelig omfang, både i teknisk utvikling av løsningen, utprøving av PLL i klinisk praksis og i teknisk og klinisk drift og forvaltning. Fra et klinisk perspektiv vil særlig arbeidet med å sette opp pasienters første PLL være tid- og ressurskrevende og må være særskilt finansielt understøttet for at dette viktige pasientsikkerhetstiltaket skal bli den suksessen som både helsetjenesten og pasientene har et så stort behov for. Det er viktig å ikke undervurdere behovet for et faglig innføringsprosjekt – hvem dokumenterer hva, på hvilken måte.

Det lokale utprøvningsprosjektet i Bergen har gjort seg meget viktige erfaringer som må tas hensyn til før nasjonal bredding. Det ene er de tekniske problemene for bruk av PLL i sykehus. Det andre er behovet for endringer i forskrift jf. unntak som er gitt utprøvningsprosjektet. En uavklart utfordring er koblingen mellom PLL og FM/SFM. Erfaringer fra Bergens-prosjektet viser at dette kan utgjøre et stort hinder for nasjonal realisering. Finansiering er fundamentalt avgjørende for PLL. I statsbudsjettet står det at "I 2023 skal erfaringene fra utprøvingen og erfaringene fra Helseplattformen danne grunnlag for videre realisering av pasientens legemiddelliste." Erfaringsgrunnlaget fra Helseplattformen vil være tynt gitt feil og støy rundt innføringen, og må ikke bli et hinder for fortgang i breddingen av PLL.<sup>16</sup>

### *Dokumentdeling fra sykehus*

Legeforeningen mener at dokumentdeling fra sykehus er et viktig prosjekt for samhandlingen og et sentralt supplement til den asynkrone meldingsutvekslingen. Løsningen er spesielt viktig for HF som ikke har felles journal (lokal- vs regionale funksjoner), legevakter, avtalespesialister og for pasienter som får behandling utenfor eget RHF.

Teknologisk er det også godt egnet for senere utvidelse fra andre produsenter som i første omgang er konsumenter, men også noen spesielle oppsummerende notater eksempelvis "sykehistorie og medisinsk plan" kan være aktuelt å utrede for enkelte av fastlegenes pasientgrupper.

---

<sup>16</sup> Prop. 1 S 2022-23 [Prop. 1 S](#)

Prosjektet "Dokumentdeling fra sykehus" har tatt utgangspunkt i kjernejournal-plattformen og det gjeldende regelverket. Etter en teknisk og brukermessig vellykket pilot har prosjektet stoppet helt opp etter at det ble uklarerhet om de juridiske rammene for en nasjonal utbredelse. Oppsummert forstår vi det slik at det er gjeldende tolkning fra Helse- og omsorgsdepartementet at det er produsent av journaldokumenter som har lovpålagt rett til å stille krav til den som skal konsumere (lese) journaldokumenter. Dette er en regulatorisk motsats til f.eks. e-resept eller Pasientens prøvesvar, der det finnes eller er på høring, et særskilt regelverk som er standardisert for alle virksomheter.

Konsekvensen av et slikt regelverk er at hvert enkelt HF selv må avgjøre hva de mener er en rimelig fortolkning av lovkravene. Dette kan innebære stor lokal variasjon i hvilke betingelser som stilles til konsumerende virksomheter (typisk legevakter, avtalespesialister etc) og hvilke dokumenter som vil deles. Dette er altså en motsats til den faglige, tekniske og juridiske standardiseringen som regnes som en forutsetning for interoperabilitet i helsetjenesten.

Kravene som hittil har fremkommet i prosjektet er komplekse og driver kostnadene opp, og vil i liten grad øke pasientenes konfidensialitet. I tillegg vil kravene medføre behov for ekstra dokumentasjon fra leger som konsumenter, dokumentasjon som ikke bidrar til pasientbehandlingen. I sum er dette ikke bærekraftige krav, hverken teknisk eller for helsepersonell. Legeforeningen anbefaler derfor at Helse- og omsorgsdepartementet snarest også etablerer en særskilt regulering på dette området slik at prosjektet kan komme videre innenfor bærekraftige rammer.

#### *En nasjonal tjeneste for laboratorie- og radiologisvar - Pasientens prøvesvar*

Legeforeningen mener at tilgjengeliggjøring av pasientens prøvesvar i kjernejournalen er et viktig satsingsområde. Per i dag er det såpass få opplysninger i kjernejournalen at den kliniske verdien er begrenset. Ved å inkludere prøvesvar vil den kliniske nytteverdien øke betraktelig, og potensialet ved kjernejournalen kan dermed bli langt bedre utnyttet. Løsningen vil gi legen oppdatert informasjon om hvilke prøver og undersøkelser som er gjort og resultatet av disse. Dette vil både gi legen et bedre beslutningsgrunnlag i pasientbehandlingen, og være tid- og ressursbesparende ettersom legen i en del tilfeller ikke trenger å gjennomføre prøver og undersøkelser på nytt.

Innsyn i prøvesvarene kan i mange tilfeller også være positivt for pasientens rett til informasjon og medvirkning i helsehjelpen. Det er imidlertid avgjørende at den tekniske løsningen innrettes slik at legen får muligheten til å snakke med pasienten før prøvesvarene gjøres tilgjengelig via helsenorge.no.

Legeforeningen vet gjennom møter med prosjektet at det er brukt en del ressurser på å lage avanserte visninger for helsepersonell i Kjernejournal. Det savnes allikevel en mulighet for at man kan velge "importer til egen elektroniske pasientjournal" slik at man kan fremstille prøvesvaret i det journalsystemet man bruker til vanlig for å få en bedre oversikt og bruk av avanserte funksjonalitet i egen EPJ. Dette innebærer også gjenbruk av dataene i klinisk dokumentasjon som henvisninger, attester m.v. Dette fordi det er ekstra tidsbruk knyttet til oppslag i kjernejournal, og det mest tidsbesparende er at alt arbeid med

informasjonsbehandling foregår i lokalt EPJ. Vi viser for øvrig til vår høringsuttalelse i forbindelse med at de foreslåtte endringene i pasientjournalloven var på høring i januar 2023<sup>17</sup>.

#### *Kritisk informasjon - synkronisering med EPJ)*

Kritisk informasjon er en varslingsmodell der forhåndsdefinert journaldokumentasjon spesielt merkes som "kritisk" med formål å varsle andre behandlere om at det ved pasienten er medisinske forhold som er uvanlige og kan ha skadelig eller livstruende konsekvens hvis de oversees i en behandlingssituasjon. For å hjelpe kliniker å fortolke og fatte de nødvendige forhåndsregler vil det tilhøre et begrenset sett data som forklarer konteksten. Informasjonen deles via kjernejournal-plattformen<sup>18 19</sup>.

Det er et sterkt behov for å få til en synkronisering på tvers av journalsystemer i helsetjenesten. En slik synkronisering er etter det Legeforeningen erfarer teknisk sett klar fra NHN sin side, men det er ikke igangsatt et prosjekt for å etablere de nødvendige integrasjonene med de øvrige journalsystemene. Prosjektet var planlagt som en del av PDS steg 2, men manglende finansiering har skapt usikkerhet om dette.

Legeforeningen mener dette prosjektet må prioriteres slik at man kan få dette viktige tiltaket for en sårbar, men liten pasientgruppe, på plass raskt.

#### *Datadeling for digital hjemmeoppfølging*

Legeforeningen deler målet om at ny teknologi kan og bør tas i bruk der det er dokumentert nytte, og at teknologien ikke medfører utilsiktet merarbeid for helsepersonell. Det er sparsomt med forskning på effekt av denne type tjenester. Man må ikke sette i gang nye tiltak uten at en har mulighet til å evaluere effekt på både pasientutkomme, bivirkninger og bærekraft i helsetjenesten. Dette innebærer at prinsippene i Helsedirektoratets veileder for utprøvende behandling må følges.<sup>20</sup> Det er påkrevd med god og tilgjengelig IKT-kompetanse og klinisk informatikk kompetanse i alle faser i et slikt prosjekt.

Legeforeningen har ved flere anledninger pekt på det usikre, tynne kunnskapsgrunnlaget ved digital hjemmeoppfølging, senest i mai 2022<sup>21</sup>. Legeforeningen mener det må være tydelige og kunnskapsbaserte retningslinjer for hvilke kontroller som skal være digitale, og at hovedregelen fortsatt bør være fysisk oppmøte for pasient. Bakgrunnen for dette er risikoen for at viktige fysiske funn hos pasienten oversees, og at behandler på digitale konsultasjoner mister mye av den ikke-verbale kommunikasjonen, som er viktig for å forstå helhet og å bygge tillit mellom behandler og pasient. Det må tas med i vurderingene risikoen for at kommunikasjon og gjensidig forståelse av informasjon mellom lege og pasient blir dårligere.

---

<sup>17</sup> Høringsuttalelse Legeforeningen (2023): [Pasientens prøvesvar i nasjonal kjernejournal mv. -endringer i pasientjournalloven](#)

<sup>18</sup> Tidsskriftet Den norske legeforening (2014): [Kritisk informasjon i kjernejournal](#)

<sup>19</sup> Tidsskriftet Den norske Legeforening (2019): [Kritisk informasjon er viktig](#)

<sup>20</sup> Prinsipper for utprøvende behandling, nasjonal veileder, Helsedirektoratet (2019) [Prinsipper for utprøvende behandling](#)

<sup>21</sup> Høringsuttalelse Legeforeningen (2022): [Nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging](#)

Dette kan føre til lavere etterlevelse (compliance) hos pasienten, og på sikt dårligere oppfølging, med behov for flere kontroller.

Først og fremst har fastlegetjenesten et behov for å bevare et målrettet og godt arbeidsredskap i sin EPJ, både for faglige prosesser innenfor egen virksomhet, men også ved deling av relevant informasjon med andre. Import av store mengder data med begrenset relevans vil kunne føre til dataoverflod og kunne skape unødig merarbeid og risiko. Det som er klinisk nyttig og relevant kan bli borte i datamengden av irrelevante og støyende data. Her er Pasientjournalforskriften § 4 et premiss: "*Journalen skal gi en oversiktlig og samlet fremstilling av pasientens helsetilstand slik at det er lett for helsepersonell å sette seg inn i pasientens helsetilstand og eventuelt videre planlagt helsehjelp*". Vi viser videre til vår høringsuttalelse til Helsedirektoratet som peker på utfordringer ved data og dokumentdeling i DHO fra 2020<sup>22</sup>. DHO må ikke ta tid og krefter fra å få på plass de andre svært etterspurte løsningene.

### **Styring og finansiering av e-helseutviklingen**

Den nasjonale styringsmodellen for e-helse har i for liten grad bidratt til å utvikle pasientjournal- og samhandlingsløsninger. Legeforeningen er opptatt av at styring og forvaltning av e-helseutviklingen må skje gjennom å gi incentiver både i sektoren og industrien i en nedenfra-og-opp-modell. Basert på de siste 10 års til dels feilslåtte og kostbare reformprosesser vil dette bygge legitimitet, og det kan etableres medeierskap til viktige endringer. Dette innebærer at fagfolk i NUFA og e-helserådet lyttes til ved sentrale veivalg og beslutningsprosesser. Legeforeningen har derfor tatt til orde for at den nasjonale styringsmodellen omformes til en nasjonal koordineringsmodell, hvor pasientens og helsetjenestens behov kommer i førersetet<sup>23</sup>.

Det er rekkefølge-, samtidighet, og finansieringsutfordringer i e-helseutviklingen som er de reelle utfordringene, og som ikke lar seg løse gjennom en styringsmodell.

En nasjonal styringsmodell eller koordineringsmodell, er i grunn best egnet for å koordinere de felleskomponentene som Norsk helsenett eier, altså utøve et produkteierskap. Årsaken til dette er at det i selve styringsmodellen ikke ligger noen virkemidler til faktisk å koordinere investeringer hos partene eller etablere forskrifter, ei heller rår den over investeringsmidler eller insentivmekanismer. Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse bør vurdere en rolle som tilretteleggere og koordinatører. Prioriteringer må skje gjennom en forpliktende dialogmodell der det er helsetjenestens behov som forplikter myndighetene<sup>24</sup>.

Norsk helsenett har sendt på innspillrunde "Innspillnotat for Evaluering av prismodeller for nasjonale e-helseløsninger" med innspillfrist i begynnelsen av mai. Legeforeningen tar forbehold om at forslaget er på høring i organisasjonen, men vil imidlertid understreke at forslaget om obligatorisk samfinansiering er komplekst og fremstår tilfeldig med hensyn til fordelingsnøkler mellom aktørene. Eventuelle merkostnader for aktørene i sektoren vil være

---

<sup>22</sup> Høringsuttalelse Legeforeningen (2020): [Digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling](#)

<sup>23</sup> Legeforeningens innspill (2022): [Høring om Riksrevisjonens undersøkelser av e-helsefeltet](#)

<sup>24</sup> Høringsuttalelse Legeforeningen (2022): [Nasjonal styringsmodell for e-helse](#)



svært uheldig og vi kan ikke se at denne ordningen stimulerer mer effektiv bruk av fellesskapets midler og til raskere digitalisering, heller tvert imot.

### **Oppsummering**

Legeforeningen anser at klinisk nytte må være førende for utviklingen av IKT-løsninger, slik at det som anskaffes eller bygges må understøtte omsorgsfull, sikker og effektiv pasientbehandling. Fra myndighetshold begynner det å haste med leveranser og resultater etter mange års kostbare feilskjær og stor tålmodighet blant helsepersonell. Det er derfor viktig å ha oppmerksomhet på de nære, kortsiktige gevinstene som kan høstes samtidig som det må gjøres et godt arbeid for fremtidig e-helseutvikling.

Med ambisiøse målsettinger, bredt engasjement og omfattende ressursbruk foretas det for sjelden systematisk evaluering av e-helsetiltak. Det bør derfor i langt større gjennomføres prosjekter for evaluering av satsinger og produkter innen e-helse. Vi må sikre oss at ny teknologi ikke skader men virker etter intensjonene. Legeforeningen mener derfor at grundige risikoanalyser er sentrale når man etablerer IKT-systemer i helsetjenesten.

Legeforeningen har avgitt mange høringsuttalelser og innspill de siste årene som ikke er gjentatt i dette innspillet, men som kan leses på [www.legeforeningen.no/ikt](http://www.legeforeningen.no/ikt).

### **Andre viktige dokumenter**

[Høringsuttalelse pasientens legemiddelliste juni 2017 \(legeforeningen.no\)](http://www.legeforeningen.no)

[Høringsuttalelse Plan for digitalisering av legemiddelområdet oktober 2022 \(legeforeningen.no\)](http://www.legeforeningen.no)

[Høringsuttalelse videreutvikling av nasjonal styringsmodell mars 2022 \(legeforeningen.no\)](http://www.legeforeningen.no)

[Bekymringer knyttet til utviklingen av sentral forskrivningsmodul \(SFM\) juni 2021 \(legeforeningen.no\)](http://www.legeforeningen.no)

Med hilsen

Den norske legeforening

Siri Skumlien  
generalsekretær

Jan Emil Kristoffersen  
Medisinsk fagdirektør

Gorm Hoel  
spesialrådgiver

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)