



Munnen er en del av kroppen, i hvert fall digitalt

Digitalisering den offentlige
tannhelsetjenesten (digi DOT): Diagnose,
målbilde og juridisk handlingsrom

Rapport fra starte sammen fasen (fase 1)

Versjon 1, april 2024



Innhold

Innledning	4
Formål	4
Diagnose	5
Samhandling: pasienten i sentrum.....	5
Manglende helhetlig perspektiv ved vurdering av pasientenes behov	5
Mangel på samhandling mellom DOT og andre aktører reduserer pasientsikkerheten og effektiviteten i tjenesten	7
Tannhelsetjenesten kan oppfattes som fragmentert internt, og adskilt fra resten av helsetjenesten.	8
Administrative oppgaver for tannhelsepersonellet er manuelle og tidkrevende	9
Mangel på informasjonsinnhenting fra Folkeregisteret.....	10
Eksport/import av helseopplysninger og journalnedtegnelser er ressurskrevende og medfører manuelle prosesser.....	10
Rett til kommunale omsorgstjenester og institusjonsopphold utløser rettigheter til vederlagsfri behandling i DOT, men det finnes ingen automatisk informasjonsutveksling til tannhelsetjenesten om rettighetene.....	11
Mangelen på digitalisert samhandling gir sikkerhetsmessige utfordringer for tjenesten .	11
Standardisering	11
Mangel på enhetlig og like tjenester	12
Ingen felles nasjonal fagterminologi	12
Standardisering og digital samhandling	13
Analyse.....	13
Tilgangen til data er mangelfull.....	14
Mangel på analysekapasitet og datatilgang gir økte samfunnskostnader og forskjeller i tjenestetilbud	14
Fagmiljøene er små i hver enkelt fylkeskommune	15
Manglende og dårlig styringsdata fra tjenesten	15
For lite forskning på og i tjenesten	15
Administrative utfordringer	16
Manglende informasjonsutveksling med andre interne systemer (manglende interoperabilitet)	17
Behov i tannhelsetjenesten	18
Samhandling.....	18
Behov for digitalisering av informasjonsutvekslingen	18
«Kun én gang prinsippet»	19
Tilgang til og deltakelse i utviklingen av nasjonale fellesløsninger	19
Samhandling forutsetter samarbeid på tvers av helsetjenestene	20



Samhandling mellom pasient og behandlere	20
Dokumentasjon	21
Arbeidsstøtte	22
Analyse og prediksjon.....	22
Forutsetninger	23
Tilstrekkelig interoperabilitet.....	23
Behov for standarder.....	25
Behov for flyt av data	25
Behov for kvalitetsforbedring i tannhelsetjenesten.....	26
Juridisk handlingsrom.....	27
Tannleger er omfattet av reglene om taushetsplikt etter helsepersonelloven.....	27
Innsamling og bruk av helseopplysninger.....	27
Graden av sensitivitet.....	28
Taushetsplikt	28
Opplysningsrett og opplysningsplikt	29
Opplysningsrett og -plikt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.....	30
Unntak som gir opplysningsrett følger av helsepersonelloven §§ 22-29	30
Unntak som utløser opplysningsplikt	30
Bruk av helseopplysninger, spørsmål arbeidsgruppen skal ta stilling til «offentlig sektor skal dele data når den kan og skjerme data når den må»	31
Oppsummering: juridisk handlingsrom	34



Innledning

Digitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten er nødvendig for å imøtekomme demografiske endringer i befolkningen, og behovet og forventningene innbyggerne har til det norske helsevesen. Videre er resten av helsevesenet i en omfattende digitaliseringsprosess for å imøtekomme fremtidens økende behov for helsetjenester. Ifølge SSB mottok over 1,5 millioner nordmenn tjenester fra den offentlige tannhelsetjenesten i 2022, og den lovpålagte prioriteringen tilsier at dette i utstrakt grad var særlig utsatte befolkningsgrupper som blant annet barn, personer på institusjon eller brukere av andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Sektoren er i utstrakt grad avhengig av støtte og samarbeid med andre tjenester i fylkeskommunen, det offentlige helsevesenet og tjenester i kommunal, statlig og privat sektor for å kunne levere gode, effektive og trygge helsetjenester til innbyggerne. Samhandling og koordinering av behandlingsforløp på tvers av offentlige og private helsetjenester og digitalisert informasjonsutveksling mellom disse, er forutsetninger for å sette pasientens behov i sentrum. Denne samhandlingen må digitaliseres, effektiviseres og utbedres for å sikre gode tannhelsetjenester også i fremtiden.

Formål

Målet med prosjektet er å bedre den offentlige tannhelsetjenestens løsninger for lovpålagt dokumentasjon av sin kliniske virksomhet, med særlig satsing på digital samhandling med andre deler av helsevesenet. Bedre analysekapasitet og styring av tjenesten står også sentralt. Gjennom bedre digital integrering, siktes det mot en helhetlig tilnærming til pasientbehandling hvor pasienten står i sentrum, og munnhelsen sees i sammenheng med den generelle helsen.

Visjonen er å innlemme munnhelse i det bredere helseperspektivet digitalt, og å forbedre samhandling, informasjonsdeling, og analysekapasiteten i tannhelsetjenesten. Fremtidens offentlige tannhelsetjeneste skal tilby mer effektive, trygge og pasientfokuserte tjenester.

Dagens situasjon er preget av en manglende digital utvikling av tjenesten, som blant annet skyldes varierende kvalitet på anskaffelseskontrakter og manglende konkurranse i utviklingen av digitale løsninger innen tannhelsetjenesten. Dette, kombinert med demografiske endringer og en forventet reduksjon i tilgjengelighet til kvalifisert helsepersonell, understreker behovet for digitalisering.

Ved manglende digitalisering i den offentlige tannhelsetjenesten vil evnen til samhandling med andre helsetjenester reduseres over tid, ettersom andre helsetjenester nå øker sin utviklingstakt for digitalisering og nyanskaffelser av digitale verktøy. Dermed reduseres bruken av manuell informasjonsutveksling og mulighetene for direkte kontakt med annet helsepersonell vil begrenses ytterligere som følge av økte krav til effektivisering. Om tannhelsetjenesten ikke tar del i denne utviklingen vil dette føre til en mindre effektiv tjeneste. Tannhelsetjenesten vil likevel måtte forholde seg til andre helsetjenester i stor grad. Ved å stå utenfor nå vil tannhelsetjenesten tvinges til å tilpasse sine løsninger etter de nasjonale fellesløsningene, i stedet for å delta i utviklingen av disse.

Økt evne og kapasitet til analyse og datadrevet kunnskapsutvikling vil redusere forskjeller i tjenestetilbudet regional og nasjonalt, og deltakelse i utviklingen av nasjonale fellesløsninger på e-helseområdet vil gi store kvalitetsmessige fordeler for pasientene og behandlerne i alle deler av helsevesenet. Digitalisering av manuelle arbeidsprosesser og kunnskapsbasert tilnærming til behandlingstilbudet har potensial for betydelig effektivisering av tjenesten.



Diagnose

Diagnosen, eller utfordringsbildet til den offentlige tannhelsetjenesten er delt inn i fire hovedkategorier med flere underpunkter: Samhandling med pasienten i sentrum, standardisering, analyse og administrative utfordringer.

Samhandling: pasienten i sentrum

Tannhelseproblemer oppstår i en kompleks organisme; mennesket. Munnhelsen er en viktig del av helhetsbildet ved vurdering av helsetilstand. Munnhulen er avgjørende for vår evne til å spise og interagere med andre mennesker, og god munnhelse er derfor avgjørende for både fysisk og psykisk helse. Infeksjoner eller annen sykdom i munnen kan i seg selv være dødelig, og også forårsake alvorlige komplikasjoner for pasienter med andre lidelser.

Mangelen på helsepersonell i andre deler av helsetjenesten er et godt dokumentert problem, og ifølge Helsepersonellkommissjonens rapport «Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helsetjeneste¹» vil denne mangelen bli tydeligere om helsetjenestene ikke klarer å endre sine arbeidsmetoder og øke omfanget og hastigheten på digitaliseringen av helsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommunene påvirkes direkte av denne mangelen på helsepersonell, ettersom hovedtyngden av vår samhandling og informasjonsutveksling med andre helse og omsorgstjenester er basert på manuelle prosesser i form av brevpost eller telefonkonsultasjoner. Travlere arbeidsdager og nye rutiner hos annet helsepersonell gjør disse mindre tilgjengelige for DOTs personell, og dette gjør det vanskeligere å få tak i relevante opplysninger når man trenger det. Ettersom DOTs pasienter i utstrakt grad er de samme som helse- og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten yter tjenester til, vil disse manuelle formene for samhandling bli enda mindre effektive i tiden fremover. I og med at helsetjenestene er i en digitaliseringsprosess, er det avgjørende at tannhelsetjenesten er også er med i denne prosessen. Dette betyr at problemene i de andre delene av helsetjenesten også rammer DOT. Vi har erfart at behovet for daglig munnstell ofte glemmes eller nedprioriteres når helsepersonellet får flere oppgaver, flere pasienter og dermed mindre tid til hver enkelt enn tidligere.

Lov om tannhelsetjenesten² pålegger DOT samarbeid på tvers av fylkeskommunene, og også med andre kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere slik at DOT og samarbeidspartnerne skal være i stand til å ivareta sine lovpålagte oppgaver. Mangel på samhandling reduserer kvaliteten, sikkerheten og effektiviteten i helsetjenestene, inklusive tannhelsetjenesten, og øker samfunnskostnadene.

Manglende helhetlig perspektiv ved vurdering av pasientenes behov

De aktørene som i dag utveksler informasjon med DOT gjør dette på forskjellige måter, og mesteparten foregår manuelt. Det er flere forskjellige digitale samhandlingsløsninger som brukes av den offentlige tannhelsetjenesten i de forskjellige fylkeskommunene, men disse løsningene har store begrensninger med tanke på hvem man kan samhandle med og hvordan informasjonen kan struktureres. Med dette menes at opplysninger hentes manuelt ut fra pasientjournalssystemet (EPJ) og sendes fra tannhelsetjenesten til andre aktører eller

¹ Helsepersonellkommissjonens NOU 2023: **Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste**; [NOU 2023: 4 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

² Lov om tannhelsetjenesten §1-4a <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>



fra andre aktører til tannhelsetjenesten. Opplysningene er som oftest ikke komplette, ofte er de i sammenstilt form, som for eksempel oppsummert i statistikk. Ettersom opplysningene ikke utveksles digitalt, og det er sammenstilte opplysninger som overføres, medfører dette at ingen aktører sitter med et relevant, oppdatert bilde av pasientens diagnoser, behandling eller medikamentbruk.

Det er noen prosjekter i fylkeskommunene hvor digital informasjonsutveksling er tatt i bruk, eller under utvikling. Disse er listet under:

- «Tjenestebasert adressering» hvor det er mulig å oversende henvisninger, epikriser og dialogmeldinger mellom DOT og andre brukere av samme EPJ-løsning (som for eksempel tannlegespesialister, private tannhelseaktører og DOT i andre fylkeskommuner) og ev. andre innad i helsetjenesten som benytter standarden «henvisning 1.0». Her er det altså snakk om utveksling av tekst i gitte felter i standard skjemaer, fritekst eller vedlegg som PDF-filer med journalnedtegnelser og røntgenbilder mellom 2 brukere. Dette prosjektet er fortsatt under utprøving og innfasing i Trøndelag og Rogaland. Noen fylkeskommuner har benyttet personbaserte meldinger tidligere. Det benyttes i dag standarden «Henvisning 1.0» for henvisningsformatet.
- Oversending av digital utskrift av journalopplysninger til pasient via arkivsystem gjøres i Rogaland på forespørsel.
- Tilgang til spørretjenesten «Har borger frikort». Denne gir mulighet til å kontrollere status for pasientens frikortstatus med tanke på egenandel, som dermed endrer takstbruken ved visse innslagspunkt.
- Digital innsending av sykemelding til NAV via EPJ er på plass i noen fylker.
- Oppkobling med enkeltoppslag mot Persontjenesten (folkeregisteret) er på plass, men er ikke ferdig implementert i samtlige fylkeskommuner. Denne løsningen erstatter manuelle prosesser som krevdes tidligere. Masseoppslag er utviklet, men foreløpig i test.
- Elektronisk resept: Funksjon er ferdig utarbeidet og benyttes av enkelte klinikker både i privat og offentlig tannhelsetjeneste. Flere fylkeskommuner jobber med test og implementering nå. Dette muliggjør innsending av digital resept til apotekene og oppslag i legemidler pasienten har fått foreskrevet fra andre behandlere.

Det er med altså muligheter for at samhandling med annet tannhelsepersonell i og utenfor DOT, men løsningene er ofte mangelfulle og fremstår mer som digitale versjoner av en tidligere manuell prosess. Videre er de standardene som brukes å regne som utdatert, da blant annet «henvisning 2.0» er det mange andre helse og omsorgstjenester nå bruker. Gevinstene med den digitale utvekslingen blir dermed mindre, og prosessene unødvendig tidkrevende for personellet. Løsningene er med andre ord digitale, men ikke digitaliserte. Det er også slik at de fleste løsningene er utformet som en digital «postkasse» for brukerne, hvor man sender og mottar informasjon i en lav grad av felles struktur, slik at programvaren som brukes i liten grad kan hente inn meldingsinnholdet til egen lagringsstruktur. Det er også visse løsninger for oppslag og sending av opplysninger mot andre statlige løsninger, for eksempel:

- Oppslag mot nasjonale registre for rettigheter og bosted er i ferd med å implementeres i visse fylkeskommuner.
- Innsending av sykemelding mot NAV er også tilgjengelig for fylkeskommunene med dagens EPJ-løsning, så lenge løsningene er implementert.

Likevel er problemene med samhandling knyttet mer mot helseopplysninger fra andre helsetjenester, som fastlege, sykehus, spesialisthelsetjenester og kommunale helse og omsorgstjenester. Det påpekes fra tjenesten at det er en treghet i implementeringen blant fylkeskommunene av flere årsaker, deriblant manglende personellressurser.



Tannhelsepersonell fra DOT kobles ikke på når det skal gjøres en helhetsvurdering av pasientens behov i kommunal helse- og omsorgstjeneste, eller ved koordinering av behandlingen av alvorlig syke pasienter på sykehus og andre spesialisthelsetjenester. Eksempelvis finnes det i dag ingen automatikk for tannhelsefaglig oppfølging av pasienter som skal behandles for kreft, gjennomgå organtransplantasjoner eller andre former for behandling hvor det er forventet at pasienten vil være særlig utsatt for infeksjoner som en følge av behandlingen. Ansvar for å få gjennomført odontologisk vurdering og oppfølging av munnhelsen før slike behandlinger, legges ofte direkte på pasienten eller foresatte, som dermed må ta kontakt med tannhelsetjenesten og koordinere denne behandlingen selv. Dette må da oftest skje før oppstart av behandlingen som skal gjøres i spesialisthelsetjenestene. Dette kan derfor føre til forsinkelser i oppstart av behandling, noe som kan påvirke prognose og utfall av behandlingen for pasienten.

Som pasient forholder man seg som oftest til flere aktører i helsetjenesten samtidig, som for eksempel fastlege, sykehjemslege, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Pr i dag er man som pasient ofte bæreren av informasjon mellom de andre helseaktørene og den offentlige tannhelsetjenesten, ettersom det ikke nødvendigvis finnes noen form for digitalisert informasjonsutveksling mellom tannhelsetjenesten og kommunehelsetjenestene eller spesialisthelsetjenesten. Mangelen på samhandling gjør det mer komplisert for pasienten, ettersom hen må forholde seg til komplisert helseinformasjon som skal videreformidles til flere helsepersonell og institusjoner. Det blir med andre ord uklart hvem som har tilgang til de enkelte helseopplysningene, og pasienten må sikre at all informasjon har nådd fram til den enkelte helseaktøren man søker hjelp hos.

Mangel på samhandling mellom DOT og andre aktører reduserer pasientsikkerheten og effektiviteten i tjenesten

I dag er det ingen selvfølge at helseopplysningene følger pasienten digitalt mellom helsetjenesten eller tannhelsetjenesten. Dette betyr at ingen deler av helsetjenesten eller tannhelsetjenesten har fullstendig informasjon om pasientens helseopplysninger. I den offentlige tannhelsetjenesten eksemplifiseres denne problematikken ofte ved at all informasjon om tidligere tannbehandling, både fra fylkeskommunal, statlig (universitetsklinikkene) eller privat tannhelsetjeneste, er utilgjengelig når man tar imot en ny pasient. Dette er situasjonen så lenge pasienten selv eller foresatte ikke har hentet ut en utskrift av sin tannhelsejournal, noe som sjelden skjer. Som ny behandler mangler man da altså informasjon om pasientens tidligere diagnoser og funn, behandling, medisinbruk og omfang og hyppighet av oppfølging, og informasjon om hvem og når slik oppfølging ble gjennomført sist. Det er ofte uklart for pasientene hvem de har mottatt helsehjelp fra tidligere, og det er ofte vanskelig å lete opp en fullstendig historikk ettersom informasjonen kan være spredd over flere behandlere.

Det er ikke uvanlig at man som tannhelsepersonell bruker betydelig tid på å få avklart hvor pasienten mottok oppfølging tidligere. Når pasienten så mottar journalutskriften fra tidligere behandler i form av utskrift eller digital kopi, dukker det opp opplysninger om at pasientene også har vært henvist til spesialister som for eksempel kjeveortopedier eller oralkirurger. Ofte er det da ikke mulig å identifisere hvem disse behandlerne er eller hvilken behandling pasienten mottok der ut fra journalnedtegnelsene i journalen.

I slike situasjoner kan det være at pasienten har påbegynt et behandlingsløp hos en annen tannlege, men informasjon om hvorfor, hva slags eller hvor langt man har kommet er ikke tilgjengelig for den nye behandleren. Det kan også være uklart for pasienten om behandlingen er ferdig eller ikke, noe som ofte er tilfellet ved kjeveortopedisk behandling (tannreguleringsbehandling).



Som tannhelsepersonell blir slike møter med ny pasient enda mer komplisert på grunn av at all annen informasjon om pasientens helse fra andre helsetjenester også mangler. Ofte oppsøker pasienter tannhelsetjenesten akutt første gang på grunn av smerter, og det er da ofte lite tilgjengelig tid for å hjelpe pasienten.

Konsekvensen av den manglende tilgangen til helseopplysninger og journalnedtegnelser som er gjort om pasienten tidligere av andre er at utgangspunktet for en optimal oppfølging av pasientens behov ikke er mulig. Dette er tilfellet for alle behandlerne til pasienten, ettersom ingen har den fulle oversikten av hva som er blitt gjort med hensyn til pasientens behov. Dette setter pasienten og behandlerne i en vanskelig situasjon: Pasienten må forsikre seg om at alle behandlerne har all relevant informasjon ved det enkelte besøket. Behandlerne på sin side kan i mindre grad stole på at den informasjonen de har er korrekt, fullstendig og relevant.

Mangelen på datadeling og samhandling medfører en risiko for pasientsikkerheten og reduserer effektiviteten i helsetjenesten. For pasienten fremstår helsetjenesten som delt og oppstykket, hvor det er stor fare for at viktig informasjon går tapt på veien mellom tjenestene.

Tannhelsetjenesten kan oppfattes som fragmentert internt, og adskilt fra resten av helsetjenesten.

Helseinformasjon kan være svært komplisert og ofte dårlig egnet for muntlig formidling. Videre er det særlig viktig for pasientgruppene med rett til vederlagsfri tannbehandling i DOT at relevant og oppdatert helseinformasjon utveksles digitalt mellom behandlerne. Flere av disse gruppene kan ha utfordringer med å forstå og videreformidle helseinformasjon, og utfordringer med kognitive funksjoner forekommer også i flere av pasientgruppene. I tillegg er behovet for helsetjenester og medikamentbruken høyere hos flere av disse gruppene enn andre befolkningsgrupper. Til sammen tilsier dette at sannsynligheten for at komplikasjoner kan oppstå som følge av manglende helseopplysninger er høy.

På tross av risikoen for komplikasjoner mangler DOT løsninger for utveksling/innhenting av helseopplysninger fra samtlige andre aktører i helsetjenesten. DOT mangler blant annet:

- Diagnoser/funn
- Allergier/hypersensitivitet
- Informasjon om tidligere og pågående behandling
- Medikamentbruk
- Laboratorie-prøvesvar
- Oppfølging eller rettigheter i kommunehelsetjenesten/spesialisthelsetjenester

DOT mangler også tilgang til flere av de nasjonale løsningene, som er utviklet, eller under utvikling, for å gi tilgang til kritiske helseopplysninger eller bedre samhandling mellom pasienten og helsetjenesten. Eksempler på slike prosjekter som DOT og den private tannhelsetjenesten ikke har tilgang til, er «Kjernejournal», «Pasientens legemiddelliste» og «Digihelse-løsningen» via Helsenor.no. Dette kan i verste fall medføre fare for liv og helse for pasienten. Manglende informasjon om allergier og medikamentbruk kan lede til at pasienten blir utsatt medikamenter og materialer som en del av behandlingen, som kan forårsake livstruende reaksjoner. Fatale allergiske reaksjoner som følge av tannbehandling er rapportert, men er heldigvis sjeldne. Det er flere årsaker til at den offentlige tannhelsetjenesten ikke har tilgang til nasjonale fellesløsninger. Den offentlige tannhelsetjenesten har ikke prioritert deltakelse i arbeidet med utvikling av disse løsningene i tilstrekkelig grad, og det har vært en for lav deltakelse fra tjenesten på de nasjonale arenaene innen ehelse. Det har ikke vært satt av nok ressurser internt i den offentlige tannhelsetjenesten til utvikling og samarbeid med kommunene, og kontraktene med dagens



EPJ-leverandør er ofte for mangelfulle med hensyn til krav om utvikling og innovasjon. Leverandøren av dagens EPJ-løsning har hatt ikke prioritert utvikling i tilstrekkelig grad, og ved flere anledninger har de ikke vært i stand til å levere på etterspurte behov fra tjenesten.

Mangelen på deling av helseopplysninger medfører også til forsinkelser i tannbehandling, ettersom tannhelsepersonell i flere situasjoner må forsikre seg om at de har korrekt og oppdatert helseinformasjon om pasienten før de kan gi adekvat tannbehandling. For tannhelsepersonellet er det viktig å ikke påføre skade på pasienten, og å gi så god behandling av pasientens lidelser som mulig. I noen tilfeller vil mangelen på oppdatert helseinformasjon føre til at man som pasient ikke kan få den beste helsehjelpen, ettersom tannhelsepersonellet eller pasienten ikke har mulighet til å innhente aktuell helseinformasjon fra andre aktører i tide. I andre tilfeller kan mangelen på riktig informasjon føre til feilbehandling eller skade. For eksempel kan det som pasient oppleves som særs frustrerende at man ikke kan få den behandlingen man har behov for, fordi tannhelsepersonellet ikke kan få kontakt med din fastlege for å bekrefte eller avkrefte status om medisinbruk eller helsestatus. Verre er det om man som pasient blir utsatt for en behandling som kan medføre helsefare, som følge av at tannhelsepersonellet manglet eller hadde feil opplysninger om medikamentbruken din.

Administrative oppgaver for tannhelsepersonellet er manuelle og tidkrevende

Administrativt arbeid rundt pasientene forekommer i flere former, blant annet som bestilling av tolketjenester, scanning av papirbaserte epikriser og henvisninger, tilbakemelding til helseinstitusjoner, vurdering av samtykkekompetanse hos pasienter med behandlingsbehov, behandlingsforslag til NAV for søknader om finansiell dekning, vedtak om bruk av tvang eller bekymringsmeldinger til Barnevern. Slike oppgaver består vanligvis av flere manuelle arbeidsprosesser som blir særlig tidkrevende fordi de gjøres for sjelden til at det utvikles gode og effektive arbeidsrutiner for dem. Mange slike oppgaver omhandler nettopp en eller annen form for samhandling eller informasjonsutveksling med andre aktører i helsetjenesten, ettersom oppgaven er å produsere og oversende en eller annen form for dokumentasjon eller skriv til en eller flere aktører, både internt og eksternt i fylkeskommunen. Bruken av flere forskjellige digitale verktøy i fylkeskommunen uten løsninger for informasjonsutveksling gjør at behandlerne ofte må overføre informasjon mellom løsninger manuelt (ut fra EPJ-løsningen, over i et word/excel/pdf-skjema, som så skal legges inn i et annet system for arkiv og sikker sending, og også tilbake inn i EPJ-løsningen for dokumentasjon).

Tidsbruken på denne typer oppgaver oppleves som økende i tjenesten, og går ut over pasientbehandlingen og dermed tjenestetilbudet. Det er også en fare for at tidsmangel eller forglemmelser hos tannhelsepersonellet til slike oppgaver kan forårsake forsinkelser i behandlingen av pasientene. Eksempler på dette er

- Henvisninger og epikriser pr brev som ikke blir sendt
- Vedtak som ikke blir ferdigstilt på grunn av tidsmangel
- Vurderinger og vedtak om pasientsamtykke og behandling ved bruk av tvang som ikke kan ferdigstilles i mangel på informasjon fra andre parter.
- Problemer med digital dokumenthåndtering i overgangen fra ett system til et annet, eller at dokumentet "blir borte" som følge av feil eller menneskelig svikt.



Mangel på informasjonsinnhenting fra Folkeregisteret

DOT mangler foreløpig automatisert oppdatering om hvem som bor i fylket (og som dermed har rett til tannhelsetjenester via DOT, og videre oversikt over personer som har dødd. Mangelen på tilgang til oppdatert informasjon fører til at pasienter med rettigheter ikke får et tilbud innen rimelig tid, og at innkallinger og beskjeder om timeavtaler går ut til personer som har dødd. I dag er det manuelle prosesser hvor tannhelsepersonell går gjennom dødsannonsene i lokalavisene for å forsøke å forhindre innkallinger og meldinger om timeavtaler til pasienter som har gått bort. Det gjennomføres også periodiske oppdateringer av de folkeregistrerte personene i fylket, men dette er en omfattende prosess, som skjer få ganger i året. Dette er meget tidkrevende, og systemet er ikke gjennomførbart ved mange klinikker. En automatisert løsning med automatisert oppdatering av personer i fylket er under utvikling i dag, men denne prosessen har vært svært tidkrevende som følge av lite utviklingsressurser hos EPJ-leverandøren og hos fylkeskommunene til tider.

Eksport/import av helseopplysninger og journalnedtegnelser er ressurskrevende og medfører manuelle prosesser.

Det er i dag ikke mulig for pasienten å få tilgang til helseopplysninger fra tannhelsetjenestens EPJ, uten kontakt med fylkeskommunen. Dagens EPJ tillater ingen ekstern tilgang. EPJ-løsningen har heller ingen fullverdig løsning for uthenting av fullstendige journalutskrifter for klinikk-personell heller, og dette er dermed en prosess som krever ressurser med særlig systemtilgang og IT-tekniske tilgangsrettigheter. I de fleste fylkeskommunene medfører slike forespørsler en forespørsel til stabsfunksjonen i fylkeskommunen, hvor IT-teknisk personell henter ut aktuell informasjon. Pasienten må ofte vente i dager-uker før det foreligger en kopi av journal og andre helseopplysninger. Visse fylkeskommuner har nå implementert en løsning som gjør det mulig å sende journalutskrifter ut via fylkeskommunens arkivsystem og KS løsning «SvarUT», slik at pasienten mottar en digital utskrift via Digipost, men dette er et fåtall.

Mangelen på samhandling og informasjonsutveksling rammer også pasienten ved kontakt med andre deler av tannhelsetjenesten, ettersom det heller ikke her er noen pasientstyrt datadeling. Pasienten må dermed selv hente ut en fysisk kopi av sine helseopplysninger og journalnedtegnelser fra sitt nåværende tannhelsepersonell om man ønsker å få med seg helseopplysningene fra en tannhelseleverandør til en annen.

De fleste former for helseopplysninger fra andre aktører som for eksempel epikriser, henvisninger eller medisinalister må håndteres manuelt, og informasjon og behandling må i utstrakt grad legges inn i EPJ-løsningen manuelt. Dette er en tidkrevende prosess, og innebærer ofte at digitale dokumenter må skrives ut på papir, for så å scannes inn i et digitalt format igjen, som deretter legges inn i EPJ i PDF-format. Videre må informasjonen i dokumentet tolkes, og registreres på korrekt måte i EPJ-løsningen manuelt (for eksempel registrere diagnoser/funn, gjennomført behandling eller annen informasjon som dokumentet inneholder).

Prossesser for import og eksport av opplysninger i dagens EPJ er ressurskrevende, og reduserer tilgjengeligheten av tannhelsepersonellet fra å gjøre pasientbehandling. Videre medfører de risiko for feil i den manuelle prosessen, som kan føre til informasjonstap eller feilinformasjon, som dermed øker risikoen for feilbehandling og skade på pasienten. Omfanget av denne typen informasjon er stor; ifølge SSB henvises over 60 % av barn og unge til kjeveortopediske tannhelsespesialister minst 1 gang før de fyller 18 år. I tillegg medfører behandling av flere vederlagsfrie pasientgrupper behov for informasjonsutveksling med institusjoner og hjemmesykepleien, noe som i dag også foregår i brevform.



Rett til kommunale omsorgstjenester og institusjonsopphold utløser rettigheter til vederlagsfri behandling i DOT, men det finnes ingen automatisk informasjonsutveksling til tannhelsetjenesten om rettighetene.

Tilbud om hjemmesykepleie eller institusjonsopphold på mer enn 3 måneder fra kommunale helsetjenester eller statlige helseinstitusjoner og legemiddelassistert rusbehandling utløser rett til vederlagsfri behandling i den offentlige tannhelsetjenesten, men det er ingen automatisk varsling til DOT om nye pasienter med disse rettighetene fra innvilgende instanser. Dermed er det ikke sikkert pasientene blir gjort oppmerksom på tilbudet om vederlagsfri tannbehandling via DOT i tilstrekkelig grad. Ansvar for å dokumentere sin rett til vederlagsfri tannbehandling i DOT legges over på pasienten eller foresatte, ettersom infoskriv og samtykke til å ta i bruk DOTs tilbud oftest utleveres i papirform, som skal signeres og overrekkes DOT ved første konsultasjon. Dermed blir pasienten gjort ansvarlig for å opprette kontakt med DOT for å få tilgang til tjenesten.

Hvor stor del av disse pasientene som faktisk mottar tannhelsetjenester fra den offentlige tannhelsetjenesten er ikke utredet i tilstrekkelig grad, men det er antakelig variasjon mellom fylkeskommunene. Årsakene til at denne pasientgruppen velger bort sitt tilbud er heller ikke kartlagt i detalj, men reisevei, mangel på bistand fra pårørende eller hjemmetjenesten er faktorer som erfaringsvis kan virke svært kompliserende for denne pasientgruppa.

Videre er ikke munnhelse en del av vurderingsgrunnlaget for pasientenes rettigheter til kommunale helse- og omsorgstjenester. Ettersom munnhelsen påvirker og påvirkes av helsetilstanden til pasienten, er det bekymringsverdig at munnhelsestatus ikke er noe som tas med i vurderingen av pasientens behov for helse og omsorgstjenester.

Mangelen på digitalisert samhandling gir sikkerhetsmessige utfordringer for tjenesten

Da mesteparten av informasjonsutvekslingen fra og til DOT med andre aktører foregår skriftlig via brevform eller via telefon, øker risikoen for at det oppstår feil i informasjonskjedene. Dette utgjør en risiko for at feil informasjon utleveres til mottakere uten rett til innsyn, eller at informasjon går tapt. Dette kan være henvendelser fra andre offentlige aktører som ønsker informasjon hvor de ikke nødvendigvis har rett til innsyn (for eksempel Politiet, som ønsker tilgang til opplysninger), eller personer med hensikt av å forsøke hente ut informasjon ulovlig (pasienter med adresse-sperre). Om sikre, digitaliserte løsninger for informasjonsutveksling med aktuelle aktører med hjemlet behov hadde vært på plass, ville dette redusere direktehenvendelser som setter helsepersonellet i vanskelige situasjoner, og øker informasjons-sikkerheten. Slike løsninger ville også gjort det lettere for pasienten å reservere seg mot uønsket utveksling av helseopplysninger, ettersom det kan legges inn muligheter for reservasjon og tilgangsstyring for pasientene.

Standardisering

Samarbeid og samhandling i Helsetjenesten forutsetter at alle parter har felles forståelse av samfunnsoppdrag, ansvarsfordeling og fagterminologi. Derfor er standardisering i alle deler av tjenesten en viktig suksessfaktor. Tolkningen og forståelsen av «Lov om Tannhelsetjenester» gjør at tjenestetilbudet som befolkningen får i de forskjellige fylkeskommunene varierer. Videre mangler det en enhetlig bruk av fagterminologi og felles forståelse av innhold og omfang av odontologiske prosedyrer.



Mangel på enhetlig og like tjenester

Ettersom de enkelte fylkeskommunene selv definerer hva som legges i et forsvarlig tjenestetilbud, er det i dag store forskjeller i DOT. Eksempler på forskjeller i tjenestetilbud:

- Omfanget av utadrettet, helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak
- Tannlegevakt utenfor vanlig arbeidstid, helger og helligdager
- Tilbud om, og omfang av tannbehandling i narkose
- Tilbud om, og omfang av tannbehandling med bruk av lystgass
- Omfanget av spesialist-tannhelsetjenester
- Tannhelsefaglig samarbeid og behandlingstilbud ved sykehusene for inneliggende pasienter
- Omfanget av tannhelsetilbudet til overgrepsofsatte pasienter og/eller pasienter med odontofobi (TOO)

Mangelen på felles forståelse av samfunnsoppdraget og mål for tjenesten i fylkeskommunene øker de geografiske og sosioøkonomiske forskjellene i tannhelsetjenestens tilbud nasjonalt. Ettersom fylkeskommunene er politisk styrt og de juridiske kravene til DOTs tjenestetilbud er relativt vage, er DOT avhengig av god kunnskap og forståelse om tannhelse og DOTs samfunnsoppdrag på politisk nivå for å opprettholde en god og framtidsrettet tjeneste. Mangelen på tydelig og konkrete mål for tannhelsetjenestens virksomhet nasjonalt kompliserer formidlingen av en sammenlignbar status og situasjonsbeskrivelse for tjenesten på fylkeskommunalt nivå. Tjenesten bruker i dag måltall rapportert over Kommune-Stat Rapporteringen, men disse målene er omdiskutert og flere av måltallene ses på som utdaterte.

Svak finansiering av tjenesten rammer flere av de samfunnsgruppene med dårligst evne til å påvirke politiske prosesser, ettersom de ofte har redusert mulighet eller fullstendig mangler evne til å påvirke de politiske prosessene direkte (barn og unge, eldre på institusjon eller med hjemmesykepleie). Det er nettopp disse befolkningsgruppene DOT skal prioritere. Det er klare indikasjoner på at den politiske interessen på fylkeskommunalt plan har minsket de siste årene, og dette gjenspeiles i en endringstrend i den fylkeskommunale organiseringen. Tannhelsetjenesten har i flere fylkeskommuner mistet status som egen sektor, og de politiske utvalgene ansvarlig for tannhelse har i dag ofte flere av fylkeskommunens tjenesteområder de skal forholde seg til enn tidligere. Dette kan gi redusert fokus og forståelse for tjenestens status som helsetjeneste, og medfølgende mindre politisk vilje til å utvikle tjenesten.

Forskjellene mellom fylkeskommunene gir problemer for samhandlingen og samarbeidet mellom fylkeskommunene, kommunene og spesialisthelsetjenesten. Forskjeller i prioriteringer og økonomisk handlingsrom gjør at fylkeskommunenes fokus og utviklingsarbeid for DOT varierer. Evne og vilje til å delta i nasjonalt og regionalt standardiseringsarbeid varierer, og preges av problemene og utfordringene tjenesten har i de forskjellige fylkene. Dette grunner delvis i, og forsterkes av, forskjeller i geografi og demografi, tilgang på tannhelsepersonell og omfanget av private tannhelsetjenester i fylkeskommunen. Det er for eksempel vanskelig å forsvare prioritering av strategisk, nasjonalt arbeid om tjenesten mangler ressurser til å levere på det tjenesterelaterte samfunnsoppdraget.

Ingen felles nasjonal fagterminologi

Pr i dag er det ingen felles nasjonal liste over odontologiske diagnoser eller klassifikasjoner, eller nasjonal enighet om hvilke diagnosesystem/klassifiseringer som skal benyttes i offentlig og privat tannhelsetjeneste. Dette gir forskjeller i dokumentasjonen av helseopplysningene som legges inn i EPJ-løsningene. Ettersom diagnosesystemer kan ha forskjeller i kriterier og definisjoner av lidelser kan dette lede til misforståelser og mer krevende arbeidshverdag for



tannhelsepersonellet. Videre er mangelen på enhetlig bruk av diagnoser et problem for informasjonsutveksling med andre helseaktører, ettersom det gjør det langt mer komplisert å overføre informasjonen på en strukturert måte mellom digitale systemer.

Det er også mangel på felles protokoller/beskrivelser av innholdet i og dokumentasjonen av odontologiske prosedyrer. For eksempel finnes det ingen nasjonal enighet om hvilke prosedyresteg som skal vurderes og dokumenteres i en undersøkelse på barn og unge, eller for andre prioriterte grupper. Det finnes nasjonale retningslinjer (Tannbarn) som omtaler visse aspekter rundt prosedyresteg i undersøkelser av barn, men disse er ikke juridisk bindende. Dette gir unødvendig og uheldig variasjon i pasienttilbudet på behandlernivå, og problemer med tolkning av historiske journalnedtegnelser gjort av andre.

Et annet eksempel er dokumentasjon og journalføring om bruken av medisinsk utstyr (for eksempel fyllingsmaterialer, implantater, instrumenter og engangsutstyr) som brukes i tannbehandlingen. Det finnes et stort marked med produkter for slikt medisinsk utstyr, men dokumentasjonen i EPJ-løsningene pr i dag er ikke dekkende. Det er ingen gjennomførbar løsning for å legge inn batch-spesifikke eller lavere identifikatorer på disse produktene i dagens løsninger, og tannhelsepersonellet er ofte nødt til å legge inn denne informasjonen i fritekst. Dette kan i verste fall gjøre det umulig å identifisere hvilke produkter pasienten har vært utsatt for under tannbehandlingen. Den manglende sporbarheten utgjør en risiko for pasientene, og reduserer muligheten til blant annet kvalitetsforbedring, smittesporing og overlevelses-analyser for disse produktene. Omgjøring av tidligere tannbehandling utgjør en betydelig del av den tannbehandlingen som utføres av norske tannleger, og erfaringer fra andre deler av helsevesenet tilsier at problemer med dekontaminering skjer.

Standardisert innhold i undersøkelses- og behandlingsprosedyrer gir likere tjenestetilbud, tryggere tannhelsetjenester og bedre dokumentasjon. Med likere og bedre dokumentasjon, blir mulighetene for analyse og forskning på tjenestetilbud og styring av tjenesten bedre.

Standardisering og digital samhandling

For å kunne samhandle digitalt, trengs det løsninger som gjør det mulig for datasystemer å sende og motta informasjon uten at noe går tapt eller mistolkes i utvekslingen. Ettersom kommunale og statlige samarbeidsaktører benytter seg av et stort spekter av digitale verktøy, som også stadig skiftes ut, er det viktig at tannhelsetjenesten velger løsninger som er framtidsrettet. Med dette menes verktøy/systemer som er i stand til å utveksle informasjon ved hjelp av nasjonale og internasjonale standarder i størst mulig grad. Det mangler nasjonale standarder for struktur på informasjonsutveksling av tannhelseinformasjon.

I dag er pasientdata og helseopplysningene i DOTs EPJ-løsning lagret i en proprietær datastruktur, og det finnes ingen mulighet for å hente ut data fra EPJ-løsningen i et åpent, standardisert format. EPJ-løsningen mangler også evne til å motta og tolke informasjon via åpne, standardiserte formater. Derfor er det ikke mulig å utveksle informasjon med løsningen uten å bygge egne tilpassede kommunikasjonsløsninger for hver enkelt programvare/plattform som det er ønskelig å samhandle med. Uten slike standardiserte formater for informasjonsutveksling er fylkeskommunene ikke i stand til å bruke andre digitale verktøy til samhandling, dokumentasjon, arkivering eller analyse uten manuelle prosesser for overføring av informasjon mellom EPJ-løsningen og de aktuelle verktøyene.

Analyse

Som pasient er det viktig at behandlingen er så trygg og effektiv som mulig, og at kostnadene for å motta behandlingen er så lav som mulig. Pasienten ønsker å vite om det er sannsynlig at behandlingen faktisk vil være til hjelp, og at den ikke medfører unødvendig risiko for annen skade. Skal man diskutere forskjellige mulige behandlingsalternativ, er



kunnskap om type og hyppighet av komplikasjoner for de forskjellige alternativene viktig. Denne kunnskapen er viktig for behandler og pasient, og vil gi tryggere behandling av høyere kvalitet, og lavere samfunnskostnader.

Dataanalyse til styring, kvalitetssikring og kvalitetsutvikling av helsetjenester er avgjørende for å fortløpende utvikle bedre tannhelsetjenester. Tolkningen av data danner grunnlaget for objektive vurderinger av dagens situasjon, og evnen til å kunne definere mål og måloppnåelse i kvalitetsarbeidet. DOT mangler ressurser, kompetanse og infrastruktur for analysevirksomhet som står i stil med tjenestens samfunnskostnader og ressursbruk.

Tilgangen til data er mangelfull

Tannhelsetjenestens evne til å lære av de hendelsene og empiri som ligger dokumentert i våre journaler blir borte når vi mangler datatilgang. Dette gjør at kunnskap og erfaringer fra interaksjoner med våre pasienter ikke kommer til nytte for våre fremtidige pasienter. Dagens EPJ-løsning i DOT har en proprietær lagringsstruktur for journaldataen, og mangler løsninger for å eksportere rådata på noen form for nasjonalt/internasjonalt anerkjent fellesstruktur eller kodeverk. Dette gjør det vanskelig for fylkeskommunene å bruke denne dataen til kvalitetssikring, kvalitetsutvikling og tjenesteforskning. De regionale kompetansesentrene i DOT har heller ikke kunnet bruke rådata direkte fra EPJ-løsningen i forskning i tilstrekkelig grad, noe som igjen har ført til mer fokus på andre datakilder til forskning på tjenesten. Det finnes heller ingen nasjonale kvalitetsregistre for tannhelse, og den manglende eksportmuligheten for rådata i EPJ-løsningen kombinert med manglende fagmiljø har vært til hinder for fylkeskommunene i forsøk på å opprette og utvikle egne interne kvalitetsregistre. Eksempler på mulige gevinster med et kvalitetsregister, er for eksempel å kunne overvåke utfallet og kvaliteten på den behandling som utføres, og effekt av helsefremmende og forebyggende tiltak. Eksempelvis er kunnskap om varighet på behandling (for eksempel gjennomsnittlig antall år før tannfyllinger må byttes ut eller år før rotbehandlede tenner må fjernes) viktig for pasientene når de skal avgjøre hvilken behandling de ønsker, og for behandleren som kan evaluere sin kompetanse og behov for videre opplæring. Denne informasjonen mangler for behandlere og pasienter i dag.

Mangel på analysekapasitet og datatilgang gir økte samfunnskostnader og forskjeller i tjenestetilbud

Ifølge Lov om tannhelsetjenesten § 1-2 skal fylkeskommunen «... fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebyggelse og behandling. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen». Ettersom DOT i utstrakt grad jobber med screening av våre pasientgrupper, er hovedutfordringen å finne de som trenger oss mest, og forebygge og behandle sykdom hos disse pasientene. Samtidig trenger vi kostnadseffektive helsefremmende tiltak som tjenesten kan benytte for å forhindre oral sykdom hos våre pasienter, og kunnskap om hvordan vi til enhver tid når ut til befolkningen med disse tiltakene.

Kostnadene i tjenesten er i stor grad knyttet til lønnsutgifter, og kapasitet innen undersøkelse og behandling står derfor sentralt. Mangel på felles objektive arbeidsverktøy for diagnosestøtte og behandlings-/beslutningsstøtte gir økte forskjeller i tjenestetilbudet til våre pasienter, på klinikknivå og helt opp til nasjonalt nivå. Kunstig intelligens, prediksjonsverktøy basert på tilgjengelig helsedata og statistikk fra tjenesten er eksempler på løsninger som kunne gitt bedre beslutningsgrunnlag når klinikker og pasient i samråd skal komme fram til den beste løsningen for munnhelseproblemene til den enkelte pasienten.



DOT baserer seg på erfaringsbasert kunnskap for vurdering av omfanget av fremtidig behov for tannhelsetjenester lokalt. Dette gjør at fylkeskommunenes utvikling av tannhelsetjenesten orienteres ut fra subjektive behov, hvor det ofte fokuseres lite på målbar gevinstrealisering. Mangel på presise og nøyaktige verktøy for risikovurdering av pasientene fører til økt ressursbruk og dårligere styring av tjenesten. Dette fører til økte sosioøkonomiske og demografiske forskjeller i tjenestetilbudet, ettersom friske pasienter opptar mer ressurser enn nødvendig, og pasienter med objektive tannhelsebehov ikke nødvendigvis fanges opp.

Fagmiljøene er små i hver enkelt fylkeskommune

Det mangler dedikerte personellressurser med kompetanse innen dataanalyse og tannhelse i fylkeskommunene, og fagmiljøene er små og splittet. Analysekompetanse og bruken av datadrevet styring er sterkt varierende mellom fylkeskommunene, ettersom det er vanskelig å få tilgang til aktuell rådata utenom ekstraordinære forespørsler til EPJ-leverandøren.

Manglende og dårlig styringsdata fra tjenesten

Det er kun den offentlige tannhelsetjenesten som bidrar med offentlig tilgjengelig styringsdata, og størsteparten av tjenesten (de private tannhelseaktørene) vet vi i dag lite om. Dette gjør det vanskelig for DOT å estimere ressursbehovet fremover i tid, ettersom det mangler kunnskap om tannhelsetilstanden til den voksne befolkningen i Norge. Tilgangen på relevant og kvalitetssikrede styringsdata i den offentlige delen av tannhelsetjenesten er også dårlig. Løsningene for sammenstilling og fremstilling av statistiske data i dagens EPJ-løsning er svært begrenset, og det er dårlige muligheter for kvalitetskontroll av tallgrunnet. Dagens EPJ-løsning gir ingen muligheter for å utvikle egne statistiske sammenstillinger eller tilgang på grunddata ut over de løsningene som produsenten har utviklet.

Mangelen på felles nasjonale, strategiske mål i tjenesten, kompliserer tolkningen av de nasjonale innrapporterte tallene via Kommune-Stat-rapporteringen (KOSTRA). Eksempel på dette er tall for forekomsten av hull i tennene hos barn og unge, som beregnes ut fra andelen av de pasientene som er undersøkt og behandlet i løpet av kalenderåret. Dermed fremstår tannhelsen blant barn og unge som dårligere i de fylkeskommunene som har lagt ned mye arbeid i å redusere unødvendig ressursbruk på undersøkelser av friske barn, ettersom antallet undersøkte risikopasienter utgjør en større andel av de undersøkte barna hvert år.

For lite forskning på og i tjenesten

Et sterkt akademisk miljø er avgjørende for å øke kunnskapen om tannhelsen og tjenesten i befolkningen. Akademisk forskning er i utstrakt grad avhengig av tilgang på relevant data. Med dagens manglende evne til å hente ut kvalitetssikrede tannhelsesdata fra EPJ-løsningen og kulturelle forskjeller i bruken av EPJ-løsningen, må akademisk forskning finne andre kilder for forskningsdata. Mangel på datatilgang reduserer omfanget av den akademiske forskningen som gjøres på tjenesten, og det kompliserer forskningsarbeidet ved de odontologiske instituttene. Odontologisk forskning er en grunnpilar i utviklingen av tjenesten og fagfeltet, og er avgjørende for utviklingen av bedre og mer effektiv behandling til våre pasienter. Samfunnmessig gir akademisk forskning mulighet for nye arbeidsplasser gjennom ny teknologi, redusert sykdomsbelastning gjennom kunnskapsformidling til befolkningen, og mer effektive behandlingsformer for de som trenger det mest. Ved å bedre mulighetene for tilgang til data, vil tannhelsetjenesten kunne bidra til mer tjenesterelatert forskning.

DOT har egne kompetansesentra som driver med forskningsvirksomhet. Her har det vært utfordringer med koordinering av forskningen mellom sentrene, og retningen og



kompetansen ved de forskjellige sentrene er varierende og overlappende. Likevel er også her datatilgang en begrensende faktor.

Administrative utfordringer

Pr i dag har en og samme leverandør tilnærmet monopol på EPJ-løsningene til DOT i samtlige fylkeskommuner. Innkjøpsavtalene for EPJ-løsningene bærer preg av å være svake, i den forstand at de er lite tilpasset fylkeskommunenes behov for tilpasning og utvikling. Kombinasjonen av svake kontrakter og fraværende markeds konkurranse har gjort at EPJ-løsningens funksjoner og utvikling ikke har stått i stil med tjenestens behov over tid, og ny funksjonalitet har vist seg meget vanskelig å få på plass for fylkeskommunene. Utviklingsprosjekter trekker ut i tid og fordyres ettersom leverandørens vilje og evne til å utvikle sin løsning ikke står i stil til fylkeskommunenes ønsker og behov.

Problemstillingene fra DOT synes å passe godt med utfordringsbildet beskrevet i rapporten «Uteblivna produktivitetssøkingar på den norske e-hälsomarknaden»³, av Cirio advokatbyrå ved David Frydinger og Erik Engström, som ble laget på oppdrag fra Direktoratet for e-helse. Rapporten peker på at lav bestiller-kompetanse i Helsetjenestene innen digitalisering og manglende forståelse for de helsefaglige problemstillingene blant leverandørene er noen av kjerneutfordringene i slike prosesser.

For lite fokus på kundespesifikk utvikling og tilpasning av løsningene gir opphav til forskjeller i forventninger og levert produkt ved innkjøp av nye digitale verktøy. Videre gjør fokuset på kostnader i offentlige anskaffelser at leverandørene ofte ser seg nødt til å tilby «pakkeløsninger» uten tilpasningsmulighet nettopp fordi det ikke er rom for ressursbruk på tilpasninger og videreutvikling av løsningene innenfor de økonomiske rammene som Helsetjenesten forespeiler. Dermed blir produktene dårlig tilpasset brukernes (helsepersonellens) behov, som igjen utviser misnøye og frustrasjon over nye løsninger. De forventede gevinstene ved anskaffelsen mindre eller uteblir fullstendig, og forventningene om gevinstrealisering hos helseledelsen lavere i neste anskaffelsesrunde for digitale verktøy. Dette igjen reduserer betalingsviljen (og dermed rammene) ved neste anskaffelsesprosess.

For DOT har manglende utvikling av EPJ-løsningen ført til flere problemer som er tidligere nevnt i dokumentet, noen eksempler nevnes under:

- Statistikktilgangen er mangelfull, gir feil i statistikken og kan kun levere et begrenset utvalg av statistiske opplysninger om tjenesten.
 - Dårlig kvalitet på nasjonal og regional styringsdata i DOT
 - Manglende behandlingstøtte for tannhelsepersonellet
- Manglende løsninger for å legge inn strukturert informasjon om visse diagnoser/funn og behandlinger
- Manglende evne til datautveksling med andre digitale verktøy (som økonomi- og arkivsystemer)
- Tungvinte og ressurskrevende løsninger for uthenting av journalopplysninger ved forespørsel fra pasienter
- Kulturelle forskjeller i bruk av EPJ-løsningen, som gir forskjeller i hvordan tilstander og funn dokumenteres i EPJ-løsningen
- Manglende evne til å tilpasse seg DOTs behov med tanke på nasjonale krav, som har gitt økt ressursbruk i form av rettinger og dobbeltarbeid (for eksempel ved innføringen av gruppe G).

³ https://www.ehelse.no/publikasjoner/uteblivna-produktivitetssokningar-pa-den-norska-e-halsomarknaden/_attachment/inline/f1d0222c-34a7-418e-ac4f-c251e0623c47:2d7758cb7b6768c1e9b0b1069c653a1d319e64d3/Uteblivna%20produktivitets%C3%B6kningar%20p%C3%A5%20den%20norska-e-halsomarknaden



Den manglende evnen til utvikling av DOTs digitale tjenester rammer pasientene gjennom at tjenestene ikke utvikler seg i tråd med endringer i samfunnet. Her er for eksempel løsninger for datautveksling med andre fylkeskommuner, kommuner og spesialisthelsetjenestene et godt eksempel, ettersom det gjør at pasienten må være informasjonsbroen mellom sine behandlere. Som nevnt tidligere kan dette i verste fall medføre fare for liv og helse for pasienten i behandlingssituasjonen.

Pasientene har heller ikke tilgang til sine egne helseopplysninger uten å ta kontakt med sin tannklinikk og be om en fysisk utskrift av journalen.

Manglende informasjonsutveksling med andre interne systemer (manglende interoperabilitet)

Den administrative delen av pasientbehandlingen øker i omfang, og vil fortsette å øke som en følge av økt samhandling. Som kliniker merkes dette blant annet ved økte krav om dokumentasjon fra DOT, i form av tilbakemeldinger til institusjoner etter pasientkonsultasjoner av innlagte, som vurderinger av samtykkekompetanse hos pasienter med utviklingsforstyrrelser eller arkivering av dokumentasjon fra tannteknikere. Slike arbeidsprosesser er ofte særlig tidkrevende fordi de må gjennomføres som manuelle prosesser «på tvers av» verktøy som EPJ-løsninger, arkivsystemer, og kommunikasjonsplattformer. Bare internt i fylkeskommunene benyttes det mange forskjellige digitale verktøy, og behandlere og administrativt ansatte i DOT har økende behov for å kunne utlevere data som skal brukes til andre formål (økonomi, arkivering, styring, intern kontroll og forbedring, HMS osv.).

Manuelle overføringsprosesser er ofte kompliserte og tidkrevende, og medfører risiko for feil i overføringen og feilhåndtering av helseopplysninger. Ettersom hyppighet og omfang av slik overføring av informasjon varierer sterkt blant personellet, reduseres effektiviteten og kvaliteten, og risikoen for informasjonstap eller feil øker. Det er i flere fylkeskommuner meldt flere avvik om at slike prosesser fører til at pasientene må vente unødvendig lenge på behandling, fordi det oppstår feil eller mangler. Eksempler på dette, er glipp i manuelle prosesser, som fører til at aktuell informasjon ikke legges inn på riktig måte, eller blir sterkt forsinket på grunn av sykefravær, glemsel annen prioritering hos personellet. Behovet for slike prosesser kan være vanskelig å forutse, og det er dermed ikke alltid satt av nok tid til å gjennomføre slike administrative oppgaver direkte. Ettersom klinisk tannhelsepersonell som oftest har en full timebok å forholde seg til, kan slike utsettelse medføre forsinkelser i behandlingen av pasienten.

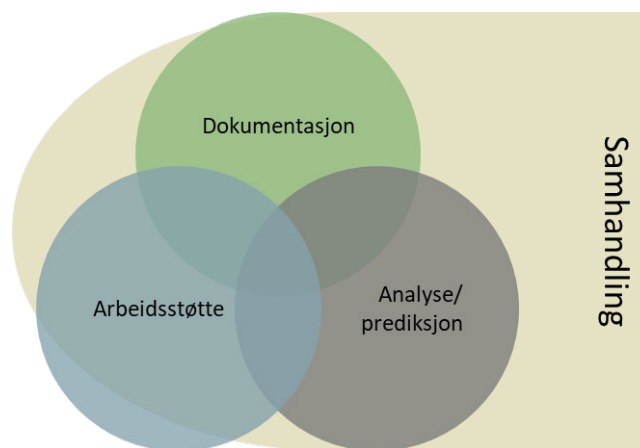
Slike problemer rammer de svakeste pasientene, ettersom de er overrepresentert i behovet for slike arbeidsprosesser. For eksempel er vedtak om bruk av tvang før tannbehandling i narkose en gjentakende prosess, som av juridiske hensyn må gjennomføres flere ganger for samme pasient. Disse prosessene er ofte tidkrevende, og kan i flere tilfeller oppleves som overflødige, basert på de tiltak og støttefunksjoner samfunnet allerede har innvilget til pasienten på samme grunnlag.



Behov i tannhelsetjenesten

Formålet med dokumentet er å beskrive hvilke behov som bør dekkes i en ny EPJ løsning for den offentlige tannhelsetjenesten. Det juridiske handlingsrommet, juridiske begrensninger og eventuelle risikoer beskrives også. Behovene beskrevet er basert på de problemstillingene som er framhevet i «Diagnose»- utredningen, og er en del av grunnlaget utarbeidet i fase 1 av prosjektet «DigiDOT-munnen er en del av kroppen, hvertfall digitalt».

For å strukturere arbeidet og behovene er dette delt inn som vist i figur 1 nedenfor.



Figur 1: Sentrale konsepter for Den offentlige tannhelsetjenestens behov

Områdene dokumentasjon, arbeidsstøtte og analyse/prediksjon er, som figuren viser, overlappende og avhengig av hverandre. Samhandling er et behov som ligger i en annen dimensjon og har betydning for alle de tre nevnte områdene. Dette dokumentet er delt opp etter disse konseptene for å belyse behov på et overordnet nivå.

Samhandling

Med samhandling mener vi her evnen til å utveksle informasjon og helseopplysninger med utgangspunkt i pasientens behov, og samarbeid mellom aktørene for å optimalisere prosesser og nå resultater så raskt og effektivt som mulig. Tilgangen til helseopplysningene må være basert på tjenstlig behov, i tråd med gjeldende krav om tilgjengelighet til, og konfidensialitet for taushetsbelagte opplysninger ved pasientbehandling. Tilgangen til og innsynet i helseopplysningene må kunne loggføres i tråd med gjeldende lovkrav.

Behov for digitalisering av informasjonsutvekslingen

For å gjøre utvekslingen av helseopplysninger sikrere og mer effektiv, er det behov for å digitalisere utvekslingen. Dette betyr at de tekniske systemene må kunne overføre eller dele informasjon uten at innholdet endres eller mister sin verdi, og dette må skje automatisk uten at man må gjøre manuelle justeringer eller tilpasninger. Digitaliserte prosesser for utveksling av helseopplysninger og annen relevant informasjon om for eksempel oppfølging og tjenestetilbud forutsetter at forskjellige løsninger bruker det samme semantiske grunnlaget for informasjonsutvekslingen. Eksempelet er så enkelt som at når to mennesker skal snakke sammen over store avstander må begge ha f.eks. en telefon, en mulighet for å sende/motta signalet fra en telefon til en annen – og begge to må kunne et språk de har felles.



Fra tannhelsepersonellets side handler behovet for informasjonsutveksling i stor grad om å ha tilgang til relevant informasjon fra andre virksomheter, når man trenger den. Aktører som har relevante opplysninger om pasientene, er blant annet:

- Fastlege
- Kommunal pleie- og omsorgstjeneste
- Spesialisthelsetjenesten

Tannhelsepersonellets behov omfatter blant annet:

- Tilgang til oppdaterte og relevante opplysninger om pasientens munnhelse, f.eks. deling av røntgenbilder, tidligere diagnoser og funn, tidligere og pågående tannbehandling hos andre tannhelsepersonell.
- Tilgang til oppdaterte og komplette opplysninger om relevante forhold knyttet til pasientens generelle helse.
- Tilgang til oppdatert oversikt over pasientens bruk av medikamenter.
- Oversikt over pasientens tilbud om og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Samhandling handler også om å dele informasjon som oppstår i tannhelsetjenesten med andre aktører som har behov for eller rett til denne informasjonen. Enten fordi informasjonen er påkrevet for å gi nødvendig pasientbehandling i et annet forløp eller hvor tannhelsepersonellet samhandler med andre interne systemer. Samhandlingen kan omfatte utveksling av informasjon fra den elektroniske pasientjournalen brukt av tannhelsepersonellet til andre digitale systemer, som for eksempel:

- Andre EPJ-løsninger
- Fylkeskommunale økonomi-, arkiv-, og HR systemer,
- Analyseplattformer
- Regionale og nasjonale helse- og kvalitetsregistre

«Kun én gang prinsippet»

Digital agenda for Norge⁴ slår fast prinsippet om at forvaltningen skal gjenbruke informasjon i stedet for å spørre brukerne på nytt om forhold de allerede har opplyst. Dette omtales gjerne som "kun én gang-prinsippet", og er en av regjeringens hovedprioriteringer i IKT-politikken. "Kun én gang-prinsippet" legger også føringer for datadeling og samhandling i og med den offentlige tannhelsetjenesten.

Tilgang til og deltakelse i utviklingen av nasjonale fellesløsninger

Mye av den digitale informasjonsutvekslingen i helsevesenet nasjonalt er planlagt å foregå over nasjonale felles løsninger. Den offentlige tannhelsetjenesten har behov for tilgang til nasjonale fellesløsninger som for eksempel e-resept⁵, Pasientens legemiddelliste⁶,

⁴ [Meld. St. 27 \(2015–2016\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

⁵ E-resept er en nasjonal e-helseløsning (samhandlingsløsning) for sikker overføring av reseptinformasjon. Dette bidrar til å redusere risiko for feil ved rekvirering og utlevering av legemidler. <https://www.nhn.no/tjenester/e-resept/om-e-resept>

⁶ Pasientens legemiddelliste (PLL) skal tilgjengeliggjøre oppdaterte, relevante legemiddellister for alle pasienter til alt behandlende helsepersonell i Norge, uavhengig av tilhørighet. <https://www.nhn.no/tjenester/utproving-pasientens-legemiddelliste>



Pasientens prøvesvar⁷, Kjernejournal⁸, Dokumentdeling⁹ og e-henvisning¹⁰. Pr i dag er de tilgjengelige nasjonale fellesløsningene i liten grad implementert i tannhelsetjenesten, og flere av løsningene er ikke tilpasset behovene den offentlige tannhelsetjenesten har.

Tannhelsetjenesten er avhengig av tilgang til opplysninger fra de nasjonale fellesløsningene innenfor helsesektoren for å kunne dele og utveksle data. Den offentlige tannhelsetjenesten må delta og bidra i utviklingen av slike nasjonale fellesløsninger, for å kunne sikre best mulig tilpasning av løsningene til tjenestens behov, og mer enhetlige helsetjenester for pasientene i fremtiden.

Samhandling forutsetter samarbeid på tvers av helsetjenestene

Det trengs et tettere samarbeid mellom den offentlige tannhelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene, spesialisthelsetjenestene og sykehusene for at samhandlingen skal fungere optimalt. Dette handler om forståelse av andre parter behov for informasjon, og en forståelse for pasientens behov i et mer enhetlig helseperspektiv. Eksempelvis kan rekkefølgen av tjenester være av stor betydning, for eksempel bør pasienten undersøkes og behandles hos tannhelsetjenesten før pasienten starter med kreftbehandling som svekker immunforsvaret. God samhandling krever kontinuerlig utbedring og tilpasning av dette samarbeidet mellom tjenestene.

Samhandling mellom pasient og behandlere

Samarbeid mellom pasienten og behandleren er en forutsetning for å kunne vedlikeholde eller bedre pasientens munnhelse, og informasjonsutveksling er en viktig forutsetning for dette samarbeidet. Behandleren må forstå pasientens medisinske/ odontologiske behov og ønsker, og pasienten må kunne forstå konsekvensene, planen, formålet og eventuell risiko med den behandlingen som behandleren foreslår. Pasienten har rett til informasjon om og innsyn i opplysninger om seg selv, og dette bør være tilgjengelig digitalt. Eksempler på funksjonalitet pasienten vil ha behov for eller nytte av er satt opp nedenfor. Slik funksjonalitet vil i minst like stor grad understøtte god digitalisering av tannhelsepersonellens arbeidsprosesser.

Eksempler på pasientens behov for funksjonalitet kan være:

- Timebestilling digitalt
- Digital kommunikasjon med tannhelsetjenesten
- Innsyn i egne tannhelseopplysninger via www.helsenorge.no
- Mulighet til å avgrense hvilke opplysninger som overføres til ny behandler ved eventuelt skifte av tannlege direkte via www.helsenorge.no (reservasjonsrett når deling er standarden).

⁷ Pasientens prøvesvar (tidligere NILAR) er en ny tjeneste som er under teknisk utprøving. Tjenesten skal imøtekomme behovet for å tilgjengeliggjøre alle prøvesvar på tvers av behandlingsnivå, uavhengig av hvem som har bestilt undersøkelsen og hvor den er utført. <https://www.nhn.no/tjenester/pasientens-provesvar>

⁸ Kjernejournal gir helsepersonell rask tilgang til pasientens viktigste helseopplysninger. Det er spesielt nyttig ved akutt sykdom.

⁹ Prosjektet kjernejournal dokumentdeling skal bidra til at helsepersonell får enklere tilgang journaldokumenter ved ulike behandlingssteder. <https://www.nhn.no/nyheter/god-erfaring-med-dokumentdeling-i-kjernejournal>

¹⁰ Elektronisk overføring av henvisninger fra en henvisende instans, for eksempel praktiserende lege eller spesialist, til en helsefaglig tjenesteyter. [Henvisning v2.0 - ehelse](#)



- Mulighet til å gi andre behandlere innsyn i relevant data for optimal diagnostisering og behandling direkte via www.helsenorge.no (aktivt samtykke når deling ikke er standarden).

Dokumentasjon

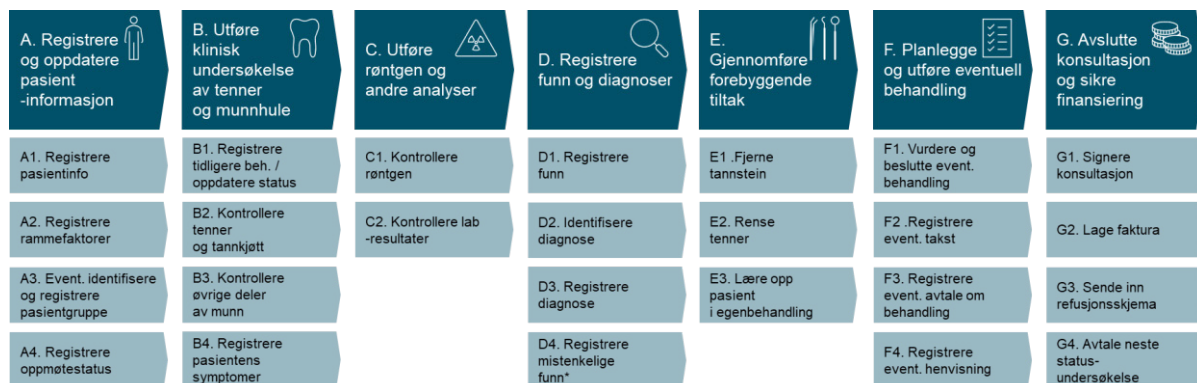
Innenfor konseptet dokumentasjon har tannhelsetjenesten behov for å kunne dokumentere behandlingen på en enkel måte i tråd med kravene i lov og forskrift, og gjennom gode arbeidsprosesser. Dokumentasjonen må skje på en måte som oppleves som kjent og relevant i den kliniske situasjonen. I tillegg må dokumentasjonen være egnet til å understøtte videre arbeidsprosesser og sekundærbruk av informasjon.

For å oppnå dette er det viktig at tannhelsepersonellet benytter et enhetlig og standardisert begrepsapparat for flest mulig informasjonselementer, som f.eks.:

- Funn/diagnose
- Tiltak/prosedyre
- Observasjoner
- Indekser

Et slikt begrepsapparat må oppleves som korrekt, relevant og tilstrekkelig for å understøtte behovet for dokumentasjon. I tillegg bør informasjon være strukturert, slik at den kan understøtte andre formål som kunnskapsstøtte, beslutningsstøtte og gjenbruk av informasjon.

Strukturen i de nye løsningene må etableres slik at de understøtter gode arbeidsprosesser. Her skal man ta utgangspunkt i den gode kliniske prosessen. Figuren nedenfor viser pasientforløpet. Den baserer seg på HL7s¹¹ standard gjengivelse av et pasientforløp.



Figur 2 HL7s¹² pasientforløp. Modifisert for tannhelse.

Dokumentasjon, både av planlegging, diagnostikk og eventuelle tiltak, skal følge og understøtte prosessen vist i figur 2 over. Relevant informasjon skal enkelt kunne registreres og overføres videre i forløpet, i tillegg til å kunne utnyttes til sekundærformål.

¹¹ Standardisert utveksling av klinisk og administrativ informasjon mellom ulike helse relaterte informasjonssystemer ved hjelp av internasjonale standarder fra HL7 (www.hl7.org og [Hjem\(hl7.no\)](http://Hjem(hl7.no)))

¹² www.hl7.org og [Hjem\(hl7.no\)](http://Hjem(hl7.no))



Arbeidsstøtte

De største gevinstene for pasienten ligger i god digital understøtting av tannhelsepersonellens arbeids- og beslutningsprosesser, hvor relevante, oppdaterte helseopplysninger er tilgjengelig for behandlerne. Dette gir raskere, tryggere og kvalitetsmessig bedre helsehjelp, og sikrer et best mulig beslutningsgrunnlag for behandleren i samråd med pasienten. Innenfor området arbeidsstøtte er det behov for å gi tannhelsepersonell relevant kunnskap og råd direkte i behandlingssituasjonen eller ved planlegging. Arbeidsstøtten må kunne bruke den informasjonen (dokumentasjonen) som registreres løpende til å f.eks.:

- Gi tannhelsepersonellet enkel og direkte tilgang til informasjon når hen søker mer kunnskap for å vurdere pasienten.
- Gi tannhelsepersonellet enkel og direkte tilgang til behandlingsråd ved den aktuelle tilstanden.
- Slå opp relevante nasjonale veiledere og retningslinjer for tiltak/behandling, f.eks. for antibiotikabruk
- Gi aktive advarsler når tannhelsepersonellet forsøker å gjøre noe feil, f.eks. skrive ut en medisin pasienten er allergisk mot

Det finnes en rekke tilgjengelige kunnskapskilder både nasjonalt og internasjonalt. Flere av disse, som Felleskatalogen¹³, Helsedirektoratets retningslinjetjeneste¹⁴ og BMJ Best Practice¹⁵, er høyst relevante for tannleger. Det er ønskelig å integrere disse direkte i journalen, men det forutsetter at informasjonen i journalen registreres på en måte som kan forstås av disse tjenestene, og at man knytter seg til disse.

Samtidig skal det gis korrekt og relevant støtte ved diagnostikk og valg av tiltak. Det vil si at beslutningsstøtte må baseres på god faglig praksis, f.eks. må løsningen anbefale faglig forsvarlig behandling for en gitt tilstand. Det er også viktig at støtten er relevant, noe som betyr at den ikke må presse seg på i veldig enkle tilfeller og heller ikke gi råd som ikke har noen plass i den gitte situasjonen. For eksempel vil det ikke være nødvendig å gi informasjon om implantater på barn og ungdom da dette er en behandling som først skal gjennomføres når man er utvokst.

Kunnskapsstøtte forutsetter god registreringspraksis i pasientforløpet, og at semantikken som benyttes er egnet til å utnytte tilgjengelig kunnskapsstøtte.

Analyse og prediksjon

Tannhelsetjenesten er, som all helsetjeneste, i en stadig faglig og teknologisk utvikling. Det er jevnt tilsig av ny kunnskap og nye metoder. Ny undersøkelses- og behandlingsmetodikk følger av ny kunnskap, men kan gjøre pasientoppfølgingen mer tidkrevende og kostbar. Samtidig er behovet for tannhelsetjenester i stadig endring på nasjonal basis, og politisk satsing endrer hvilke pasientgrupper som skal ha rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten. Demografien i befolkningen er i tydelig endring, og belastningen på den offentlige tannhelsetjenesten endres som en følge av dette.

For å kunne levere gode tannhelsetjenester til en befolkning som er i endring er det nødvendig med tilgang til data for styring og kunnskapsutvikling. Dette omfatter data om

¹³ [Medisin - Felleskatalogen](#)

¹⁴ [Om Helsedirektoratets normerende produkter - Helsedirektoratet](#)

¹⁵ <https://www.bmj.com/company/bmj-resources/bmj-best-practice/>



pasientenes helsetilstand, behov, samt tjenestetilbudet og drift av den offentlige tannhelsetjenesten.

Tannhelsetjenesten har behov for at pasientinformasjon kan benyttes til analyse og prediksjon. Med analyse menes bl.a. kunnskap om helsetilstand, effekt av tiltak/behandling og kvalitet i tjenesten. Med prediksjon menes å benytte data og analyse til å si noe om enten fremtidige behov i tjenesten eller forventet effekt av tiltak/behandling. Det vil i mange tilfeller være naturlig å aggregere eller klassifisere informasjonen når behovet er for mer overordnet informasjon, men for tannhelsetjenesten er det viktig at også dette baserer seg på den presise, pasientnære dokumentasjonen.

Det er behov for å bruke informasjon til blant annet:

- Kvalitetsindikatorer på:
 - Individnivå
 - Gruppe-/organisasjonsnivå
- Klinisk forskning
- Befolkningsdata
 - Med dette menes oversikt over helsetilstand i befolkningen. Dette tenkes som grunnlag for prediksjoner og ressursstyring.
- Styringsdata
 - Med dette menes oversikt over tjenesten, for eksempel bemanning, kapasitet og økonomi. I tillegg vil data for god HMS i tjenesten og bærekraft være interessant.
- Prediksjon for:
 - Målretting av ressurser
 - Støttefunksjoner i dokumentasjon og pasientrettet arbeid

Innenfor analyse og prediksjon vil det være mulig å bruke en rekke metoder, fra statistikk til kunstig intelligens. Når man samtidig tar hensyn til «bare en gang»-prinsippet setter arbeidsgruppen opp to grunnleggende behov:

1. All informasjon som benyttes til analyse og prediksjon skal så langt det er mulig hentes direkte fra der kunnskapen oppstår. I praksis vil det si at man i størst mulig grad skal benytte dokumentasjonen fra den pasientnære relasjonen.
2. All dokumentasjon skal være så presis og komplett som mulig. Dette innebærer at tannhelsepersonellet skal dokumentere det man observerer, vet eller gjør på det detaljeringsnivået man har kunnskap om. Tannhelsepersonellet skal ikke tvinges til å kategorisere informasjon da dette gir informasjonstap, men man skal heller ikke tvinges til å dokumentere noe man strengt tatt ikke vet. Dette prinsippet er en grunnstein i bruk av helsefaglige terminologier, og står ikke i kontrast til en god implementering av struktur i EPJ. Transformasjon av data skal skje ved bruk av data, ikke ved dokumentasjon og lagring.

Forutsetninger

I dette avsnittet vil vi kort peke på noen forutsetninger på overordnet nivå for å nå vårt mål.

Tilstrekkelig interoperabilitet

Interoperabilitet, i en enkel forklaring, handler om at ulike datasystemer kan kommunisere og arbeide sammen på en sømløs måte. I en IT-kontekst betyr det at uansett hvilken teknologi eller programvare som brukes, kan informasjon deles og utveksles effektivt mellom systemer uten spesielle tilpasninger eller manuell inngripen. Fremtidens EPJ-løsning må være i stand til å samhandle med andre IT-løsninger, både internt i fylkeskommunene (økonomisystemer,



arkivsystemer, analyse-plattformer osv.) og eksternt mot andre deler av tannhelsetjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester på en sikker og effektiv måte. Dette vil også omfatte integrasjon av nasjonale fellestjenester (for eksempel Kjernejournal, E-resept og e-meldinger).

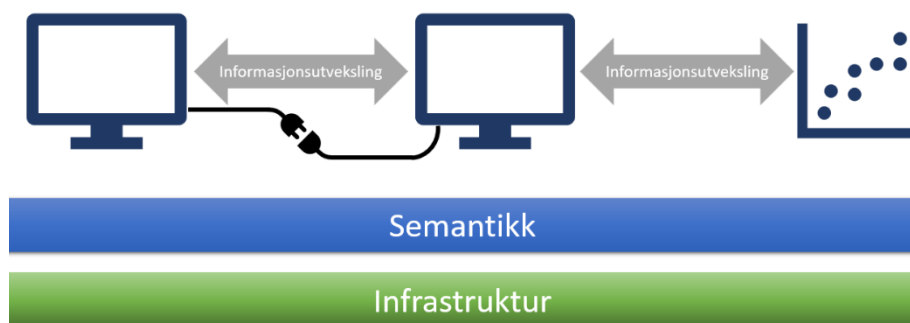
Felles internasjonalt rammeverk for samhandling¹⁶ peker på forutsetninger for samhandling. Behovene i dokumentet forutsetter alle lagene i modellen, men vi avgrensner oss til å peke på forutsetninger for semantisk og teknisk samhandlingsevne.



Figur 3 EIF-modellen om forutsetninger for digital samhandling

Teknisk samhandlingsevne beskriver evnen til informasjonsutveksling mellom IT-systemer på grunnlag av kompatibilitet mellom partene på system- og hardvare-nivå, mens den semantiske samhandlingsevnen beskriver i hvilken grad partene evner å tolke og forstå informasjonen som utveksles likt.

Forutsetningene for semantisk og teknisk samhandlingsevne er at det som danner grunnlaget for samhandling, og det som skal utnytte samhandlingen, tilpasser seg det som skal skje i selve samhandlingen. Se på følgende figur:



Figur 3 Illustrasjon av forutsetninger for samhandling med utgangspunkt i standarder og teknologi.

Den tekniske samhandlingsevnen vises her som 2 datamaskiner koblet sammen med en «kompatibel forbindelse (illustrert i figur 4 over som 2 skjermer med en ledning mellom). Om

¹⁶ [Rammeverk for digital samhandling. Den er basert på European Interoperability Framework \(EIF\) og utarbeidet av Digidir for bruk i Norge.](#)



den tekniske samhandlingsevnen er akseptabel, kan informasjon sendes fra den ene maskinen til den andre via et kompatibelt nettverk (ledningen). Men dersom system 1 og 2 skal kunne samhandle, må informasjonen som utveksles kunne forstås på begge sider. Begrepet semantikk brukes her for å beskrive hele «språket» datamaskiner benytter for å snakke med hverandre. På samme måte må man for analyse og prediksjon av data fra et klinisk EPJ-system (i figur 4 illustrert med pilen mot den prikkete linjen) kunne forstå den informasjonen som er lagret EPJ-systemet, og produsere og gjengi en relevant sammenstilling av denne informasjonen. Det er for øvrig akkurat de samme forutsetningene som gjelder når systemer skal kunne utnytte kunnskapskilder til kunnskaps- og beslutningsstøtte.

Det er derfor en absolutt forutsetning at hele kjeden for deling av data og digital samhandling bygger på en felles semantikk og er tilknyttet en felles infrastruktur. Den tekniske samhandlingsevnen mellom den offentlige tannhelsetjenesten og andre helsetjenester er i utstrakt grad tilgjengelig, i form av løsninger fra Norsk Helsenet. Den semantiske samhandlingsevnen forutsetter bruk av felles standarder, som omtales i avsnittet under.

Behov for standarder

Den beste måten å fremme sømløs informasjonsoverføring på er å etablere felles, åpne standarder. Dette gjelder både innholdsstandarder og kommunikasjonsstandarder. Standardene må basere seg på gode og entydige informasjonsmodeller, og de som tas i bruk bør - så langt det er mulig - være internasjonale og standardene bør være forankret i nasjonale beslutninger om å ta disse i bruk. Eventuelt kan nasjonale standarder vurderes.

Standarder er lite utviklet innenfor tannhelseområdet, spesielt på nasjonalt nivå. I arbeidet med standarder er det viktig at man ikke automatisk overfører standarder fra øvrig helsesektor til tannhelsetjenesten, men ser på tannhelsetjenestens behov i første rekke. Da må man lage informasjonsmodeller som beskriver dette behovet.

Det er også behov for en forvaltning av standarder for tannhelsetjenesten på nasjonalt nivå. Dette for å sikre vedlikehold og utvikling i tråd med tannhelsetjenestens behov.

Behov for flyt av data

Informasjon kan deles og utveksles på mange måter, men på overordnet nivå kan man dele inn i:

1. Sending og mottak av data
2. Ekstern tilgang til lokale data
3. Felles lagring av data

Sending og mottak av data (punkt 1 i listen over) forutsetter opprettelsen av versjoner av informasjonen, som gir opphav til problemer som bruk av ufullstendige og utdaterte opplysninger i pasientbehandlingen. Dette utgjør en økt risiko for feil eller mangel på relevante opplysninger ved pasientbehandling, som igjen undergraver målet med informasjonsutvekslingen. Duplisering av data bør derfor unngås. Med utgangspunkt i tanken om «1 pasient, 1 journal» er behovet for sikker og effektiv informasjons-utveksling mellom systemer et klart behov. Nivå 2 og 3 beskriver derimot løsninger som sikrer behandleren tilgang til oppdaterte, relevante helseopplysninger ved tjenstlig behov, og er derfor anbefalingen fra kjernegruppa.



Punktene 2 og 3 forutsetter at informasjonsutveksling bygger på nasjonale (og internasjonale) standarder for både innhold og kommunikasjon. Dette sikrer større muligheter for bedre tjenesteutvikling i fremtiden, og sikrer at dagens løsninger understøtter fremtidige krav og behov for informasjonsutveksling og samhandling. Felles lagring av data (punkt 3) i standardiserte løsninger vil også kunne understøtte analyse og prediksjon i langt større grad enn det som er mulig ved lokale løsninger, ikke minst som grunnlag for bruk av kunstig intelligens.

Behov for kvalitetsforbedring i tannhelsetjenesten

Teknologiske nyvinninger og implementering av nye verktøy er alene av liten nytte om ikke organisasjonen klarer å hente ut gevinster av det nye mulighetsrommet. Det er derfor behov for tydelig satsning på systematisk kvalitetsforbedring i tannhelsetjeneste. Kvalitetsforbedring handler om å optimalisere bruken av de verktøyene man har tilgjengelig. Digitale verktøy skal støtte opp om leveransen av tjenestene den offentlige tannhelsetjenesten skal yte til befolkningen, og det er viktig at tjenesten kontinuerlig utvikler og tester nye måter å utnytte de tilgjengelige verktøyene.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er pålagt kontinuerlig arbeid med kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og faglig opplæring av sine ansatte i *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* av 28.10.2016.¹⁷ Kvalitetsforbedring i den offentlige tannhelsetjenesten bør ha et enhetlig perspektiv, med tett samarbeid og koordinering på nasjonalt nivå.

Opplæring av nyansatte og oppdatering av kunnskapen om bruken av EPJ-løsningene er særs viktig ledd i kvalitetsforbedringen gjennom å sikre enhetlig bruk og forsvarlig kvalitet på dokumentasjonen av interaksjonen med pasientene. Standardisering gjennom felles begreper og beskrivelser av diagnoser, funn og behandling i den offentlige tannhelsetjenesten vil gi kvalitetsforbedring gjennom enhetlig opplæring i korrekt journalføring, og tilrettelegge for felles krav om kompetanse og opplæring nasjonalt.

Nasjonale diagnoseoversikter bør være utgangspunktet for pensum i tannhelsefaglig utdanning. Det er også behov for kunnskapsdeling og erfaringsutveksling på nasjonalt nivå, ettersom dette reduserer kostnadene og øker mulighetene for gevinstrealisering nasjonalt. behovet for dokumentasjon av arbeidshverdagen er i stadig endring, og det er derfor viktig at det foregår et kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid som sikrer at opplæringen dekker tjenestens behov til enhver tid.

¹⁷ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift%20om%20ledelse%20og%20kvalitetsforbedring>



Juridisk handlingsrom

Det er ønskelig å digitalisere den offentlige tannhelsetjenesten i større grad enn i dag. Digitaliseringen skal også omfatte utveksling av data i digital form, både mellom aktører i den offentlige tannhelsetjenesten og med andre aktører. Derfor er det nødvendig å vurdere hvilke hindringer og muligheter som ligger i dagens regelverk.

Dette notatet tar ikke opp i seg alle vurderingene som må gjøres i forbindelse med digitalisering, men søker å gi et bilde over grunnleggende rettsprinsipper og hvordan de gir seg utslag i helselovgivning. Det må også skilles mellom å dele data med helsepersonell/andre aktører, og hva som er formålet med utleveringen i det enkelte tilfelle. Produksjon av statistikk og tall til forskning o.l. er et helt eget spørsmål.

For øvrig viser vi til Helsepersonelloven med kommentarer på Helsedirektoratets nettsider¹⁸.

Tannleger er omfattet av reglene om taushetsplikt etter helsepersonelloven

Formålet med taushetspliktsbestemmelsene er å verne pasientens integritet og sikre befolkningens tillit til helsetjenesten og helsepersonell. Bestemmelsene skal hindre at pasienter unnlater å oppsøke helsetjenesten ved behov for helsehjelp. Pasienten skal føle seg trygg på at de opplysninger som gis i forbindelse med helsehjelpen ikke kommer på avveie.

Hovedregelen om taushetsplikt finnes i helsepersonelloven § 21. «*Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell*».

Bestemmelsen innebærer et pålegg om å bevare taushet. Helsepersonell pålegges også en aktivitetsplikt, jf. formuleringen «skal hindre». I Ot.prp.nr.13 (1998-1999) side 227 uttrykkes dette slik:

«Taushetsplikten er ikke bare en passiv plikt til å tie, men også en aktiv plikt til å hindre uvedkommende i å få tilgang til taushetsbelagt informasjon. Forsvarlig håndtering og oppbevaring av pasientopplysninger er en forutsetning for å etterleve den lovbestemte taushetsplikten».

Plikten til å beholde taushet korresponderer med pasienters rett til å få behandlet opplysninger konfidensielt, jf. pasient – og brukerrettighetsloven § 3-6.

Taushetsplikten gjelder for «*folks legems- eller sykdomsforhold*», som i juridisk teori og etter en naturlig språklig forståelse tolkes som fysiske eller psykiske forhold rundt den enkeltes kropp og helse. Med «*personlige forhold*» menes andre forhold knyttet til den enkelte person, som sosiale og økonomiske forhold.

Innsamling og bruk av helseopplysninger

Helsepersonells plikt til å føre journal fremgår av helsepersonelloven §§ 39, mens kravene til journalens innhold fremgår av § 40. I tillegg finnes det en forskrift om pasientjournal som gir konkrete regler om hva som skal journalføres, samt retting, sletting og tilgangsstyring.

¹⁸ Se også Helsepersonelloven med kommentarer
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer>



Alle opplysninger i pasientjournalen er taushetsbelagte. Det er verken lovlig per i dag eller sannsynlig å få endret definisjoner eller hensynene bak reglene slik de er utformet. For at befolkningen skal ha tillit til helsetjenesten er tillit avgjørende. Uten tillit mellom helsepersonell og pasient vil den enkelte kunne vegre seg for å oppsøke nødvendig helsehjelp ved behov. Tilsvarende viktig er det at befolkningen kan ha tillit til egne myndigheter, og at ikke egne sensitive opplysninger kan bli lest av uvedkommende eller komme på avveie.

Graden av sensitivitet

Erfaringen er at det er en relativt utbredt misforståelse at pasientjournaler fra tannhelsetjenesten ikke er særlig sensitiv. Dette er en alvorlig misforståelse. Pasientjournaler fra tannleger er like sensitive som fra andre helsetjenester, både i praksis og etter helsepersonelloven. Også etter personvernforordningen art. 9 er helseopplysninger særlig sensitive. Dette er imidlertid av mindre praktisk betydning, helseopplysninger er allerede detaljregulert i helselovgivningen.

Taushetsplikt

Hovedregelen om taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21 fastslår at helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

Det fremgår av ordlyden, forarbeidene og rettspraksis at taushetsplikten er mer enn en plikt til å beholde taushet, jf. formuleringen å «hindre» at opplysninger gjøres kjent for andre. I Ot.prp. nr. 13 (1998–99) s. 227 uttrykkes dette slik:

«Taushetsplikten er ikke bare en passiv plikt til å tie, men også en aktiv plikt til å hindre uvedkommende i å få tilgang til taushetsbelagt informasjon. Forsvarlig håndtering og oppbevaring av pasientopplysninger er en forutsetning for å etterleve den lovbestemte taushetsplikten.»

Taushetsplikten omfatter også opplysninger om straffbare forhold knyttet til en pasient, jf. Ot.prp. nr. 13 (1998–99) s. 83, der det står:

«Taushetsplikten begrunnes også med at pasienten skal få behandling. Dersom legen eller annet helsepersonell ikke hadde taushetsplikt, kunne pasienten unnlåte å oppsøke hjelp av frykt for informasjonsflyt. Særlig aktuelt vil dette kunne være dersom pasienten har vært involvert i straffbare handlinger eller søker å unndra seg kontroll fra andre offentlige myndigheter. Et formål er nettopp at mennesker med behov for helsehjelp til seg selv, barn eller ev andre pårørende, skal oppsøke helsevesenet uavhengig av atferd eller livssituasjonen for øvrig. ... Tilsvarende vil pasienter som har oppsøkt lege kunne holde tilbake opplysninger av frykt for at legen bringer disse videre.»

Taushetsplikt mellom helsepersonell

Hovedregelen om taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21 gjelder også mellom helsepersonell. Det kan bare utveksles taushetsbelagt informasjon mellom helsepersonell når det er nødvendig for behandling og oppfølging av pasienten.

Det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte opplysninger som nevnt i hovedregelen om taushetsplikt uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik hjelp eller at det finnes hjemmel for det.



Bestemmelsen kommer ikke til anvendelse i de tilfeller hvor det foreligger særskilt hjemmel i lov eller forskrift for å kunne tilegne seg opplysningene, for eksempel for å oppfylle meldeplikter eller for administrasjon av helsehjelp til en pasient.

Det følger av bestemmelsen at det ikke er tillatt å lese i journalen til en pasient man ikke har noe ansvar for å yte helsehjelp til, eventuelt skal administrere slik hjelp til. Bestemmelsen innebærer at helsepersonell ikke kan lese i journalen til en pasient de tidligere har hatt til behandling, hvis man ikke lenger har noe ansvar for helsehjelp til pasienten.

Grove brudd på helsepersonelloven kan medføre straff med bøter eller fengsel, jf. § 67, forutsatt at overtredelsen er forsettlig eller grovt uaktsom. Statens helsetilsyn ser alvorlig på snoking.

Opplysningsrett og opplysningsplikt

Hensynet til pasientens integritet og rett til taushet rundt helsemessige og personlige forhold kan komme i konflikt med andre viktige hensyn, og unntak fra taushetsplikten kan forekomme på ulike grunnlag. Unntakene kan utløse opplysningsrett eller opplysningsplikt. Der du har opplysningsrett betyr det at du kan, men ikke har plikt til å utlevere taushetsbelagte opplysninger. Utløses opplysningsplikt står du ikke lenger fritt til å la være å gi opplysninger, men plikter å gi opplysningene videre. Pasienten har ikke lenger råderett over den informasjonen som gis.

Bestemmelsene om opplysningsrett følger av helsepersonelloven §§ 22-29. Felles for disse er at pasienten enten må samtykke til eller kan motsette seg at opplysningene deles. Opplysningsretts-bestemmelsene har ellers litt ulike begrunnelser. Den mest praktiske for dette formålet er antakelig § 25 om opplysninger til samarbeidende helsepersonell.

Opplysningsplikten er regulert i §§ 30-34. Her har ikke lenger pasienten råderett over de opplysninger som gis. Formålet med opplysningsplikten er å ivareta hensyn som anses mer tungtveiende enn de hensyn som begrunner taushetsplikten. Som nevnt er opplysninger til nødstatene blant disse. Det følger av § 31 at helsepersonell skal varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. Dette er en svært snever unntaksbestemmelse. Om opplysningsplikt foreligger må baseres på en konkret vurdering av påregneligheten for at handlingen kommer til å skje, og alvorligheten av det potensielle skadeomfanget. Graden av usikkerhet med hensyn til om handlingen vil gjennomføres eller gjentas og graden av usikkerhet i forhold hvor stor skade handlingen vil kunne forårsake, vil være viktige momenter i vurderingen av om det foreligger plikt til å melde fra til politiet. Helsepersonellet må legge vekt på hvilken betydning de taushetsbelagte opplysninger vil ha for å kunne avverge skaden eller for å begrense skadeomfanget i den konkrete sak. Det er avgjørende at det er helsepersonellens vurdering som legges til grunn, og at politiet ikke får vite mer enn strengt nødvendig for å avverge alvorlig skade.

Andre forhold som reguleres her er opplysningsplikten til barnevernet og til offentlige tilsynsmyndigheter.

Helsepersonell skal, uten hinder av taushetsplikt, og på eget initiativ umiddelbart melde fra til barneverntjenesten etter § 33:

- når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt
- når det er grunn til å tro at et barn har livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade og ikke kommer til undersøkelse eller behandling, eller at et barn med nedsatt



funksjonsevne eller et spesielt hjelpetrengende barn ikke får dekket sitt særlige behov for behandling eller opplæring

- når et barn viser alvorlige atferdsvansker i form av alvorlig eller gjentatt kriminalitet, misbruk av rusmidler eller en annen form for utpreget normløs atferd
- når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli utnyttet til menneskehandel.

Helsepersonell kan også bli pålagt å gi nødvendig informasjon til barneverntjenesten i samsvar med barnevernloven § 13-4, jf. helsepersonelloven § 33 tredje ledd.

Opplysningsrett og -plikt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Helsepersonelloven § 32 hjemler i første ledd rett, og i annet ledd plikt til å varsle sosialtjenesten når bestemte vilkår er oppfylt. Etter første ledd kan helsepersonell med pasientens samtykke gi opplysninger til sosialtjenesten der pasienten har behov for tiltak i sosialtjenestens regi. Opplysningene kan også gis uten pasientens samtykke der de ikke er omfattet av hovedregelen om taushetsplikt i § 21.

Etter annet ledd skal helsepersonell av eget tiltak varsle sosialtjenesten der det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler slik at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade.

Unntak som gir opplysningsrett følger av helsepersonelloven §§ 22-29

- Opplysningsrett utløst av at pasienten samtykker.
- Opplysningsrett der opplysningene er kjent fra før
- Opplysningsrett der ingen berettiget interesse tilsier hemmelighet
- Opplysningsrett der behovet for beskyttelse må anses ivarettatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt
- Opplysningsrett ved mistanke om dyremishandling
- Opplysningsrett ved hjemmel i annen lovgiving
- Opplysninger etter en persons død
- Opplysningsrett til samarbeidende personell
- Opplysningsrett til virksomhetens ledelse

Unntak som utløser opplysningsplikt

Opplysningsplikten er regulert i helsepersonelloven kapittel 6 (§§ 30-34). Formålet med opplysningsplikten er å ivareta hensyn som anses mer tungtveiende enn de hensyn som begrunner taushetsplikten.

Man skal journalføre om det er gitt opplysninger til politi, barneverntjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste, sosialtjenesten mv., og om samtykke er innhentet fra pasienten eller den som har kompetanse til å avgi samtykke i saken. Det skal også angis hvilke opplysninger som er gitt.

Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og SF



Helsepersonell plikter å gi opplysninger til tilsynsmyndighetene (Statens helsetilsyn) etter helsepersonelloven § 30 for at tilsynsmyndighetene skal ha reell mulighet til å føre tilsyn med at virksomheten drives i overensstemmelse med lovgivningen.

Opplysningsplikt til nødetater

Helsepersonell har opplysningsplikt til nødetater etter helsepersonelloven § 31 der det er nødvendig for at nødetatene skal kunne bistå i forsøk på å avverge alvorlig skade på person eller eiendom.

Opplysningsplikt til barneverntjenesten

Etter helsepersonelloven § 33 plikter tannleger å være oppmerksom på forhold som kan innebære at barn trenger hjelp fra barneverntjenesten, og det skal gis opplysninger til barneverntjenesten der det er grunn til å tro at barnet blir mishandlet i hjemmet eller andre former for alvorlig omsorgssvikt foreligger.

Tannlegene er den eneste helsepersonellgruppen som jevnlig kaller inn og undersøker barn frem til myndighetsalder, og er med det i en viktig posisjon til å avdekke og melde fra om mulig omsorgssvikt.

Bruk av helseopplysninger, spørsmål arbeidsgruppen skal ta stilling til «offentlig sektor skal dele data når den kan og skjerme data når den må»

Det følger av EMK art. 8 at «enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse.

Den europeiske menneskerettighetsdomstolen har slått fast at artikkelen også omfatter personvern, herunder innsamling, forvaltning og spredning av personopplysninger.

I helselovgivningen kommer dette prinsippet til uttrykk på flere måter. Taushetspliktbestemmelsene i helsepersonelloven er sentrale.

Utgangspunktet etter helselovgivningen er altså det motsatte; dele når vi må, skjerme når vi kan.

Bruk av helseopplysninger er regulert i detalj i bl.a. helsepersonelloven og helseregisterloven. Førstnevnte gjelder for alle 33 grupper autorisert helsepersonell.

Forskjell på digital og fysisk utlevering?

Loven skiller ikke mellom digital og fysisk utlevering. Dersom det er anledning til å dele en papirutskrift av journalen, vil det også være anledning til å dele den digitalt forutsatt at det er truffet nødvendige tiltak med tanke på informasjonssikkerheten.

Dersom det er ønskelig å utvide hvilke personer/instanser som skal få tilgang er det et helt annet spørsmål. Det må også skilles mellom helsepersonell og andre personer/instanser.



Den juridiske arbeidsgruppen skal for Fase 1: Starte sammen utarbeide en oversikt over mulige juridiske hindre for digitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten. I dette ligger hva som kan være juridiske hindre for å:

- **Dele personopplysninger fra den offentlige tannhelsetjenesten til relevante aktører i kommunal, statlig og privat sektor**

Som nevnt er dette helt avhengig av hvem aktøren er. Det vil uansett måtte foretas en vurdering av når det er tillatt, evt. pålagt, å dele opplysningene. Helseopplysninger kan kun deles dersom det har hjemmel i lov.

- **Dele personopplysninger mellom tannhelsepersonell og andre ansatte med tjenstlige behov, uansett om disse sitter i samme fylkeskommune eller i samarbeidende fylkeskommuner**

Slik hjemmel finnes i helsepersonelloven § 25. Bestemmelsen lyder:

«Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.»

Bestemmelsen er ikke avgrenset til å gjelde samarbeid mellom helsepersonell i én virksomhet. Samarbeid kan skje mellom helsepersonell i ulike helsevirksomheter i og utenfor landet. Det forutsettes ikke at pasienten har gitt sitt aktive samtykke, men pasienten har anledning til å motsette seg slik deling.

- **Samle opplysninger fra den offentlige tannhelsetjeneste for formål knyttet til statistikk, analyse og bruk av kunstig intelligens**

Bruk av helseopplysninger til slike formål reguleres av helseregisterloven. Opplysninger fra kommunale helsetjenester skal registreres i KPR, kommunalt pasient- og brukerregister. Data herfra kan registreres og hentes ut i det omfang som fremgår av KPR-forskriften.

Det finnes også en hjemmel i helsepersonelloven § 29, som forutsetter søknad til Helse- og omsorgsdepartementet.

- **Økt deling av data er en forutsetning for mer sammenhengende og skreddersydde tjenester til brukerne.**

Her må det presiseres nærmere hvilke tjenester dett er, når skal data deles – og hvilke data? Hvorfor skal dataene deles? «Brukerne» er i denne sammenheng pasienter. Hvis brukerne også omfatter annet helse- og omsorgspersonell enn behandleren, må samme spørsmål stilles for de ulike målgruppen.

- **Innbyggere, næringsliv og frivillige organisasjoner skal møte én digital offentlig sektor.**

Heller ikke denne formuleringen er helt åpenbar for meg. Pasientjournalssystemer har egne krav, stilt i forskrift om pasientjournal. Det er egne regler for både registrering og bruk av helseopplysninger, som i stor grad skiller seg ut fra andre opplysninger en kommune har om innbyggerne sine.

- **Forvaltningen skal gjenbruke informasjon i stedet for å spørre brukerne på nytt om forhold de allerede har opplyst om – «kun én-gang»-prinsippet.**

Det er uklart hva som ligger i henvisningen til «forvaltningen» i denne sammenheng. EUs rammeverk for interoperabilitet anbefaler at brukerne kun skal oppgi opplysninger én gang og at virksomheter skal samle inn og dele disse opplysningene seg imellom under forutsetningen av at det er innenfor lovens rammer. Det vil det på



mange områder kunne være, men innsamling og bruk av sensitive personopplysninger er ikke blant opplysningene som kan deles etter dette prinsippet.

Helseopplysninger kan bare deles etter en konkret vurdering av om delingen er omfattet av en av unntakshjemlene i helsepersonelloven §§ 22-34.

- **Muligheten for bruk av kunstig intelligens for å utviklediagnosestøtte, behandlingsstøtte og risikovurdering.**
Dette spørsmålet er ikke besvart i helselovgivningen. Dette er et stort og komplisert område, men det er viktig å merke seg at personvernforordningen artikkel 22 innebærer forbud mot automatiserte individuelle avgjørelser. For eksempel risikovurdering eller vurdering av recall-intervall vil det være stor fare for at er ulovlig å ikke vurdere manuelt.

Det finnes enkelte snevre unntak fra bestemmelsen, men det viktigste å få med i første omgang er at det er enda snevrere adgang til å ta automatiserte avgjørelser basert på særlige kategorier av personopplysninger (som helseopplysninger).

- **Forholdet mellom "fylkestannlegen" i DOT og den private tannhelsesektoren ved kriser og krig, jf. bl.a. forholdet mellom tannhelsetjenesteloven og helseberedskapsloven.**
DOT kan inngå samarbeid med private etter tannhelsetjenesteloven § 4-1 for å oppfylle egne forpliktelser. Ut over det er det Helse- og omsorgsdepartementet som kan pålegge privatpraktiserende plikter etter helseberedskapsloven i krig og krise. Hvis det gjelder den manglende oversikten over landets helsepersonell som viste seg under pandemien er dette også en myndighetsoppgave å løse.
- **Eierskap til dataene – kan fylkeskommunene inngå et § 9-samarbeid?**
Kanskje. I henhold til personvernforordningen er det ingen prinsipielle skranker for at flere virksomheter kan samarbeide om informasjonssystemer, såfremt roller og ansvar er klarlagt og alle virksomhetene kan vise til et lovlig behandlingsgrunnlag. Dersom det er tale om et felles dataansvar etter artikkel 26, krever personvernforordningen at virksomhetene

formaliserer samarbeidet i en avtale. Pasienter, brukere og andre registrerte (for eksempel helsepersonell) skal få informasjon om innholdet i en slik avtale.

Bestemmelsen supplerer kravene i personvernforordningen ved å stille krav om at samarbeidet formaliseres i en avtale, uavhengig av om virksomhetene opptrer som selvstendige dataansvarlige virksomheter eller opptrer som felles dataansvarlige. I henhold til bestemmelsens bokstav d er nettopp rolleforståelsen et viktig punkt som avtalen må klarlegge. Jeg er mindre sikker på om alle fylkeskommunene vil kunne sies å ha behandlingsgrunnlag, og hensikten med et slikt samarbeid.

- **Tannhelsetjenesten må inn når det gjelder tilgang til nasjonale fellesløsninger, med en reell behovsprøving av tannhelsetjenestens tjenstlige behov.**
Ja. Det er vel egentlig ikke et spørsmål, men delvis politikk og delvis teknologi og manglende forståelse for hva tannhelsetjenesten trenger for å kunne utføre oppgavene sine på en forsvarlig måte.
- **Utlevering av opplysninger – den som eier dataene sender dataene – dette bør endres til at de som har behov, henter dataene – er dette juridisk vanskelig?**
Ja, det er vanskelig. Det må som nevnt foretas en konkret vurdering av hva som kan deles når, og det må skilles mellom personvern og informasjonssikkerhet. Det siste



kan avdekke misbruk og snoking, men da har skaden allerede skjedd. Det kan være til hjelp å tenke at det i all hovedsak er pasienten som eier dataene, ikke helsepersonellet eller det offentlige. En slik løsning vil forutsette at pasienten gir sitt samtykke til at opplysningene kan deles.

Det at man har gode løsninger for informasjonssikkerhet reparerer ikke på brudd på personvernet.

Oppsummering: juridisk handlingsrom

I forbindelse med digitalisering av tannhelsetjenesten er det flere behov som dukker opp: I en digital løsning er det ønskelig å dele opplysninger mellom tannhelsepersonell (i samme fylkeskommune eller samarbeidende fylkeskommunene) og andre aktører i kommunal, statlig og privat sektor. Det er også ønskelig å samle opplysninger fra den offentlige tannhelsetjenesten for statistikk, analyse og bruk av kunstig intelligens. Både dagens regelverk og dagens IT system setter begrensninger for dette.

Mulighetsrom; tilgangsstyring, logging, opplysningsretten i helsepersonelloven §§ 22-29. opplysningsplikten i helsepersonelloven kapittel 6 (§§ 30-34), utveksling av taushetsbelagt informasjon mellom helsepersonell når det er nødvendig for behandling og oppfølging av pasienten m.m.