



# Ny e-helselov

- noen vurderinger og spørsmål som må stilles

**Aadel Heilemann, seksjonssjef/ advokat**

**Dataforeningens høringsseminar  
Oslo 4. desember 2019**



DEN NORSKE LEGEFORENING

# Om Legeforeningen og noe av vår politikk innen e-helse



## Suksessfaktorer for digitaliseringsprosjekter i helsetjenesten

Norsk helsetjeneste har høstet erfaringer med innføring av IKT-løsninger i mer enn 50 år. Mange av dagens ideer har vært tenkt for og prøvd ut tidligere, med varierende grad av suksess. Noen ganger skyldtes mangelen på suksess at teknologien ikke var god nok, andre ganger at løsningsvalget ikke var basert på prioritering av riktige behov, eller at ulike interessenter hver for seg hadde forventninger som i sum ikke kunne realiseres.

Legeforeningen har de siste årene samlet mye erfaring om hvilke suksessfaktorer og barrierer som skiller vellykkede e-helseprosjekter fra de mindre gode. Disse erfaringene ønsker Legeforeningen å dele slik at hele helsetjenesten raskere kan innføre digitale løsninger som støtter helsearbeiderens møte med pasienten.

I helsetjenesten ønsker vi å yte bedre og mer kostnadseffektiv helsehjelp. Dersom IKT skal hjelpe oss med det, må vi ha oppmerksomhet på de kliniske målene vi ønsker å oppnå, ikke på teknologien i seg selv. Jo tydeligere fokus vi har på den kliniske nytten, dess lettere blir det å nå disse målene.

1. Vær enige om målet. Dialog for styring
2. Ikke forenklet det som må være komplekst – verktøy må være forskjellige
3. Gevinster kommer bottom-up fra fagmiljøene. Spør klinikerne om hva de trenger
4. Det skal mer til enn IT-endringer for å oppnå gevinster, underverdier ikke hverdagen.
5. Flytt ikke sekretæroppgaver til legene – vær enige om oppgaveoverføring
6. Systemet skal tilpasses hverdagen, ikke omvendt
7. Lytt til kritikk og endringsforslag – ikke alt er endringsmotstand og vrangvilje
8. Berettiget kritikk må tas på alvor
9. Faglig ledelse skjer ikke gjennom et IKT-system
10. Skap entusiasme gjennom effektiv og inspirerende opplæring
11. En bagatell gjort femti ganger blir ingen bagatell for den som skal gjøre det
12. Ingen registrering av data som ikke har en god begrunnelse
13. Ikke bruk tekniske standarder som krever uønsket faglig standardisering
14. De rette legene må delta i alle faser av digitaliseringen – fjern barrierene
15. Bygg en kompetent organisasjon av klinisk informatikere
16. Se, prøv og endre løsningen før innføring
17. Ikke bli lurt av digitalt kvakksalveri; søk råd hos erfarne klinikere med informatikk-kompetanse
18. IKT-forvaltningen må glede seg over forslag til endringer
19. Tenk samarbeid og pass på helheten
20. Det er ingen skam å snu
21. Fleksibilitet og mobilitet i tjenesten må understøttes av fleksibel og mobil-IKT

## E-HELSEUTVIKLING I NORGE

Legeforeningens innspill basert på internasjonale erfaringer



# Høringsnotatet skal ses i sammenheng med

Langsiktige mål for digitalisering av helse- og omsorgssektoren.

Det nasjonale målbildet for IKT-utviklingen i sektoren er nedfelt i Meld. St. nr. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal. Realisering av arbeidet med Én innbygger - én journal er delt opp i tre overordnede tiltak:

- 1) etablering av Helseplattformen i Midt-Norge,
- 2) videreutvikling av de øvrige regionale helseforetakenes journalsystemer og
- 3) Akson – etablering av nasjonal løsning for helhetlig samhandling og en felles kommunal journal utenfor Midt-Norge.

# ...og sikkerhetskrav



04.12.2019

Adel Heilemann

ENING

# Er dagens store utfordring mangel på styring?

**Svaret er NEI.**

- Helsetjenesten er kompleks med mange aktører med egne interesser og budsjetter, et politisk valg.
- En ønsket IKT-løsning som gir gevinst hos én aktør vil kreve investeringer hos mange andre aktører, men uten gevinst hos disse.

## **Manglende finansiering av fellestløsninger er en vesentlig del av utfordringen**

- Økt styring (tvang) løser ikke problemet.
- Vi behøver koordinering av komplett finansierte tiltak.
- Vi må kanalisere midlene ut til EPJ-leverandørene, ikke inn i staten.



## Styring og kompleksitet - innrette seg for å kunne leve med en viss avdrift?

- Man starter med en formativ kontekst "Styring er lik kontroll"
- Man formulerer en strategi på bakgrunn av mål og bestemmer seg for å ta i bruk et nytt system/applikasjon for å understøtte strategien.
- Denne top-down strategiske *alignment* leder til mer kompleks IT, prosesser og standarder
- I implementeringsprosessen overraskes man av motstand i organisasjonen, sideeffekter knyttet til installert base osv.
- Dette fører til behov for kompromisser
- Kompromissene ses på som en bottom-up *alignment* og medfører en avdrift fra opprinnelig strategi
- Dette fører til et følt behov for mer kontroll
- Man er tilbake der man startet og er klar for en ny omdreining av spiralen.

*Ciborra og Lanza i Ciborra and Associates, 2000, Difi-notat til HOD november 2010 - Organisering av IT-standardisering i helsesektoren*

# E-helselovens formål og virkemidler

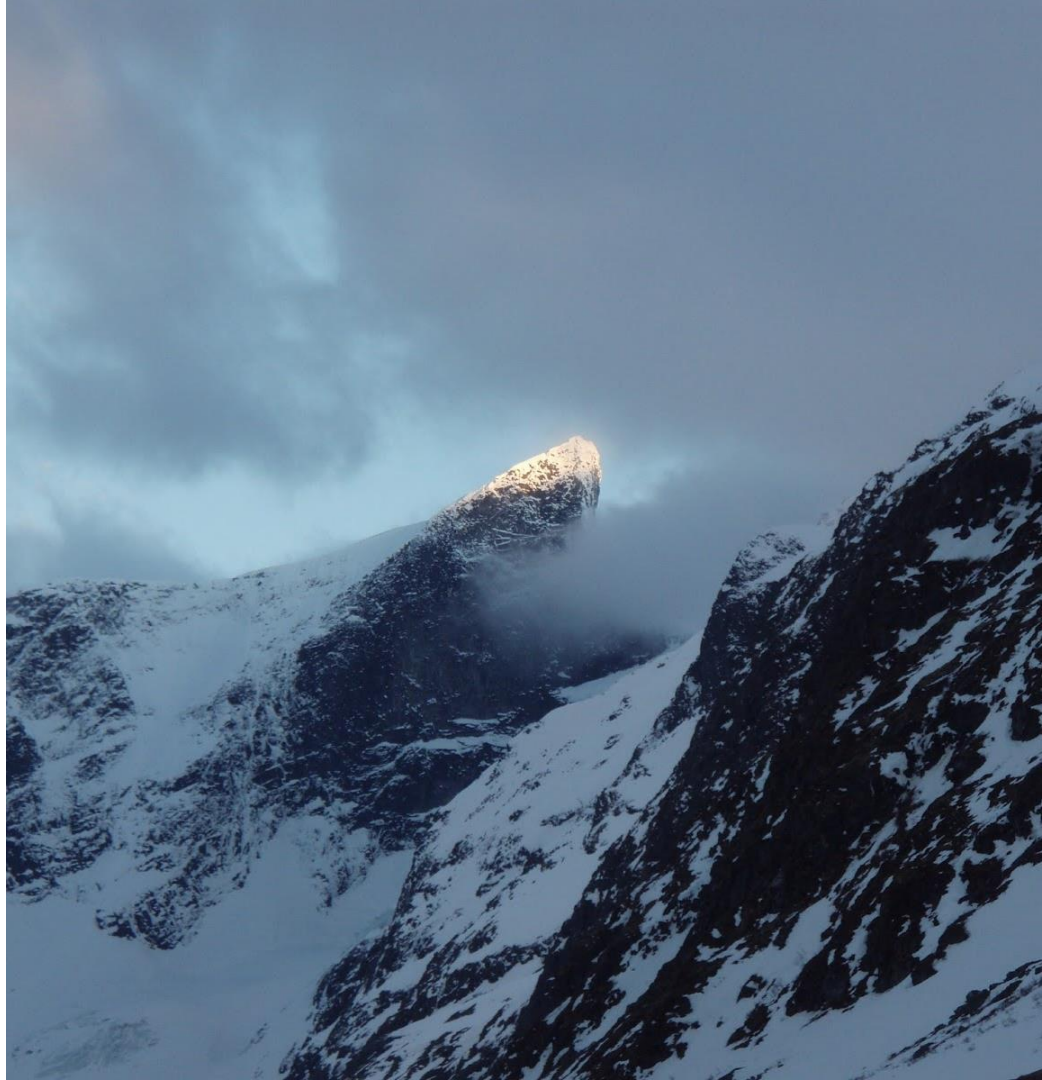
«§ 1 *Formål*: Loven skal bidra til å styrke digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren (e-helse), for å legge til rette for gode og effektive helse- og omsorgstjenester. Loven skal også legge til rette for bedre nasjonal samordning og samhandling mellom forvaltningsnivåene.»

Ikke vanskelig å støtte formålet.  
Spørsmålet er om  
virkemidlene som foreslås  
bygger oppunder formålet.



## Ordrett sitat fra en mail i et legenettverk

"Vil si at generelt er en god del av det som snakkes om her i referansegruppen noe vi har løst eller jobber for å løse gjennom denne plattformen, fordi vi ikke tror at det offentlige klarer det eller klarer det raskt nok. Da finner vi en løsning selv som vi allmennleger er vant til."







# «Legge til rette», jf. loven § 1

«Legge til rette» kontra nasjonal styring:

- Stille til disposisjon digitale systemer, ekspertise mv.
- Ta hensyn til ulikhetene i dag og hvordan digitale systemer utvikles?
- Bygge på de systemene som i dag fungerer godt?
  - Omfatter også gode lokale og regionale fellesløsninger
- Legge til rette for lokale initiativ og innovasjon?
- Legge til rette for helsetjenesten faktiske behov?

# Hinder for lokal innovasjon og tilrettelegging?

- § 2 *Nasjonal samordning*
- § 3 *Nasjonal e-helseportefølje*
- § 4 *Direktoratet for e-helse*
- § 6 *Plikt til å gjøre nasjonale e-helseløsninger tilgjengelige i virksomheten*
- § 8 *Pålegg*
  
- Hva skjer når et prosjekt er «vedtatt inn i den nasjonale porteføljen»?
- Hvilke medvirkningsprosesser sikrer loven?
- Pålegg istedenfor insentiver?

**Vil loven innebære å legge til rette, eller en omfattende sentralisering av løsningen?**

# TBA – tjenestebasert adressering

Et eksempel som illustrerer hvordan den nye loven med tilhørende forskrift kan bli brukt:

Forslag til ny § 4 i Forskrift om IKT-standarder og nasjonale e-helseløsninger:

**"Ved adressering av meldinger skal tjenestebasert adressering benyttes [...]"**

*«Departementet arbeider med sikte på at standard for tjenestebasert adressering gjøres obligatorisk fra 1. januar 2021 og inkluderes i forskriften § 4. Dette betyr at virksomheter som samhandler ved hjelp av meldingsutveksling over helsenettet skal benytte standard for tjenestebasert adressering for adressering av disse meldingene.»*

- Et prinsipp for adressering som er **uforsvarlig** for fastlegekontorer og **bryter personvernet**
- Prinsippsak der IKT-perfeksjonismen tar overhånd - alle MÅ gjøre dette likt (selv om det ikke er tekniske behov for det)
- Utrederne har ikke gjort en risikoanalyse

# Byråkratisering

Alle lokale tiltak som kan ha nasjonal "betydning" skal meldes til EHDR som avgjør om dette skal inn i "nasjonal portefølje", jf. § 3:

«Regionale helseforetak, helseforetak, helseforvaltning, fylkeskommuner og kommuner som planlegger e-helsetiltak med nasjonal betydning, skal forelegge planene for Direktoratet for e-helse, som vurderer om prosjektet skal inngå i den nasjonale e-helseporteføljen, jf. § 4 bokstav e. Med nasjonal betydning menes betydning for flere helseforetak eller flere kommuner, tiltak med potensial for gjenbruk eller betydning for nasjonale e-helseløsninger. Direktoratet for e-helse skal i løpet av tre uker gi innmelder tilbakemelding om direktoratet foreslår at tiltaket skal inngå i den nasjonale e-helseporteføljen, eventuelt om det er behov for ytterligere dokumentasjon og utredning.»

Stor risiko for at ressurser benyttes på byråkratisering uten nødvendig nytte:

- Kostbart
- Forsinkende

## Oppsummerende kommentarer

Høringsnotatet bygger på en oppfatning om at den digitale utviklingen i stor grad skal defineres ovenfra og ned.

Formålet i loven om å styrke digitaliseringen og å legge til rette følges i liten utstrekning opp i lovforslaget.

De digitale løsningene må ta utgangspunkt i behovene i helse- og omsorgstjenesten, utfra dagens og morgendagens situasjon.

*I created the  
perfect  
system!*

*The thing about  
**perfection** is that it  
is **unknowable**, it's  
**impossible**, but it's  
also right in front  
of us all the time.*



# legeforeningen.no/ikt



[facebook.com/legeforeningen](https://facebook.com/legeforeningen)



[twitter.com/legeforeningen](https://twitter.com/legeforeningen)



[youtube.com/user/Legeforeningen](https://youtube.com/user/Legeforeningen)



[no.linkedin.com/company/the-norwegian-medical-association](https://no.linkedin.com/company/the-norwegian-medical-association)



[legeforeningen.no](https://legeforeningen.no)



**DEN NORSKE LEGEFORENING**