



# Underlag till remissvar

## Nästa fas i e-hälsoarbetet

Landstinget Blekinge

September 2015



# Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	3
Kommentarer till utredningens olika delar.....	6
Författningsförslag.....	6
1.1 Förslag till lag om en gemensam läkemedelslista .....	6
1.2 Förslag till förordning om krav på interoperabilitet vid behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, på öppenvårdsapoteken och i socialtjänsten .....	7
1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1996:1156) om receptregister.....	7
1.4 Förslag till lag om ändring i lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer.....	7
1.6 Förslag till lag om ändring i lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning.....	7
1.7 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355).....	7
1.10 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).....	8
1.14 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten	8
Bakgrund och utgångspunkter .....	8
DEL III Utredningens förslag m.m. ....	8
7 Samverkans- och beslutsformer.....	8
8 Förtydligt ansvar för ändamålsenlig och säker behandling av personuppgifter .....	10
9 Tillämpning av en gemensam informationsstruktur m.m. ....	10
10 Förbättrad informationshantering i läkemedelsprocessen.....	11
11 Standarder och krav på interoperabilitet .....	11
12 Informationssäkerhet.....	11
13 Finansiering .....	12
14 Tillsyn av informationshantering.....	12



## Sammanfattning

Regeringen beslutade den 19 december 2013 att tillkalla en särskild utredare för att se över ändamålsenlighet och ansvarsfördelning när det gäller tillhandahållande och utformning av IT-stöd för personal, vård- och omsorgsgivare och andra aktörer inom hälso- och sjukvård och socialtjänsten (dir. 2013:125). Denna utredning har resulterat i betänkandet ”Nästa fas i e-hälsoarbetet”.

”E-hälsokommitténs (S2013:17) uppdrag är att skapa förutsättningar för en bättre, säkrare och effektivare informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Utredningens uppdrag är således mycket brett och komplext.

Utredningen har tolkat uppdraget (dir. 2013:125) som att det handlar om ansvarsfördelning, styrning och organisering av ehälsoarbetet”.

Det stora omfånget på utredningen enligt ovan har tillsammans med en kort remisstid över sommaren lett till problem att behandla frågan med den noggrannhet som är önskvärd. Det är omvälvande förslag som kan få stora konsekvenser för landstinget.

Utgångspunkter för utredningen:

- Ändamålsenlig och säker informationshantering ökar säkerhet och kvalitet
- Det är inte acceptabelt med nuvarande brister i informationshantering
- Många insatser pågår och mycket har gjorts, men...
- Det krävs bättre samordning och en starkare styrning av utvecklingen på e-hälsoområdet.
- Det finns ett flertal aktörer inom eHälsa men som saknar officiellt mandat

Utredningens förslag i korthet:

- Inrätta samverkansorganisation och en beslutande nämnd samt ge E-hälsomyndigheten en central roll, ett utökat uppdrag, och tillsätta en nationell samordnare.
- Staten bör ta ett större ansvar för förutsättningar för informationshantering
- En gemensam läkemedelslista
- Utöka huvudmännens ansvar för informationshantering även för de utövare som man finansierar
- En ny strategisk överenskommelse för utveckling av e-hälsoområdet.
- Ändringar i lagar och förordningar för att kunna uppnå ovanstående

Landstinget Blekinge anser att anslaget och tanken i utredningen generellt är god liksom verklighetsbeskrivningen. Det gäller bland annat vårdens komplexitet och vårdgivarens/behandlarens behov av korrekt och fullständig information. Att flera lagar och bestämmelser behöver ändras för att uppnå en säkrare vård är uppenbart, likaså att det behövs en mer samlad styrning och ett större statligt ansvar.

Det finns också ett stort behov av att ta fram en ny nationell ehälsost strategi så att inte arbetet med eHälsa avstannar.

Landstinget anser att det är olyckligt att man har valt att inte ta med e-tjänsterna för invånarna. Eftersom tjänsterna för invånare och personal bygger på samma tjänster i botten är det viktigt att hålla ihop utveckling och förvaltning till en helhet.

I utredningen hanteras inte heller frågor om individens delaktighet och ställning. Landstinget Blekinge efterfrågar detta perspektiv med tanke på den nya patientlagen och att hälso- och sjukvården i Sverige idag arbetar mot mer aktiva patienter och en personcentrerad vård.



### Gemensam läkemedelslista

Behovet av en samlad läkemedelslista är stort. Den nuvarande informationsspridningen över flera olika system och listor ger en dålig överblick över vad som är ordinerat och därmed risk för felordination.

Utredningen föreslår att problemet löses i två steg:

- Ge hälso- och sjukvårdspersonal direktåtkomst till receptregistret, genom förändrad lagstiftning med ikraftträdande så snart som möjligt.
- Införa en gemensam läkemedelslista som ordinationerna ska göras i och som E-hälsomyndigheten ansvarar för. Informationen ska vara tillgänglig för behöriga användare i vården och på apotek

Landstinget ställer sig bakom det första steget

När det gäller andra steget är målet bra men det finns flera möjliga sätt att uppnå det utöver det som redovisas i betänkandet och frågan behöver ytterligare utredning. Hur hade lösningen varit om förslaget baserats på en beslutad ny lagstiftning som ersättare till PD?

Landstinget vill framhålla att det finns ytterligare information, utöver läkemedelslistan, som behöver ses över och samordnas nationellt. En översyn av informationsmängderna i NPÖ, hantering av hälsoärende, vårdplanering, utlämnande till forskning mm är bara några exempel på områden.

För det ska bli möjligt att genomföra olika lösningar med gemensam information måste en nationell hantering av reservnummer tas fram. Likaså behöver en översyn göras av hanteringen av uppgifter om personer med skyddad identitet. Detta finns inte med i utredningen.

### Gemensam informationsstruktur

Att synliggöra behovet av och arbeta med standardisering för IT-lösningarna i vården är mycket bra.

En del av detta är en gemensam informationsstruktur med en tydlig förvaltning. I utredningen föreslås att ” Socialstyrelsen ska få ett instruktionsenligt ansvar för att i samråd med E-hälsomyndigheten utveckla och förvalta en gemensam informationsstruktur”. Eftersom vi ser en risk för otydlighet med detta delade ansvar föreslår landstinget att Socialstyrelsen får ett ökat uppdrag och mandat.

När det gäller framtagandet av tekniska standards bör inte arbetet ske separat för vården utan samordnas med övrig systemutveckling och internationella ansatser som t.ex. IHE (Integrating the Healthcare Enterprise). Däremot behöver det beslutas att systemen ska följa dessa standards.

Utredningens förslag kommer att innebära nya beslut om gemensamma standarder och lösningar som ska implementeras i våra IT-system och som ska vara med i kravspecifikationer vid upphandling. Det i sin tur kommer att leda till kostnader för den utveckling som ska genomföras både lokalt och nationellt.

Utredningen berör inte hur våra gamla IT-system ska hanteras och vilka krav som behöver ställas för att uppnå den önskade högre patientsäkerheten.

### Samverkans- och beslutsformer

Landstinget instämmer med att det behövs en samlad och långsiktig styrning av e-hälsoarbetet och att staten behöver ta ett större ansvar både för innehåll, finansiering, utveckling och förvaltning.

Utredningen föreslår att det ska finnas:



- En styrgrupp (strategisk nivå) som ska besluta om långsiktiga mål och handlingsplanen för e-hälsa.
- En samverkansnämnd som ska ta beslut om krav på interoperabilitet.
- En koordineringsgrupp (taktiskt arbete) som bereder ärenden till styrgruppen och samverkansnämnden samt följer upp handlingsplanen för e-hälsa

Den föreslagna organisationen är svår att bedöma. Styrgruppens och koordineringsgruppens bemanning beskrivs inte detaljerat med t.ex. antal deltagare så det är svårt att få en korrekt uppfattning om mandat och inflytande.

Det är svårt att utläsa hur arbetet ska fungera både nationellt och på landstingsnivå med vår samverkan via Inera och samverkan i olika forum och nätverk. Exempel på nätverk är direktörsnätverken, SLIT (Landstingens IT-strateger/IT-chefer) mm.

Vår tolkning är att huvudmännen för vården bör ha större delaktighet än vad utredningen gör gällande.

En övergripande frågeställning runt avsnittet om samverkansformer är förhållandet till det kommunala självstyret vilket även tas upp i utredningen (avsnitt 3).

#### Finansiering, utveckling och förvaltning

När det gäller gemensamma funktioner bör man först titta efter befintliga system, egenutvecklade eller på öppna marknaden innan nyutveckling startar. Oavsett om man köper in eller utvecklar själv måste funktionen ha en livscykel som är finansierad.

Det nationella arbetet har hittills inte minskat de lokala IT-kostnaderna. Detta innebär att en ökad nationell satsning måste finansieras via nya statliga pengar och att det måste få ge ökade IT-kostnader i hälso- och sjukvården.

I utredningen står det: ” Det finansiella åtagandet för detta arbete på e-hälsoområdet anser utredningen bör delas av stat och huvudmän. Utredningens bedömning är därför att staten och huvudmännen bör samfinansiera utvecklingen på området. För detta ändamål är det angeläget att regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ingår en ny strategisk överenskommelse för utveckling av e-hälsoområdet.”

Landstinget Blekinge instämmer i att en ny överenskommelse mellan regeringen och huvudmännen behövs.



## Kommentarer till utredningens olika delar

### Författningsförslag

#### 1.1 Förslag till lag om en gemensam läkemedelslista

Avsnittet om förbättrad informationshantering i läkemedelsprocessen och målet att få till en gemensam läkemedelslista är ur patientsäkerhetsperspektiv en viktig fråga som landstinget stöder. Den gemensamma informationen bör hämtas från både öppen och sluten vård.

#### Förhållande till andra lagar

Det är olyckligt att Patientdatalagen (PDL) och den föreslagna nya lagen inte har lika syn och begrepp när det gäller patientens möjlighet att spärra och att företa aktiva val eller inte. Grunden är naturligtvis att utredningen måste förhålla sig till gällande lagstiftning och inte till ett förslag till ny lagstiftning i sin begäran. Med kännedom om förslaget till ny hälso- och sjukvårdsdatalag argumenterar man även där för ett borttagande av spärrmöjligheten avseende läkemedel.

Däremot har man inte med ”privat markering” vilket nog är en god tanke. Speciellt om det är känsliga läkemedel som patienten inte längre äter och av olika orsaker inte vill skylta med. Det är viktigt att reda ut hur detta ska hanteras eftersom läkemedel som inte visas i listan kan ha interaktioner med andra läkemedel och det kan också finnas en beroendesituation som inte framgår.

Det är lämpligt att först ta ställning till om man ska införa en ny hälso- och sjukvårdsdatalag eller om det är befintlig PDL som ska ändras. Om det är det sistnämnda är det flera andra saker som behöver med i en ev. reviderad PDL. Se även kommentarer längre ner när det gäller ändringar i PDL.

När det gäller nödöppning av en privatmarkering finns den med. Däremot inte hur hanteringen är för permanent beslutoförmöga.

Det går inte att utläsa av lagförslaget eller kommentarerna till dessa hur utredningen ställer sig till aktiva val. Det är ju idag inte uttryckt med det sättet i PDL men i Socialstyrelsens föreskrift 208:14 är det tydligt skrivet. Även här tycker vi att det är olyckligt om det skiljer i regelverket för sammanhållen journalföring i olika författningar eftersom det skapar förvirring. Är det undantag för läkemedel bör detta också återspeglas även från SoS. I förslaget till ny föreskrift finns det aktiva valet kvar. Däremot efterfrågar SoS speciellt efter remissinstansernas åsikt när det gäller aktiva val.

Med bakgrund av ovanstående bör de delar som avser patientens inställning till behandlingen i 8-9 § överensstämma med vad som står i PDL/Ny lag. Tanken med privatmarkering för läkemedel är god. Synpunkterna gäller även kommande punkter som behandlar ”privat markering”.

#### Skyldigheter att lämna uppgifter

Att lämna ut uppgifter ser vi inget kontroversiellt med under förutsättning att man reder ut och ensar den lagstiftning som kommer. Frågan om vad som behöver finnas i journalsystemet måste utrönas. Ska vi ha kopior av allt som ordinerats för att kunna använda om vi får problem med kontakten med den gemensamma läkemedelslistan eller ska det lagras en ögonblicksbild av det senaste tillfället då någon hade listan öppen. I vårt fall kan det vara landstinget eller en privat vårdgivare inom huvudmannens ansvarsområde.

#### Utlämnande genom direktåtkomst

20-21 § borde kompletteras med att direktåtkomsten ska ske med stark autentisering.



När det gäller regelverket för direktåtkomst anser vi att det ska vara ett regelverk för direktåtkomst till journalen, inte för olika delar av den. De undantag som behövs ska beslutas av en verksamhetschef utifrån regelverket.

#### Behörighetstilldelning

Rubriken bör kompletteras så att det tydligt framgår att paragrafen under endast avser behörighetstilldelning inom E-hälsomyndigheten.

#### Åtkomstkontroll

Självklart ska E-hälsomyndigheten se till att åtkomsten dokumenteras så att kontroller kan göras avseende obehörig åtkomst. Däremot förstår vi inte hur E-hälsomyndigheten ska kunna kontrollera några andra än sina medarbetare. De har ju ingen aning vilket uppdrag en enskild medarbetare hos en vårdgivare har och därmed kan bedöma om en direktåtkomst är behörig eller inte.

Här borde in krav på E-hälsomyndigheten att tillgängliggöra åtkomstdokumentationen (Loggarna) så att vårdgivarna kan kontrollera dessa och samköra uppgifterna mot övriga loggar som genererats vi samma tillfälle.

#### Bevarande och gallring

Kan man verkligen skriva in avseende gallring 10 år efter att sista uppgiften är införd? Enligt Arkivlagen som offentlig sektor har att följa är det inte tillåtet att gallra. Vad händer med information på avlidna? Även framöver kan uppgifterna behövas för utredning, forskning etc. Hur säkras detta så att journalen alltid är komplett och vi uppfyller lagen? Vårdgivarens ansvar?

### ***1.2 Förslag till förordning om krav på interoperabilitet vid behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, på öppenvårdsapoteken och i socialtjänsten***

Det är positivt med nationella riktlinjer kring interoperabilitet. Det ställer emellertid stora krav på samverkan innan beslut fattas. Även små landsting och kommuner drabbas och behöver kunna komma till tals. Det är även viktigt att riktlinjerna samordnas med övrig systemutveckling och internationella ansatser som t.ex. IHE

### ***1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1996:1156) om receptregister***

Landstinget anser att det är bra att vårdpersonal får tillgång till den föreslagna informationen.

### ***1.4 Förslag till lag om ändring i lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer***

Landstinget har inga invändningar mot detta förslag om det blir en lag om gemensam läkemedelslista.

### ***1.6 Förslag till lag om ändring i lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning***

Landstinget anser att det är bra att vårdpersonal får tillgång till den föreslagna informationen.

### ***1.7 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)***

Som det nämns i utredningen har det genomförts ett arbete för att ta fram förslag på två ersättare till PDL, hälso- och sjukvårdsdatalagen och socialtjänstdatalagen. Förslagen har varit ute på remiss.

Innan ändringar i dagens PDL införs är det viktigt att beslut fattas om denna ska ersättas av ovanstående lagar eller inte. Ska PDL vara kvar är det fler ändringar i denna som behöver göras för att få en samstämmig lagstiftning. Att bara föra in huvudman som begrepp räcker inte. Antas



inte förslaget till ny hälso- och sjukvårdsdatalag behöver fler förändringar göras än det nya kap. 3 a avseende begreppet huvudman.

Med nuvarande skiljaktigheter är det viktigt att redovisa lagarnas ställning till varandra. Lag om gemensam läkemedelslista reglerar en delmängd av det som PDL reglerar idag.

Ska de nya lagarna ersätta PDL bör man se över vilka kompletteringar som är nödvändiga för att få en samstämmig lagstiftning.

3a kap. 4 §. Denna paragraf borde kompletteras med att för åtkomst krävs stark autentisering.

#### **1.10 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)**

Den gemensamma läkemedelslistan är en form av sammanhållen journalföring om än för en delmängd. Det är inte bra att ersätta sammanhållen journalföring med direktåtkomst eftersom orden inte har samma betydelse.

#### **1.14 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten**

Förslaget i 1 § om att E-hälsomyndigheten ska ha ansvaret för informationssäkerheten känns inte tillfredställande. Alla samhällsviktiga funktioner, där hälso- och sjukvården ingår, bör hanteras av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och i grunden ha ett gemensamt regelverk för informationssäkerhet. Däremot kan man lägga krav på MSB att samverka med E-hälsomyndigheten kring informationssäkerhetsfrågor i sjukvården.

### **Bakgrund och utgångspunkter**

Landstinget anser att det är olyckligt att man har valt att inte ta med e-tjänsterna för invånarna. ”Frågor om individens delaktighet och ställning, utvecklingen av invånartjänster som HälsaFörMig, Journal på nätet eller Mina vårdkontakter är centrala komponenter av e-hälsoområdet och viktiga för individens möjligheter att kommunicera med vården och (i förlängningen) socialtjänsten. Eftersom utredningens uppdrag inte innefattar invånartjänster behandlas inte dessa frågor i betänkandet.”

Eftersom invånartjänster är en viktig del av e-hälsan, och tjänsterna för invånare och personal bygger på samma tjänster i botten, är det olyckligt att inte ha med detta område i utredningsarbetet. Om inte tjänsterna hanteras ihop och som en helhet finns risk för onödigt dubbelarbete.

I utredningen är inte heller frågor om individens delaktighet och ställning med vilket Landstinget Blekinge anser vara en stor brist då Sveriges hälso- och sjukvård idag strävar efter mer aktiva patienter och en personcentrerad vård i enlighet med den nya patientlagen.

Landstinget instämmer i att detta är prioriterade områden att arbeta med:

”Vård- och omsorgsgivares organisationer för drift och förvaltning måste samordnas bättre. Den tekniska infrastrukturen måste utvecklas och stärkas för att få bort ineffektiva inloggningar, dubbelregistreringar och liknande”

### **DEL III Utredningens förslag m.m.**

#### **7 Samverkans- och beslutsformer**

Det är bra att det blir en samlad styrning av arbetet med e-hälsa och en tydlighet i vad som gäller.





En stor del i arbetet med nationell e-hälsa rör invånartjänster som enligt avsnitt 2 inte hanteras i utredningen. Eftersom e-tjänster för vård och invånare till stor del har samma tjänstekontrakt och gemensam datahantering blir det otidligt och ineffektivt att inte alls ha med även detta område i den centrala styrningen. Å andra sidan är invånartjänster en viktig del i landstingens utbud och därmed bör landstingen ha en stor möjlighet att påverka och mandat att besluta speciellt inom detta område

En övergripande frågeställning runt avsnittet om samverkansformer är förhållandet till det kommunala självstyret vilket även tas upp i betänkandet (avsnitt 3). Kommer allt som beslutas att bli lagar, förordningar eller föreskrifter? I annat fall är det upp till varje huvudman att ta beslut om hur man ska agera?! Vi har i nuläget en handlingsplan som huvudmännen har ställt sig bakom men där varje huvudman sedan enskilt beslutar om vilka delar och när man vill verkställa

Utredningen föreslår att det ska finnas en styrgrupp (strategisk nivå) som ska besluta om långsiktiga mål och handlingsplanen för e-hälsa. En samverkansnämnd som ska ta beslut om krav på interoperabilitet. En koordineringsgrupp (taktiskt arbete) som bereder ärenden till styrgruppen och samverkansnämnden samt följer upp handlingsplanen för e-hälsa

Styrgruppen för strategiska e-hälsofrågor ska enligt utredningen begränsas till ett relativt litet antal deltagare. Eftersom det inte framgår vilken sammansättning och antal deltagare är det svårt att bedöma förslaget.

Utdrag ur utredningen: ”Utredningen anser att styrgruppen för e-hälsa bör begränsas till ett relativt litet antal deltagare för att skapa en effektiv och beslutsför grupp. I gruppen bör finnas företrädare för Regeringskansliet, närmast berörda myndigheter, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och apoteksbranschen samt professionella organisationer.”

Det ska enligt utredningen även finnas en koordineringsgrupp för det nationella e-hälsoarbetet. ”Utredningen anser att gruppen bör innehålla representanter från stat, kommuner, landsting samt intresse-, bransch- och fackliga organisationer. Utredningen anser att det finns anledning att eftersträva ett brett deltagande och menar därför att såväl professionsorganisationer som patientorganisationer bör få möjlighet att delta.”

e-hälsomyndigheten ska vara sammankallande och även utse deltagare till gruppen. Ska det tas fram några rutiner eller regler för hur deltagare ska tas ut för att säkerställa att både stora och små regioner, landsting och kommuner kan delta och påverka?

Det är svårt att utläsa hur arbetet ska fungera både nationellt och på landstingsnivå med vår samverkan via Inera och samverkan i olika forum och nätverk. Exempel på nätverk är direktörsnätverken, SLIT mm. – är de med i någon av grupperna ovan?

Vår tolkning är att huvudmännen för vården bör ha större delaktighet än vad utredningen gör gällande.

Utredningen föreslår att en samverkansnämnd för e-hälsa ska bildas. Samverkansnämnden ska med stöd av en ny förordning besluta om krav på interoperabilitet vid behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, på öppenvårdsapoteken och i socialtjänsten. Den ska ha 8 ledamöter som utses av regeringen. Det ska bara vara en landstingsrepresentant med i samverkansnämnden. Hur ska formerna för att utse denna representant se ut? Landstingen och regionerna har olikartade uppdrag och villkor att verka utifrån. Till exempel bör regionala skillnader beaktas. Det finns en risk för att centrum/periferi förstärks i en organisation med så begränsat inflytande från landstingen. Hur ska samverkan och förankring inför beslut fungera? Det är samma fråga på kommunsidan.



Behövs en ny nämnd för att ta dessa beslut eller kan en ensning om vilka standarder som ska följas göras på annat sätt? Via redan befintliga forum?

Det står att när beslut har tagits i samverkansnämnden ska de följas. Det framgår inte hur finansieringen ska ske. Det finns risk att det tas beslut som inte är kostnadsmässigt försvarbara för ett litet landsting som Landstinget Blekinge.

Det ska även tillsättas en nationell samordnare för att få den ovan beskrivna organisationen på plats. Samordnaren ska inledningsvis vara ordförande i styrgruppen och även upprätta och besluta om handlingsplan som initialt ska ligga till grund för e-hälsoarbetet. Landstinget ställer sig tvekan till att detta är en lämplig lösning och ifrågasätter behovet av en samordnare med detta mandat.

### **8 Förtydligat ansvar för ändamålsenlig och säker behandling av personuppgifter**

I remissvaret till Rätt information i vård och omsorg ställde landstinget sig positivt till huvudmannansansvaret. Det finns i dag krav som är svårhanterliga för huvudmannen med dagens lagstiftning. Vi anser dock att det är bättre att man beslutar hur man ska hantera förslaget till ny hälso- och sjukvårdsdatalag innan man går vidare med ytterligare lagstiftning om huvudmannens ansvar för behandling av personuppgifter.

Den ändring av PDL som utredningen föreslår är inte tillräcklig då man i sitt förslag endast fokuserat på behoven av en gemensam läkemedelslista

#### Avsnitt 8.1.3 Ett utökat ansvar för landsting och kommuner

Enligt utredningen ska landsting och kommuner ansvara för kontroll och tillsyn av den behandling av personuppgifter som sker av olika vårdgivare inom sjukvårdshuvudmannens område, bland annat genom att tillse att vårdgivare använder informationssystem som innebär ändamålsenligt och säkert utbyte av patientuppgifter.

Det är landstingets uppfattning att ett utökat övervaknings- och kontrollansvar avseende informationssäkerheten kommer att kräva resurser som inte finns.

Det är inte effektivt att självstyrande huvudmans tolkningar, prioriteringar och beställningar är avgörande i dessa frågor. Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket och Datainspektionen har både de uppdrag och de expertkunskaper som krävs för förbättrad övervakning och kontroll och bör därför hantera även detta.

Landstinget har inte heller avtal med alla aktörer vars verksamhet finansieras via landstingsmedel och som då omfattas av det föreslagna övervaknings- och kontrollansvaret. Detta gäller t.ex. så kallade Taxe-läkare.

Ett övervaknings- och kontrollansvar förutsätter därför uttryckligt lagstöd med sanktionsmöjligheter.

Punkten 8.1.4 är ett av fyra ben i informationssäkerhetsarbetet. Att tillgängligheten ska vara hög anser vi självklart. Även om informationen är väl strukturerad och kan presenteras på olika sätt är det nog ändå svårt att få alla att tycka att en uppgift är lät att hitta. Arbetar man aktivt i mer än ett system finns risken att kvar att personer upplever att informationen inte är överskådlig.

### **9 Tillämpning av en gemensam informationsstruktur m.m.**

Att synliggöra behovet av och arbeta med standardisering för IT-lösningarna i vården är mycket bra. En del av detta är en gemensam informationsstruktur med en tydlig förvaltning. I utredningen



föreslås att ” Socialstyrelsen ska få ett instruktionsenligt ansvar för att i samråd med E-hälsomyndigheten utveckla och förvalta en gemensam informationsstruktur”.

Det är risk att det inte blir tillräckligt tydligt med detta delade ansvar. Vem har bollen? Vem tar beslut?

Landstinget Blekinge föreslår därför att Socialstyrelsen får ett utökat uppdrag och mandat i denna fråga.

### **10 Förbättrad informationshantering i läkemedelsprocessen**

Behovet av en samlad läkemedelslista är stort. Den nuvarande informationsspridningen över flera olika system och listor ger en dålig överblick över vad som är ordinerat och därmed risk för felordination.

Utredningen föreslår att problemet löses i två steg:

- Ge hälso- och sjukvårdspersonal direktåtkomst till receptregistret, genom förändrad lagstiftning med ikraftträdande så snart som möjligt.
- Införa en gemensam läkemedelslista som ordinationerna ska göras i och där informationen ska lagras (originalet) och som E hälsomyndigheten ansvarar för. Informationen ska vara tillgänglig för behöriga användare i vården och på apotek

Landstinget ställer sig bakom det första steget ovan.

När det gäller andra steget är syftet bra men det finns flera möjliga sätt att uppnå det utöver det som redovisas i betänkandet. Landstinget Blekinge menar därför att frågan behöver ytterligare utredning. Hur hade lösningen varit om förslaget baserats på en beslutad ny lagstiftning som ersättare till PDL?

Att ägandet av ordinationsinformationen inte längre skulle vara hos huvudmännen kan ge konsekvenser som vi inte ser nu och det behöver utredas ytterligare.

Likasa får en central lagring av informationen utan krav på lokala kopior konsekvenser vid avbrott i nätverkskommunikationen.

Läkemedelsinformationen behöver troligen användas tillsammans med övrig information för beslutsstöd, uppföljning mm hos huvudmännen. Detta måste stödjas av en ny lösning.

### **11 Standarder och krav på interoperabilitet**

När det gäller framtagandet av teknisk standards anser Landstinget Blekinge att arbetet inte bör ske separat för vården i Sverige utan samordnas med övrig systemutveckling och internationella ansatser som t.ex. IHE (se [www.ihe.net](http://www.ihe.net)). Däremot behöver det beslutas att systemen ska följa dessa standards.

Utredningens förslag kommer att innebära nya beslut om gemensamma standarder och lösningar som ska implementeras i våra IT-system och som ska vara med i kravspecifikationer vid upphandling. Det i sin tur kommer att leda till kostnader för den utveckling som ska genomföras både lokalt och nationellt.

Utredningen berör inte hur våra gamla IT-system ska hanteras och vilka krav som behöver ställas för att uppnå den önskade högre patientsäkerheten.

### **12 Informationssäkerhet**

Alla samhällsviktiga funktioner, där hälso- och sjukvården ingår, bör hanteras av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och i grunden ha ett gemensamt regelverk för informationssäkerhet. Däremot kan man lägga krav på MSB att samverka med E-hälsomyndigheten och socialstyrelsen kring informationssäkerhetsfrågor i hälso- och sjukvården. Övergripande krav och behov på informationssäkerhet skiljer sig inte i grunden. Vi ska jobba



utifrån samma ISO standarder etc. Däremot kan vi ha behov att samverka kring hur vi ska förhålla oss just inom vården.

### **13 Finansiering**

I utredningen står det att en större del av pengarna ska gå till utveckling än i nuläget då det mesta idag går till att förvalta redan framtagna tjänster. För att detta ska bli möjligt måste förvaltningen av de nuvarande tjänsterna kunna göras till lägre kostnad eller att tjänster avvecklas. Hur detta ska göras beskrivs inte i rapporten.

När det gäller gemensamma funktioner bör man först titta efter befintliga system, egenutvecklade eller på öppna marknaden innan nyveckling startar. Oavsett om man köper in eller utvecklar själv måste funktionen ha en livscykel som är finansierad. Idag görs mycket jobb i många organisationer som inte förvaltas. De blir med andra ord obrukbara över tid. Det ska också vara rimliga insatser för implementation och inte ”allt på en gång”. Det är viktigt att ett litet landsting eller kommun också har en rimlig chans att hänga med

Det nationella arbetet har hittills inte minskat de lokala IT-kostnaderna. Detta innebär att en ökad nationell satsning måste finansieras via nya statliga pengar och att det måste få ge ökade IT-kostnader i hälso- och sjukvården.

I utredningen står det: ” Det finansiella åtagandet för detta arbete på e-hälsoområdet anser utredningen bör delas av stat och huvudmän. Utredningens bedömning är därför att staten och huvudmännen bör samfinansiera utvecklingen på området. För detta ändamål är det angeläget att regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ingår en ny strategisk överenskommelse för utveckling av e-hälsoområdet.”

Landstinget Blekinge instämmer i att en ny överenskommelse mellan regeringen och huvudmännen behövs.

Även nedanstående text kommer från utredningen men landstinget anser inte att den föreslagna samordnaren ensam kan besluta om en handlingsplan som utredningen anser ska ligga till grund för det nationella e-hälsoarbetet.

”Överenskommelsen bör kopplas till arbetet i samverkansorganisationen och uppdraget för den föreslagna nationella samordnaren, vars första uppgift blir att upprätta och besluta om en handlingsplan som utredningen anser ska ligga till grund för det nationella e-hälsoarbetet.”

### **14 Tillsyn av informationshantering**

Betänkandet tar i detta avsnitt fasta på att det är viktigt att journaler och dokumentation innehåller rätt uppgifter och att ett journalsystem inte enbart är bärare av information utan också ett viktigt arbetsredskap för yrkesutövarna.

För att det ska kunna användas på bästa sätt krävs såväl rätt kompetens hos användaren som rätt utformning av systemen.

Systemen ska vara ändamålsenliga och användarvänliga.

”Utredningens uppfattning är att ändamålsenliga informationssystem som används på rätt sätt kan förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården, på öppenvårdsapoteken och i socialtjänsten. Därför behövs en stark och kunskapsbyggande tillsyn för att kontrollera om så blir fallet och för att kommunicera resultatet av tillsynen på ett sätt som främjar kontinuerligt lärande.”

Om det ska bli en tillsyn utifrån det som står ovan är det viktigt att även tillsynen av leverantörerna följer med. Det är viktigt att huvudmännen med hjälp av detta får ökade möjligheter att kräva att leverantörerna producerar funktionella, driftsäkra och användbara system som ger ett bra stöd i arbetet.



UTKAST

