



# LANDSTINGET BLEKINGE

2015-09-20  
Dnr 2015/00321

Dnr S2015/2282/FS

Landstingsdirektörens stab  
Avdelningen för kunskapsstöd  
Helén Andersson

Socialdepartementet  
103 33 STOCKHOLM

## Remissvar – Nästa fas i e-hälsoarbetet (SOU 2015:32)

### Ärendets beredning

Hanteringen av remissvaret har samordnats av landstingets e-hälsostrateg. I remissarbetet på tjänstemannasidan har följande fått materialet för åsikter och hantering inom sina respektive organisationer: förvaltningschefer, chefläkare, kommunikationsdirektör, utvecklingsdirektör, landstingsdirektör, landstingsjurist, informationssäkerhetsstrateg, läkemedelssektionen, Informatik och Kommunikation, Hälsoval.

Det stora omfånget på utredningen 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.

### Sammanfattning

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 ehälsostrategi 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.

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 m.m. är bara några exempel på områden.



## LANDSTINGET BLEKINGE

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.

### 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.*

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.

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

Landstinget anser att behovet av att tillsätta en nationell samordnare kan ifrågasättas.

I samverkansnämnden, som enligt betänkandet ska ta beslut bland annat om interoperabilitet, som alla ska följa, finns bara plats för en landstingsrepresentant. Landstingen och regionerna har olikartade uppdrag och villkor att verka utifrån. Till exempel bör regionala skillnader beaktas och hur ska då samverkan och förankring inför beslut fungera med bara en representant? Landstinget ställer sig frågande till om det behöver inrättas en ny nämnd för denna uppgift.

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-strategier/IT-chefer) m.m.

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

*Staten bör ta ett större ansvar för förutsättningar för informationshanteringen*

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 teknisk standards bör inte arbetet ske separat för vården utan samordnas med övrig systemutveckling och internationella ansatser som t.ex. IHE. Däremot behöver det beslutas att systemen ska följa dessa standards. Beslut om detta bör kunna tas i befintliga forum och inte kräva en ny nämnd.

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.



## LANDSTINGET BLEKINGE

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

### *En 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-

### *Utöka huvudmännens ansvar för informationshantering även för de utövare som man finansierar*

Det är landstingets uppfattning att ett utökat övervaknings- och kontrollansvar avseende informationssäkerheten kommer att kräva resurser som inte finns. 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. Detta gäller t.ex. så kallade Taxe-läkare

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 huvudmännens ansvar för behandling av personuppgifter.

### *En ny strategisk överenskommelse för utveckling av e-hälsoområdet.*

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.

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. 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. *Ändringar i lagar och förordningar för att kunna uppnå ovanstående*  
För att kunna genomföra de önskade åtgärderna behöver en del ändringar i olika lagar och förordningar göras. Landstinget ställer sig positiv till de förändringar som behövs för att ge hälso- och sjukvårdspersonal direktåtkomst till receptregistret.

Flera av de andra förslagen faller om inte åtgärderna de ska stödja beslutas. I flera fall finns det redan andra förslag till förändring som inte är beslutade ännu och som man behöver förhålla sig



## LANDSTINGET BLEKINGE

till. Det är även viktigt att det klargörs hur olika lagar ska förhålla sig till varandra och att en mer övergripande översyn görs om förändringarna i betänkandet blir aktuella.

### **Landstinget Blekinges ställningstagande**

Betänkandet ”Nästa fas i e-hälsoarbetet” är en omfattande utredning med förslag inom flera områden. På grund av detta kan inte ett samlat ställningstagande göras.

Landstinget Blekinges mer specifika synpunkter redovisas nedan utifrån kapitelindelningen i ”Nästa fas i e-hälsoarbetet”.

### **Landstingets mer specifika kommentarer**

#### **Del 1 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.

Det är därför lämpligt att först ta ställning till om man ska införa en ny hälso- och sjukvårdsdatalag eller om det är befintlig PDL som ska ändras.

När det gäller ”Privat markering” som är ett sätt för patienten att undanta visning av läkemedel i den gemensamma listan måste man reda ut hur detta ska hanteras. Läkemedel som inte visas i listan kan ha interaktioner med andra läkemedel och det kan också finnas en beroendesituation som inte framgår.

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

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.

##### *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 utvärderas. 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.



## LANDSTINGET BLEKINGE

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.

E-hälsomyndigheten kan bara kontrollera sina egna medarbetare och måste därför tillgängliggöra åtkomstdokumentationen (Loggarna) så att vårdgivarna kan kontrollera dessa och samköra uppgifterna mot övriga loggar som genererats vid samma tillfälle när det gäller vårdgivarens anställda.

### Bevarande och gallring

Enligt Arkivlagen som offentlig sektor har att följa är det inte tillåtet att gallra och landstinget ställer sig därför tveksamma till förslaget om gallring 10 år efter att sista uppgiften är införd.

#### *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 (Integrating the Healthcare Enterprise)

#### *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 än de föreslagna som behöver göras för att få en samstämmig lagstiftning. Att bara föra in huvudman som begrepp räcker inte.

Med nuvarande skiljaktigheter är det viktigt att redovisa lagarnas ställning till varandra.

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.



## LANDSTINGET BLEKINGE

### *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 tillfredsställande. 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.

## **Del 2 Bakgrund och utgångspunkter**

Landstinget anser att det är olyckligt att man har valt att inte ta med e-tjänsterna för invånarna. 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 det är prioriterat att arbeta för samordning av drift och förvaltning, en effektiv infrastruktur och att få bort ineffektiva inloggningar, dubbelregistreringar m.m.

## **Del 3 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 otydligt 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 nationell handlingsplan som huvudmännen har ställt sig bakom men där varje huvudman sedan enskilt beslutar om vilka delar och när man vill verkställa.

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.



## LANDSTINGET BLEKINGE

Det ska enligt utredningen även finnas en koordineringsgrupp för det nationella e-hälsoarbetet. 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 (Landstingens IT-strategier/IT-chefer) m.m. – 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. 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 Förtydligt ansvar för ändamålsenlig och säker behandling av personuppgifter**

I remissvaret till *Rätt information i vård och omsorg* ställde Landstinget Blekinge sig positivt till huvudmannansansvaret. Det finns idag 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.



## LANDSTINGET BLEKINGE

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 lätt att hitta, speciellt om man arbetar aktivt i mer än ett system.

### **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 den första punkten ovan.

När det gäller den andra punkten 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.

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





## LANDSTINGET BLEKINGE

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

### 11 Standarder och krav på interoperabilitet

När det gäller framtagandet av tekniska standarder 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 nyutveckling 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.

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

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.

### 14 Tillsyn av informationshantering



## LANDSTINGET BLEKINGE

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.

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 ändamålsenliga och användbara system som ger ett bra stöd i arbetet.

### **Avslutningsvis**

Landstinget Blekinge ser positivt på ett fortsatt arbete med nationell e-hälsa. Det är viktigt att vi samverkar inom området men det är också viktigt att huvudmännen är delaktiga i arbetet eftersom ansvaret för vården ligger där.

Att arbeta vidare med förbättring och ny styrning av e-hälsa utan att ha med invånarperspektivet kommer inte att ge det stöd som behövs i tex arbetet med personcentrerad vård och i att uppfylla intentionerna i patientlagen.

En gemensam läkemedelslista är mycket önskvärd men det behöver utredas hur det ska bli verklighet.

Att vårdpersonal får ta del av receptregistret är viktigt och bör få en snabb hantering.