



Direktoratet for
e-helse

Strategisk analyse 2019-2020

Analyse av utviklingstrekk relevant for e-helse



[Rapportnummer]

[Dokumenttitel]

Innhold

1	Om Strategisk analyse 2020.....	5
1.1	Bakgrunn.....	5
2	Sammendrag.....	7
3	Innledning.....	10
4	E-helsestrategi i andre land.....	12
4.1	Bakgrunn.....	12
4.2	Likheter mellom landene.....	13
4.3	Ulikheter mellom landene.....	14
4.3.1	Den norske e-helsestrategien sammenlignet med andre lands strategier..	15
5	Regionale helseforetaks strategier.....	17
5.1	Felles grensesnitt mot de nasjonale løsningene.....	17
5.2	Planer for arbeid med strukturering av journalområdet.....	17
5.3	RHFenes digitale tilbud via Helsenorge.no i perioden 2020-2023.....	18
5.4	Nasjonal e-helseportefølje.....	20
5.5	Pasientens helsetjeneste.....	20
5.6	Helse Nord RHF strategi.....	21
5.7	Helse Midt- Norge RHF strategi.....	22
5.8	Helse Vest RHF strategi.....	23
5.9	Helse Sør- Øst RHF strategi.....	24
5.9.1	Oppsummering.....	25
6	Innsatsområde 1 – Digitalisering av arbeidsprosesser.....	26
6.1	Innsatsområde 1.1: Moderne journal- og samhandlingsløsninger.....	27
6.2	Innsatsområde 1.2: Digitalisere legemiddelkjeden innenfor hver virksomhet.....	28
7	Innsatsområde 2 – Bedre sammenheng i pasientforløp.....	31
7.1	Innsatsområde 2.1 – Bidra til plan og kontinuitet i ansvarsoverganger.....	31
7.2	Innsatsområde 2.2 – Dele legemiddelopplysninger.....	32
8	Innsatsområde 3 - Bedre bruk av helsedata.....	35
8.1	Innsatsområde 3.1 – Bedre behandling med bedre utnyttelse av helsedata og 3.2 – Bedre bruk av helsedata til sekundærformål.....	35
8.1.1	Persongenererte helserelaterte data kan bidra til fremveksten av den informerte og kunnskapsrike pasienten.....	37
8.1.2	God kvalitet og tilgjengelighet til helsedata er avgjørende for å oppnå gevinster ved bruk av kunstig intelligens.....	39

8.1.3	Persontilpasset medisin gir nye muligheter for diagnostisering og behandling	42
9	Innsatsområde 4 – Helsehjelp på nye måter	47
9.1	Innsatsområde 4.1 – Tilrettelegge for innbyggeren som ressurs	47
9.2	Innsatsområde 4.2 – Stimulere til innovasjon	51
9.2.1	Økt dokumentasjon av effekten av e-helsetiltak kan føre til sterkere incentiver for at nye løsninger tas i bruk	55
9.3	Innsatsområde 4.3 – Helsehjelp på avstand.....	56
9.3.1	Spesialisthelsetjenesten.....	58
9.3.2	Primærhelsetjenesten	59
10	Innsatsområde 5 – Felles grunnmur for digitale tjenester.....	60
10.1.1	Dagens meldings- og dokumentutveksling vil ikke dekke behovet for samhandling rundt en pasient	60
11	Innsatsområde 6 – Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne.....	65
11.1.1	Utfordringer kan ikke løses i den enkelte virksomhet eller sektor.....	67
11.1.2	Digital transformasjon i helse- og omsorgssektoren er nødvendig for å oppnå gevinster	68
11.1.3	Mulig strategi for informasjonssikkerhet for helse- og omsorgssektoren	70
12	Konklusjon	72
12.1	Kategori 1 – ingen tiltak for å løse behovet.....	73
12.2	Kategori 2 – tiltak som ikke har aktivitet.....	74
12.3	Kategori 3 – tiltak som ikke løser behovet	74
12.4	Områder hvor den strategiske målsettingen ikke er nådd.....	75
12.5	Innspill fra dialogmøter med NUFA/NUIT-representanter	75
12.6	Anbefaling	75

1 Om Strategisk analyse 2020

1.1 Bakgrunn

Direktoratet for e-helse har gjennom den nasjonale styringsmodellen for e-helse etablert en felles strategi og strategisk plan (handlingsplan), i samarbeid med sentrale aktører i helse- og omsorgssektoren. Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 er helse- og omsorgssektorens felles strategi for IKT og digitalisering og beskriver den strategiske retningen gjennom seks satsingsområder. Strategien ble lansert i 2017 og følger opp regjeringens mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren slik beskrevet i Meld. St. 9 Én innbygger – én journal – Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Handlingsplanen beskriver innsatsen som er nødvendig for å realisere det strategiske målbildet for e-helseutviklingen. Nåværende [Nasjonal e-helsestrategi](#) 2017-2022 og tilhørende Plan for e-helse 2019-2022 ble presentert NUIT 21.november 2018 (sak 21/18) og NEHS 6.desember 2018 (sak 51/18). Utvalgene gav sin tilslutning til strategidokumentene. Utvalgene etterspurte en prioritering av innsatsområdene i planen for å gjøre den mer handlingsrettet. Direktoratet for e-helse presenterte i NEHS 19.juni (sak 22/19) forslag til prioritering av innsatsområdene i handlingsplanen for 2020:



NEHS gav sin tilslutning til prioriteringen. Dokumentene gir gjennom prioriteringen retning for e-helsearbeidet på nasjonalt nivå.

Strategiprosessen er prosessen for forvaltning av Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2019-2022. Strategiprosessen skal bidra til økt kunnskapsgrunnlag for, og større transparens rundt, beslutningstaking i den nasjonale styringsmodellen. Strategiprosessen legger til rette for bred involvering og påvirkningsmulighet for utvalgene i den nasjonale styringsmodellen. Lagt ut i tid representerer Strategiprosessens overordnede rammeverk en gjentakende prosess for oppdatering av strategi og handlingsplan. Dette rammeverket illustreres i figuren under.

Dagens strategiprosess



Direktoratet for e-helse har gjennomført Strategiprosessens fase 1: Planlegge, fase 2: Situasjonsbeskrivelse, og ferdigstiller nå fase 3: Analysere. Analysefasen består av en gap-analyse der nåsituasjonen er sett opp mot det strategiske målbildet.

I kunnskapsgrunnlaget for analysen inngår Direktoratets rapport Utviklingstrekk 2020. Rapporten er Direktoratets årlige kunnskapsgrunnlag med beskrivelser av utviklingstrekk, drivere og trender innenfor utvalgte områder som gir premisser for utvikling på e-helseområdet. [Rapporten kan leses på ehelse.no](http://rapporten.kan.leses.paa.ehelse.no). Empirien for temaene i Utviklingstrekkrapporten 2020 er innhentet fra en rekke kilder både i og utenfor helse- og omsorgssektoren; politiske dokumenter som strategier, meldinger og proposisjoner, interne og eksterne utredninger, forskning og trendanalyser. Kildene er valgt ut med utgangspunkt i temaene i rapporten.

Tema og innretning har vært drøftet og orientert om i utvalgene i styringsmodellen ved flere anledninger i 2019. Direktoratet for e-helse benytter seg systematisk av styringsmodellen for å profesjonalisere og forankre sitt arbeid, samt søke råd i faglige spørsmål. Behandlingen i styringsmodellen har ført til mange gode innspill og diskusjoner. De ulike fagmiljøene i Direktoratet for e-helse har i tillegg innhentet innspill til tema og empiri direkte i møter med eksterne aktører, og indirekte gjennom deltakelse på møter, workshop, seminarer og konferanser. Rapporten bygger også på tekstlige bidrag fra utvalgte fagmiljø utenfor direktoratet.

Utviklingstrekkrapporten gir en felles referanseramme for å forstå utviklingen på e-helseområdet. Gjennom denne rapporten er det gjort et utvalg av helsefaglige-, teknologiske og politiske trekk det er relevant å se nærmere på. Den utgjør sammen med strategisk måloppnåelse et viktig underlag for revisjon av handlingsplan, og vil bidra til at planer er oppdaterte, relevante, aktuelle og virkningsfulle. Analysen er ikke styrende for valg av innsatsområder og mål i strategi og handlingsplan, men et verktøy for å diskutere og anbefale mulige endringer og tilpasninger i tråd med politiske rammebetingelser, helsefaglig- og teknologisk utvikling i helse- og omsorgssektoren.

Fjorårets analyse

Den strategiske analysen fra 2018-2019 resulterte i fire identifiserte gap på tvers av strategiske områder:

1	Innbyggeren som ressurs i utvikling og bruk av e-helseløsninger er ikke i tilstrekkelig grad beskrevet i strategien.
2	Kommunenes rolle, behov og innsats på e-helseområdet er ikke i tilstrekkelig grad beskrevet i strategien.
3	Strategien tematiserer og konkretiserer ikke hvordan e-helseutviklingen kan stimulere til, og dra nytte av innovasjonspotensialet i sektoren og næringslivet.
4	Informasjonssikkerhet er ikke beskrevet som innsatsområde i strategisk plan. Det er behov for å bygge kompetanse på informasjonssikkerhet og personvern på alle nivå i sektoren.

Disse gapene ble adressert med tiltak og innsatsområder i en oppdatering av handlingsplanen, tilsluttet januar 2019. Den nåværende planen har således vært gjeldende et år. Planen ble i 2019 oppdatert med nye innsatsområder, målsettinger og aktiviteter:

4.1 – Tilrettelegge for innbyggeren som ressurs

4.2 – Stimulere til innovasjon

6.3 – Styrke arbeidet med beredskap, informasjonssikkerhet og personvern.

Det er i perioden januar til mars gjennomført dialogmøter med NUFA/NUIT-medlemmer for innspill til den strategiske analysen. NUFA/NUIT-medlemmene ble bedt om å gi uttrykk for om det var behov for en revisjon av handlingsplanen.

2 Sammendrag

Handlingsplanen er ung

Fjorårets analyse resulterte i fire identifiserte gap på tvers av strategiske områder:

- Innbygger som ressurs
- Kommunenes rolle
- Innovasjon
- Informasjonssikkerhet

Disse gapene ble adressert med tiltak og innsatsområder i en oppdatering av handlingsplanen, tilsluttet januar 2019. Den nåværende planen har således vært gjeldende ett år. Planen ble i 2019 oppdatert med nye innsatsområder, målsettinger og aktiviteter:

4.1 – Tilrettelegge for innbyggeren som ressurs

4.2 – Stimulere til innovasjon

6.3 – Styrke arbeidet med beredskap, informasjonssikkerhet og personvern.

I tillegg ble det gjort grep for å få kommuneperspektivet bedre frem. Flere aktiviteter beskrevet i handlingsplanen er ikke igangsatt eller planlagt igangsatt, og har en lang tidshorison for

gjennomføring. Det er vurdert at innsatsområdene fra 2019 består og at det bør jobbes videre med tiltak innenfor disse. To andre sentrale funn fra fjorårets analyse er:

- 1) Det er utfordrende å evaluere strategisk måloppnåelse uten nøkkeltallsindikator på tiltakene
- 2) Ikke alle tiltakene har en tiltakseier
- 3) Det er behov for et strategisk veikart som viser hva som skal realiseres når, og sammenhenger mellom tiltak

For å gjøre det enklere å gi en vurdering på strategisk måloppnåelse anbefales det å utvikle strategiske indikatorer i 2020. Enkelte tiltak er delt mellom flere steder i sektor (Direktoratet for e-helse, RHF, kommunene) og det er derfor ikke én tiltakseier som kan avgi status for tiltaket. På enkelte tiltak lykkes det ikke å identifisere tiltakseiere, og det er derfor benyttet andre offentlige kilder for å kunne gi et bilde av status på strategisk måloppnåelse. Direktoratet for e-helse har i april 2020 mottatt konkretisering av oppdrag til tildelingsbrevet for 2020 om veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger og vil jobbe videre med dette.

Analyse 2020

Hoveddelen av kunnskapsgrunnlaget for analysen utgjøres av Utviklingstrekkrapporten 2020. Den gir en felles referanseramme for å forstå utviklingen i omgivelsene på e-helseområdet. I Utviklingstrekkrapporten 2020 er det gjort et utvalg av helsefaglige-, teknologiske og politiske trekk det er relevant å beskrive nærmere. Den utgjør sammen med strategisk måloppnåelse et viktig underlag for revisjon av handlingsplan, og vil bidra til at planer er oppdaterte, relevante, aktuelle og virkningsfulle. Den strategiske analysen er utarbeidet gjennom arbeidsmøter internt i Direktoratet og dialogmøter med NUIT/NUFA-medlemmer i februar-april 2020. Gap under enkelte av innsatsområdene, hvor det er pågående aktiviteter for å oppnå de strategiske målsettingene, er ikke utdypet her (eksempelvis under innsatsområde 1 og 2). Porteføljerapportene presentert i NUIT gir en beskrivelse av hvor langt man er kommet i oppfyllelse av de strategiske målene.

Analysen har i hovedsak konsentrert seg om utvikling i omgivelsene, med funn innenfor disse temaene:

- Persongenererte helserelevante data
- Persontilpasset medisin
- Kunstig intelligens
- Helsehjelp på nye måter, herunder innbygger som ressurs og innovasjon
- Digital transformasjon
- Informasjonssikkerhet
- Tverrsektorielt perspektiv

Det er identifisert noe bevegelse i omgivelsene, som kan peke på nye behov og områder det er muligheter for styrket innsats.

Persongenererte helserelevante data har også kommet opp i tidligere analyser. Trendene viser tydelig at bruken av forbrukerteknologi som genererer helserelevante data øker. Det er behov for at helse- og omsorgstjenesten tar stilling til hvordan disse dataene kan benyttes i forskning og behandling. Det er levert en utredning om kunstig intelligens i helse- og omsorgssektoren. Denne peker på tiltak som må gjennomføres for å kunne ta i bruk løsninger med kunstig

intelligens for å styrke kvaliteten i behandling og for å kunne møte ressursutfordringer i helsetjenesten. Flere tiltak som allerede ligger i handlingsplanen vil bidra til å muliggjøre bruk av kunstig intelligens som verktøy. Området persontilpasset medisin har utviklet seg og regionalt foregår det arbeid med dette området. Her kan det være potensial for nasjonal innsats. E-helseløsninger har et potensial til å bidra til å styrke kunnskap om, og interesse for egen helse hos befolkningen. OECD påpeker nødvendigheten av digital transformasjon for å oppnå gevinster av digitaliseringen som gjøres i helse- og omsorgssektoren. Transformasjonsaspektet kan vurderes reflektert i større grad i neste revisjonsrunde av strategien. Det foregår mye arbeid som vil legge til rette for transformasjon, eksempelvis ny e-helselov og nye finansieringsordninger. Det kan være nødvendig å se på andre tiltak som kan bidra til å sikre at nye e-helseløsninger blir tatt i bruk i praksis, og her kan dokumentering av effekten av e-helsetiltak spille en rolle. Regjeringens digitaliseringsstrategi fremhever viktigheten av perspektivet "én offentlig sektor," og at offentlige tjenester må henge bedre sammen. Det tverrsektorielle perspektivet er representert når nye løsninger utarbeides i program/prosjekt.

I kunnskapsgrunnlaget er det sett nærmere på e-helsestrategier i andre land. Den norske strategien ser ut til å være oppdatert og relevant med det som er utfordringer og tiltak i andre sammenlignbare land. Regionale helseforetaks (RHF) strategier er også gått igjennom. Alle fire regionene har visjonen om pasientens helsetjeneste som rettesnor, men hovedfokus er noe ulikt i de fire regionene.

Innspill fra NUFA – og NUIT-medlemmer

NUFA- og NUIT-medlemmene har ikke gitt noen anmerkninger eller innspill til kunnskapsgrunnlaget. Dette kan tyde på at kunnskapsgrunnlaget oppleves representativt. Aktørene vurderer at det er trekk i omgivelsene som har beveget seg noe siden januar 2019, men at dette ikke er av slik karakter at det er behov for en revidering av nåværende innsatsområder eller aktiviteter i handlingsplanen. Det ytres ønske om fokus på å prioritere tiltak og sikre gjennomføringsevnen for allerede igangsatte aktiviteter i handlingsplanen. Det uttrykkes at det gjenstår mye arbeid på innsatsområdene som allerede ligger i handlingsplanen. Flere av områdene hvor det har vært bevegelse, eksempelvis kunstig intelligens og persontilpasset medisin, pekes det på at det gjenstår arbeid med grunnleggende elementer for man kan benytte slike verktøy. Eksempelvis er det behov for datadeling før dette kan utnyttes i full skala.

Anbefaling

Strategikontoret anbefaler ingen revisjon av handlingsplanen i 2020. Utviklingen i omgivelsene, hvor noen nye behov har dukket opp, har ikke i stor nok grad utfordret de strategiske målene. Fra da handlingsplanen ble tilsluttet i januar 2019 er fortsatt mange tiltak pågående, eller ikke startet. Det vurderes at behovet for mindre redaksjonelle endringer i handlingsplanen ikke er stort, og det anbefales ikke å publisere en ny utgave av planen med mindre redaksjonelle endringer. Anbefalingen om revisjon av handlingsplanen er i tråd med NUFA- og NUIT-medlemmenes innspill.

I siste del av analyseløpet intraff covid-19-pandemien. Dette utløste utvikling i digitalisering av helsetjenesten, og kan ha sørget for høyere tempo i realisering av tiltak som er beskrevet i handlingsplanen. Pandemien skapte en økt innovasjonstakt, med både helt nye løsninger og innovasjon på eksisterende løsninger. Det kan også ha gitt utfordringer, som at rask løsning

av behov fører til at endring i arbeidsprosesser og struktur har uteblitt og det ikke er oppnådd full gevinst. Det kan også ha skapt flere enkeltstående løsninger. Situasjonen vurderes og sees opp mot strategi og handlingsplan gjennom 2020. Vurderinger av pandemiens påvirkning på e-helseutviklingen vil utgis gjennom arbeid med kunnskapsgrunnlag i 2020/2021.

3 Innledning

Norge står overfor demografiske endringer som utfordrer måten vi organiserer helsetjenesten på. Aldrende befolkning, økt antall pasienter med kroniske og sammensatte lidelser og økt etterspørsel etter helse og omsorgstjenester som følge av bedre behandling og økt velstand preger helsetjenesten¹. Vi skal yte minst like god helsehjelp i fremtiden, som vi gjør i dag, men med færre ressurser. Skal vi evne å møte dette utfordringsbildet og sikre en bærekraftig helsetjeneste, må vi finne nye måter å yte helsehjelp på. I dette arbeidet spiller ny teknologi en viktig rolle. Teknologitvillingen skjer i en rasende fart, og er med på å utfordre og endre måten helsepersonell kan yte helsehjelp på. Ved å benytte seg av ny teknologi i helse- og omsorgstjenesten, kan en samlet helsetjeneste yte helsehjelp på en mer effektiv måte hvor pasienter og pårørende kan involveres i større grad. Det foregår en oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Dette har også bidratt til behovet for bedre samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og sykehusene.

De siste årene har det blitt etablert flere nasjonale, digitale tjenester i helsesektoren. Den overordnede utviklingen viser at de nasjonale e-helseløsningene øker i utbredelse og bruk. For eksempel blir helsenorge.no langt hyppigere besøkt, samtidig som tjenestene blir mer brukt. Dette gjelder også tjenester for helsepersonell. Innbyggerne får stadig tilgang til og tar stadig i bruk flere tjenester. Tilgang til pasientjournal gjennom helsenorge.no er nå utvidet til å også gjelde pasienter i Helse Sør-Øst. 85 prosent har nå tilgang til egen pasientjournal. Kjernejournal er tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten, og breddes nå i kommunene. Over 90 prosent av legemidlene forskrives via e-resept. Dette reduserer risikoen for feil i legemidler. Grunndata sikrer informasjonsflyt av oppdatert og enhetlig informasjonsgrunnlag i helsesektoren. Meldingsutveksling, og etter hvert også dokument- og datadeling, øker samhandlingsevnen blant aktørene.

Strukturelle endringer

I 2019 er det gjennomført og planlagt viktige strukturelle endringer som vil bidra til å styrke den digitale transformasjonen i sektoren. Det er gjennomført en ny organisering av e-helseområdet. De nasjonale løsningene e-resept, kjernejournal, grunndata og helsenorge.no er overført fra Direktoratet for e-helse til Norsk Helsenett SF (NHN) med virkning fra 1. januar 2020. Målet med overføringen er å reddyke direktoratets rolle som myndighet og skape en profesjonell nasjonal tjenesteleverandør i NHN. Dette gir økt kraft til digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren. Forslag om ny e-helselov er våren 2020 vedtatt av regjeringen og sendt til stortinget for behandling. Lovforslaget legger til rette for en bedre nasjonal samordning av e-helseutviklingen. Dette er avgjørende for å skape en sammenhengende og effektiv helse- og

¹ Regjeringen 2019, Meld. St. 7 (2019-2020), Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

omsorgstjeneste. Lovforslaget legger også til rette for at de nasjonale e-helseløsningene og standardene raskere tas i bruk. Samtidig videreutvikles Nasjonal styringsmodell for e-helse. For noen sentrale områder skal det etableres sektorsammensatte områdeutvalg. Områdeutvalgene skal støtte den nasjonale styringsmodellen.

Nasjonale helse- og sykehusplan 2020-2023 legger frem ambisjoner om hvordan helse- og omsorgstjenesten skal oppleves. Helsetjenesten fortsetter utviklingen mot pasientens helsetjeneste. Digitalisering har en tydelig plass i planen og er en viktig forutsetning for pasientenes bemyndiggjøring. Det legges også opp til en mer aktiv rolle for pasientene med eksempelvis muligheter for egen monitorering av kroniske tilstander, samvalg og økt mestring av egne helseutfordringer. Verdien av digitalisering ligger i hva den kan bety for tilbudet til pasientene. Den nasjonale styringen og koordineringen av IKT-utviklingen skal bli tydeligere.

Det fremkommer av Tildelingsbrevet for Direktoratet for e-helse 2020 at gjennomføring og prioritering av konkrete digitaliseringstiltak må knyttes til målene for utvikling av helse- og omsorgstjenesten de neste årene. Digitalisering og innføring av teknologi skal bidra til å realisere pasientens helsetjeneste. Det fremheves også at det tas flere grep for at finansieringsordningene skal tilpasses de digitale løsningene, som eksempelvis at refusjoner skal gis uavhengig av hvilket personell som utfører oppgaven og økning av refusjoner for nettbaserte tjenester.

Utvikling som en konsekvens av den pågående covid-19-pandemien

Den pågående pandemien har hatt, og kommer til å ha, stor innvirkning på digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren. En slik situasjon kan føre til økt gjennomføringshastighet gjennom en felles trussel og oppslutning om et felles mål. Pandemien har akselerert allerede eksisterende teknologitrender. Implementeringshastigheten har økt. Det implementeres eksisterende teknologi samtidig som det utvikles ny. Både ledere og ansatte blir utfordret på å ta i bruk digitale kanaler og elektroniske verktøy. Terskelen er nå senket for å videreføre deler av denne måten å jobbe på, og støtte i videreføring blir viktig for å opprettholde farten for den digitale transformasjonen.

E-helseløsninger spiller en stor rolle for helsetjenesten under pandemien. Det er økt behov for samhandling mellom aktører på ulike nivåer for både å løse akutt oppståtte problemer, men også til oppfølging, informasjonsdeling og forebygging av hendelser. Digitale løsninger kan spille en rolle i å effektivisere arbeidet og spare unødvendig ressursbruk hos helsepersonell. For å kunne unngå å utsette pasienter unødvendig for smitte har det vært viktig at både primær- og spesialisthelsetjenesten har kunnet tilby videoløsninger for kommunikasjon.

Pandemien har endret strukturer, arbeidsprosesser og bruken av teknologi, og således bidratt til digital transformasjon på flere områder i helse- og omsorgstjenesten. Utvikling og endring i e-helseutviklingen som følge av pandemien vil følges og vurderes i løpet av 2020.

Nasjonale e-helseportefølje

Nasjonale e-helseportefølje er et av virkemidlene for å realisere Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022. Nasjonal e-helseportefølje består per oktober 2019 av 54 tiltak med et samlet budsjett

på 1,7 mrd., en økning på 17 prosent fra mai 2019 (1,5 mrd). Den økende trenden fra 2018 ser dermed ut til å fortsette. Antall prosjekter i porteføljen er noenlunde konstant.

Porteføljens omfang er størst i de regionale helseforetakene (RHF-ene), Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Kommunene bidrar med ressurser i flere prosjekter og har et ansvar for å realisere en stor andel av gevinstene.

Strategisk tilknytning er et av prioriteringskriteriene for tiltak i nasjonal e-helseportefølje og aktørene har selv vurdert hvilke av de seks strategiske områdene prosjektene bidrar sterkest på. Det er pågående prosjekter innenfor alle satsingsområdene, og flere av prosjektene bidrar til måloppnåelse innenfor flere satsingsområder. For 2019 er digitalisering av arbeidsprosesser det klart største området, med vesentlig større budsjett enn de to som følger; bedre bruk av helsedata og helsehjelp på nye måter. Målet om en gjennomgående og modernisert journalløsning for hele helsetjenesten er den viktigste driveren for digitaliserings av arbeidsprosesser. Dette området inkluderer satsingene:

- Helseplattformen (Helse Midt-Norge)
- Heliks (Helse Vest)
- FRESK (Helse Nord)
- Regional EPJ modernisering (Helse Sør-Øst)
- Akson (Direktoratet for e-helse)

Dette er det største området, men det er en utflating og reduksjon av budsjettene på prosjekter som moderniserer journalløsninger. Program kodeverk og terminologi, MF Helse og Helsedataprogrammet fikk øremerkede midler i Statsbudsjettet og dette har gitt en vesentlig økning i budsjettene på satsingsområdene Bedre bruk av Helsedata og Felles grunnmur for digitale tjenester.

De regionale helseforetakene har økt sitt bidrag til finansiering av nasjonale e-helseløsninger. Bidraget sikrer blant annet videreutvikling av data- og dokumentdeling, API for kritisk info og dokumentdeling for helsepersonell i Kjernejournal. Helseplattformen AS, som eies av Helse Midt-Norge RHF og Trondheim Kommune, representerer en helt ny virksomhet i porteføljen. Virksomheter som representerer både spesialist- og kommunale helse- og omsorgstjenester er et viktig skritt på veien til å forbedre samhandlingen og øke gjennomføringsevnen i sektoren.

For omtale av, og status på, prosjektene i porteføljen henvises det til [Statusrapport portefølje januar 2020](#) (fremlagt i NUIT 14.februar 2020.)

4 E-helsestrategi i andre land

4.1 Bakgrunn

Kontinuerlig kunnskap og forståelse av internasjonale utviklingstrekk og strategiske veivalg innen e-helseområdet, særlig i sammenlignbare land, er relevant for Direktoratets arbeid. Sammenligning med andre land gir rom for refleksjoner rundt lignende muligheter og utfordringer som Norge kan møte på og stå overfor på e-helseområdet.

I forbindelse med utredningen av Én innbygger – én journal ble det i 2015 gjort en kartlegging av internasjonale erfaringer med e-helse etterfulgt av en internasjonal analyse av e-helse i andre land. Hovedområder for utredningen var:

1. Internasjonal strategiutvikling på e-helseområdet og
2. Erfaringer med gjennomføring av e-helsestrategier med tilhørende virkemiddelbruk.

Internasjonale erfaringer fra e-helseområdet innen regioner og helsesystem, der omfang og størrelse på tjenesteproduksjon er sammenlignbart med Norge, er særlig relevant. Dette gjelder spesielt de nordiske landene, da disse har lignende politiske tradisjoner og sosioøkonomiske forhold som Norge, i tillegg til lignende offentlig helsesystem med lignende organisering av helsetjenester. Gjennom systematiske utredninger av e-helseutvikling i sammenlignbare land kan det etableres en analytisk plattform som kartlegger muligheter og utfordringer Norge står ovenfor innen e-helseområdet. Videre kan det gi grunnlag og insentiv for opprettelsen av internasjonale nettverk for utveksling av erfaringer og kunnskap, samt en grunnleggende forståelse av globale trender innenfor e-helse.

I 2019 ble det gjennomført en ny kartlegging av e-helsestrategier i andre land. Rapporten "E-helsestrategier i andre land" redegjør for hovedlinjene i den norske strategien, og inneholder en sammenligning av hvordan e-helsestrategier og innsatser i Sverige, Danmark, Finland, England og overnasjonale organisasjoner sammenfaller med den norske nasjonale e-helsestrategien. Utfordringer vi står ovenfor i Norge er ikke unike, og internasjonalt samarbeid på tvers av landegrenser kan være en sterk bidragsyter for å nå våre strategiske mål.

Samtlige land har egne e-helsestrategier. Sverige, Danmark og England har, som i Norge, opprettet egne forvaltningsorganer direkte knyttet til e-helse, henholdsvis eHälsomyndigheten, Sundhedsdatastyrelsen og National Health Service Digital (NHSD). I Finland ble Kanta opprettet, som leverer digitale tjenester til det offentlige. I Sverige leverer det statlig eide Inera AB infrastruktur til leverandører av helse- og omsorgstjenester, på samme måte som Norsk helsenett SF i Norge.

Det fremkommer gjennom sammenligningen av strategiene at alle landene har store ambisjoner på e-helseområdet, både gjennom omfattende strategier, reformer og konkrete innsatser. Gjennom utnyttelse av helsedata, smarte e-helseløsninger, samarbeid, standardisering og involvering av innbyggere ønsker landene som er belyst å imøtekomme morgendagens helseutfordringer.

4.2 Likheter mellom landene

Sammenligningen av landenes e-helsestrategier viser mange likhetstrekk. Spesielt tre områder står frem som overlappende i samtlige strategier:

- Øke kvaliteten på og bruken av helsedata
- Utvikle byggeklosser i felles grunnmur
- Involvere brukere og pasienter, flytte beslutninger, tjenester og data nærmere pasientene

Felles for samtlige land er for det første anerkjennelsen av at helsedata er en nøkkelfaktor for å lykkes med digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren. Det er felles enighet om

viktigheten av å standardisere og digitalisere helsedata, så de kan benyttes i behandlings -, tjenesteutviklings -, innovasjons - og forskningsøyemed.

Det andre store fellestrekket knytter seg til behovet for å utvikle byggeklosser i felles grunnmur for de digitale tjenestene. Begge innsatsområdene som faller under dette satsningsområdet i den norske strategien, 1) utvikling av byggeklosser og 2) styring og forvaltning av byggeklossene i grunnmuren, gjenspeiles i stor grad i de øvrige landenes strategier. Det handler om standardisering og felles begrepsbruk på tvers av tjenester og nivåer i sektoren, for dermed å muliggjøre koordinering og sammenstilling av data.

Det tredje fellestrekket handler om vektleggingen av å involvere brukere (både pasienter, pårørende og helsepersonell) i utviklingen av og bruken av de ulike tjenestene, samt at tjenester kan og bør flyttes nærmere den enkelte pasient/bruker.

I e-helsestrategiene til alle de fire landene omtales viktigheten av å involvere innbyggerne tettere i arbeid med egen helse, og i større grad bruke innbyggerne som ressurs. I Finland er det en strategisk målsetning at innbyggerne selv skal bidra aktivt med produksjon av helsedata, og bruke disse både forebyggende og i behandling.

4.3 Ulikheter mellom landene

Samtidig som det er mange likhetstrekk er det også tydelige forskjeller mellom landene. Den norske e-helsestrategien er i mange tilfeller svært lik den danske, både når det gjelder oppbygning, utforming og innhold. Begge strategiene er knyttet opp mot henholdsvis 5 og 6 strategiske satsningsområder med tilhørende innsatsområder og målsettinger. Innholdet i satsningsområdene er også i stor grad overlappende, men det norske målet om nasjonal styring finner man ikke igjen i den danske strategien.

Den engelske strategien er bygget opp på tilsvarende måte som den norske og danske. Denne skiller seg imidlertid fra de øvrige med et tydeligere omtale av innovasjon og at andre aktører enn offentlige skal bidra til å utvikle tjenester og strukturer på e-helseområdet.

Videre skiller den svenske strategien seg ut ved å være mer overordnet og mindre operativ enn de øvrige. Strategien fokuserer på den overordnede målsettingen for e-helsearbeidet og lister opp tre satsningsområder, men har ikke en operasjonalisering av disse i mål og innsatsområder på samme måte som de andre landenes strategier.

Den norske og finske strategien skiller seg ut med omtale om nasjonal styring av og i e-helsearbeidet. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom at det siste satsningsområdet i den norske strategien nettopp er nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne. Den finske strategien dekker den samme tematikken gjennom satsningsområdet nr. fem, styring og koordinering av nasjonalt arbeid for informasjonsforvaltning. Dette finner vi ikke på tilsvarende måte i de andre strategiene. Samtidig nevner alle landene behovet for at nasjonale myndigheter involveres i arbeidet og legger rammer for felles strukturer og standarder. Det er dermed enighet om at staten har en sentral rolle i digitaliseringsarbeidet, avviket mellom strategiene er tilknyttet direkte omtale av nasjonal styring på e-helseområdet.

Den engelske strategien er mer eksplisitt på at den nasjonale aktøren National Health Service Digital skal sammenstille og tilgjengeliggjøre helsedata av høy kvalitet slik at *andre aktører* kan (videre)utvikle den digitale satsingen på e-helseområdet.

eHealth Network

Innen EU og EØS samarbeidet er det sentrale legale rammeverket for e-helse pasientrettighetsdirektivet². Direktivet åpner for at EU og EØS borgere kan søke helsehjelp i andre medlemsstater. Implementering av direktivet medfører behovet for IKT-løsninger som kan sikre at relevant helseinformasjon følger pasienten, og at behandlere kan utveksle informasjon og kommunisere på tvers av landegrensene.

I kjølvannet av implementeringen av pasientrettighetsdirektivet opprettet Europakommisjonen et politisk organ for e-helse – «eHealth Network» – som samler myndighetsrepresentanter fra medlemslandene for å sikre helhet og sammenheng i landenes utvikling av e-helse. eHealth Network har som mål å arbeide for bærekraftige økonomiske og sosiale gevinster i og effekter av Europeiske e-helsesystemer, -tjenester og interoperable applikasjoner. Nettverket skal styrke kontinuitet i omsorg på tvers av landegrensene, og sikre innbyggerne tilgang på kompetent helsepersonell. Nettverket skal utarbeide retningslinjer for 1) en ikke uttømmende liste over data som inkluderes i patient summary³, som kan deles mellom helsepersonell og muliggjøre kontinuitet i omsorg og pasientsikkerhet på tvers av landegrensene, 2) effektive metoder for å muliggjøre bruk av helsedata til fordel for folkehelsen, 3) støtte medlemslandene i utvikling av felles identifisering og autentiseringsløsninger for å forenkle overføring av data på tvers av landegrensene.

eHealth Network lanserte i 2018 ett fireårig arbeidsprogram for e-helse. Programmet identifiserte fire hovedområder som er spesielt relevante for pågående og fremtidig politikkutforming på e-helseområdet. De fire områdene er: a) Styrke og bemyndiggjøre mennesker; b) Innovativ bruk av helsedata; c) Forbedret kontinuitet i helsetjenestene; d) Overkomme utfordringer ved implementering.

4.3.1 Den norske e-helsestrategien sammenlignet med andre lands strategier

Den norske strategien ser ut til å være oppdatert og relevant med det som er utfordringer og tiltak i andre sammenlignbare land. Eksempelvis viser gjennomgangen av de nasjonale e-helsestrategiene for de øvrige landene at alle har områder som helt eller delvis svarer til det norske satsingsområdet om digitalisering av arbeidsprosesser. Alle landene har også implementert løsninger for EPJ i forskjellig skala.

² Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32011L0024>

³ <http://www.estandards-project.eu/index.cfm/download/patient-summary/>

Ingen av landene som inngår i kartleggingen har digitalisering av legemiddelkjeden som et eget innsatsområde på tilsvarende måte som den norske strategien. Både den svenske og danske strategien nevner imidlertid at det skal igangsettes tiltak innenfor dette området. I handlingsplanen tilhørende den svenske e-helsestrategien, vises det til at det skal «etableres et system for regelverk som øker sikkerheten i håndteringen av legemidler». I den danske strategien fremkommer det under strategiområde 3, forebygging, at det skal «gjøres innkjøp av et beslutningsstøttesystem for medisinordinasjon og etableres et sentralt CAVE register» for å minske feilmedisinering i sektoren.

Spesielt relevant for strategiområdet digitalisering av arbeidsprosesser er ehealth Network fireårige arbeidsprogram for e-helse og arbeidsprogrammets tredje hovedområde "forbedret kontinuitet i helsetjenester." Her omtales blant annet det pågående initiativet Cross Border eHealth Information Services (CBeHIS). Å etablere CBeHIS er krevende, og forutsetter arbeid med juridiske avtaler, enhetlige og effektive kommunikasjonskanaler, endringsledelse, definerte prosedyrer for styring av IT-tjenester og overvåkning, implementering, drift og gevinstrealisering.

Det andre satsningsområdet i den norske strategien handler om å bedre sammenheng i pasientforløp. Ingen av de andre landene har på tilsvarende måte som den norske strategien bedre sammenheng i pasientforløp som et eget satsningsområde. I de ulike nasjonale plandokumentene og strategiene for helsetjenestene og e-helseområdet, fremkommer det imidlertid at dette for mange land ses på som en overordnet målsetting med arbeidet. Tydeligst kommer dette frem i den nye helsereformen i Danmark, «Det nære sundhedsvesen», hvor bedre sammenheng i pasientforløp er et av fire sentrale satsningsområder.

Det tredje satsningsområdet i e-helsestrategien er bedre bruk av helsedata hvor målsettingen for dette området er at det skal bli lettere å få tilgang til og øke utnyttelsen av helsedata. Bedre bruk av helsedata er et av områdene fra den norske strategien som i størst grad sammenfaller med strategiene i de andre landene. Alle landene, som inngår i kartleggingen, har strategier som omtaler bedre og mer bruk, både primær- og sekundærbruk, som en målsetting for e-helsearbeidet i årene fremover. Målsettingen om, og aktiviteter knyttet til bedre bruk av helsedata, fremkommer innenfor flere satsingsområder i strategien til landene som inngår i kartleggingen.

Målsettingene som fremkommer i og under det norske satsningsområdet om helsehjelp på nye måter, er i mange tilfeller overlappende med målsettinger og tiltak i de andre landene. Dette er også et av områdene hvor strategiene til landene som inngår i kartleggingen har mange likehetstrekk. I EUs arbeidsprogram er det første området styrke og myndiggjøre slik at innbyggerne kan ta en aktiv rolle i ivaretagelsen av egen helse. Alle landene som inngår i kartleggingen av e-helse strategier i andre land har målsettinger og aktiviteter knyttet til utvikling og forbedring av grunnmur for digitale tjenester i sine strategier. Dette er det området hvor de nasjonale strategiene sammenfaller i størst grad.

Det gjøres mye arbeid på standardisering i EU. Dette er omtalt i avsnittene [«Bedre sammenheng i pasientforløp i internasjonale organisasjoner»](#) og [«Det europeiske rammeverket for interoperabilitet»](#). Nordisk ministerråd har fokus på standardisering.

Standardisering er hovedtema i Nordisk Ministerråd's e-helse gruppe arbeidsplan for perioden 2019 – 2021.

Landene som er inkludert i kartleggingen har i varierende grad omtalt nasjonal styring av e-helsearbeidet i sine strategidokumenter. I alle e-helsestrategiene nevnes behovet for at sentrale, nasjonale aktører er involvert når det gjelder å utvikle standarder og felles begrepsbruk. Derimot varierer det i hvilken grad dette er eksplisitt fremhevet som en egen målsetting på samme måte som i den norske strategien. Av landene som inngår i undersøkelsen er det bare Finland som har dette som et eget satsningsområde på lik linje som i den norske.

5 Regionale helseforetaks strategier

Ved å følge med på den strategiske utviklingen i de regionale helseforetakene blir det mulig å vurdere i hvilken grad aktørenes e-helse strategier er avstemt med satsningsområder og tiltak i den Nasjonale e-helsestrategien. Det blir videre mulig å identifisere strategiske interesseområder blant aktørene som bør innlemmes i den Nasjonale e-helsestrategien som del av revisjon.

Målet er å bidra til at Nasjonal e-helsestrategi står i forhold til de overordnede strategiene for helse- og omsorgssektoren, og samtidig etterse at aktørene på hvert sitt vis bidrar til å følge opp felles tilsluttede målsettinger og satsningsområder beskrevet i Nasjonal e-helsestrategi.

5.1 Felles grensesnitt mot de nasjonale løsningene

Foretaksmøtene i januar 2019 ba de fire regionale helseforetakene om å innen 1.oktober levere en felles beskrivelse av tiltak knyttet til etablering av felles grensesnitt mot nasjonale tjenester og en felles tilnærming til arbeidet med overgang til strukturert journal. Tre av regionene, Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF, har i 2017 og 2018 sammen fått i oppgave å utarbeide "Felles plan for neste generasjon PAS/EPJ". I 2019 er oppdraget utvidet til også å inkludere Helse Midt-Norge RHF. Dette oppfattes som en positiv utvikling i det interregionale samarbeidet om realisering av «Én innbygger – én journal». De fire regionale helseforetakene har relativt sett likt utgangspunkt, samsvarende behov og felles planer for grensesnitt mot nasjonale løsninger. Når det gjelder planer for arbeid med strukturering av journal er utgangspunktene, status og planer noe ulikt mellom Helse Midt-Norge RHF og de tre andre regionale helseforetakene.

5.2 Planer for arbeid med strukturering av journalområdet

Helse Midt-Norge har valgt EPIC med underliggende leverandøravhengige modeller. Helseplattformen (EPIC) er en strukturert konfigurert strukturert journalløsning. I denne løsningen kan kunden selv, i stor grad, definere hvilke data som skal registreres og kodes. Videre vil data kunne gjenbrukes i beslutningsstøtte, kunnskapsutvikling, rapporter, API og

datauttrekk. Helse Midt- Norge, standardiserer gjennom Helseplattformen klinisk praksis i de enkelte pasientforløp og i arbeidsprosesser.

De øvrige helseregionene arbeider med EPJ/PAS med et åpent plattformbasert sentralt kjernesystem (DIPS) og kurveløsning. Både kurve-,laboratorie-, røntgen- og medikasjonsløsningene er leverandøravhengige. Kjernesystemet for pasientadministrativt og klinisk informasjon er leverandøruavhengige informasjonsmodeller. DIPS ARENA er basert på den internasjonale standarden OpenEHR. Helseregionene søker å ta eierskap til de kliniske informasjonsmodellene som benyttes i løsningen og gjennom nasjonalt og internasjonalt standardiseringsarbeid i OpenEHR.

Det er tett dialog mellom DIPS og de tre regionale helseforetakene. Spesielt har det vært dialog om utfordringer knyttet til ytelse og stabilitet i DIPS arena. I juni 2019 samlet regionene seg om et forslag til et utvalg av funksjonalitet/tema og etablering av interregionale "faggrupper". Faggruppene skal ha dialog med DIPS om prioriteringer av ulike utviklingsoppgaver og føringer fra regionene om best mulig tilrettelegging for elektroniske samarbeidsmåter.

5.3 RHFenes digitale tilbud via Helsenorge.no i perioden 2020-2023

RHF-ene har realisert ulike deler av digitale tilbud gjennom Helsenorge-plattformen. Helsenorge.no skisserte helseregionenes digitale tilbud og status ved utgangen av 2019 og anbefalte endringer for 2020- 2023 per RHF. Oversikten viser at det er litt ulik tilnærming og fremdrift per Helseregion for implementering av de nye digitale tjenestene og verktøyene. Dette gjenspeiler seg i den eksisterende produktstrategien og målbildet for Helsenorge.no. Denne oversikten er presentert i figur under.

Helseforetakenes digitale tilbud via Helsenorge ved utgangen av 2019 og anbefalt endring fra 2020-2023 innebærer følgende for hver RHF:

Digital samhandling med pasienter	År	Helse Midt RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF
Innsyn i pasientjournal og tilgangsløgg	2019	Ikke etablert	I bruk ved alle HF (untatt 12-16 år)	I bruk ved alle HF (untatt 0-16 år)	I bruk ved alle HF (untatt 12-16 år)
	2020-2023	Etableres i 2020 fra eksisterende journal *Krever små investeringer som utfases, bør prioriteres av hensyn til pasienter	Utvides til alle aldergrupper	Utvides til alle aldergrupper	Utvides til alle aldergrupper
Henvisningsstatus	2019	Ikke etablert	Ja, ved alle HF	Ikke etablert	Ja, ved alle HF
	2020-2023	Integrasjon etableres i Helseplattformen	Ingen endring	Etableres for alle HF	Ingen endring
Helsekontakt	2019	Ikke etablert	Ikke etablert	Ikke etablert	Kontaktinformasjon kontaktleger og forløpskoordinator kreft
	2020-2023	Integrasjon etableres i Helseplattformen	Etableres for alle HF	Etableres for alle HF	Flere tilbyr dialog
Timeadministrasjon		Vise timer og varsle om timer	Vise timer	NA	Vise timer
Timebestilling/timeendring					I bruk i utvalgte avdelinger
Dialog vedrørende time		Dialog for å endre time	Dialog for å endre time	Dialog for å endre time	Dialog for å endre time
Innkallingsbrev		NA	Via innsyn	Utsending av innkallingsbrev inkl. videreform. til DPI	Utsending av innkallingsbrev
Dialog med behandler		NA	NA	NA	I bruk ved utvalgte

5.4 Nasjonal e-helseportefølje

De regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse er ansvarlig for majoriteten av prosjektene i porteføljen. Nedenfor vises en oversikt over programmer og prosjekter ved de regionale RHF.

Helse Nord RHF	1 program: FRESK 2 prosjekter: Digitale pasienttjenester og Robust Mobilt Helsenett
Helse Midt-Norge RHF	1 program: Helseplattformen 4 prosjekter: SAFEST realisering, HMN lab, Innføring i Digital Patologi og PKI infrastruktur løsning
Helse Vest RHF	2 program: HELIKS og Alle Møter 3 prosjekter: Digital patologi, interregional patologi, DIS
Helse Sør Øst RHF	8 prosjekter: Klinisk legemiddelbehandling, Regional EPJ Journalinnsyn, Regionalt laboratoriesystem, Regionalt EPJ Modernisering, Regional ambulansjournal, Kjernejournal dokumentdeling, Medikamentell kreftbehandling og Regional kurve og medikasjon

5.5 Pasientens helsetjeneste

Alle fire regionene har visjonen om pasientens helsetjeneste som rettesnor. Hovedfokusområder er noe ulikt i de fire regionene. De fire helseregionene har flere tema i strategien som gjenspeiler Nasjonal helse- og sykehusplan. I april 2019 gjennomførte HOD et fellesmøte med de fire RHF-ene og Direktoratet for e-helse for å få et tydelig svar på hvilke digitaliseringstiltak som er nødvendige for å realisere målbildet i NHSP. RHF-ene leverte i mai 2019 forslag til konkrete tiltak på områdene:

1. Flytte tjenester nærmere pasienten.
2. Skape verdi gjennom å dele og behandle store mengder data på nye måter (kunstig intelligens).
3. Avklare hvilke digitaliseringstiltak som må gjennomføres for å realisere målbildet i planperioden 2020-2023.
4. Veien mot det langsiktige målbilde for En innbygger, en journal.

Tiltakene er sortert under tre områder; nasjonalt, felles regionalt og regionalt. Mange av innspillene er generelle og dekker nasjonale behov, som bedre samhandling mellom omsorgsnivåene, psykisk helse og avstandsoppfølging. RHFene peker på behov for å benytte og videreutvikle nasjonale løsninger på Helsenorge, e-resept og Kjernejournal, i tillegg til nasjonal satsning på Felles grunnmur. RHF-ene samhandler også på tvers av regionene som eksempelvis innenfor Digital patologi og integrasjon av videoløsninger i DIPS.

5.6 Helse Nord RHF strategi

Pasienter i Helse Nord RHF skal bli møtt med rett kompetanse, til rett tid, og foretrekke undersøkelse og behandling i Helse Nord. Helse Nord velger samarbeid mellom enheter og nivåer som hovedstrategi. De vil gi flere tilgang til spesialisthelsetjenester nærmere hjemmet ved bruk av ambulerende spesialister og gjennom telemedisinske tjenester.

- Organisere og samordne elektiv virksomhet slik at den samlede ressursutnyttelse og prioritering blir bedre
- Utdanne og rekruttere nok helsepersonell til å dekke landsdelens behov
- Videreutvikle desentraliserte utdanningsmodeller og legge til rette for IKT-baserte undervisnings- veilednings- og oppdateringsformer
- Etablere strategiske og operative samhandlingsarenaer mellom første- og andrelinjen
- Etablere faglige nettverk mellom personell fra første- og andrelinjen
- Legge til rette for samarbeid med førstelinjen om utvidede sykestuefunksjoner
- Generelt samarbeid om prosjektrettet utviklingsarbeid mellom nivåene med sikte på implementering av løsninger som er til felles beste
- Helse Nord skal bli ledende i landet på å ta i bruk informasjonsteknologi som verktøy for å bedre tilgjengelighet og arbeidsflyt, samarbeid og effektivitet
- Ta et betydelig medansvar for å kople sammen primærhelsetjenesten og de privatpraktiserende spesialister med helseforetakene gjennom Nordnorsk helsenett

Helse Nord's regionale styringsmål støtter opp under de nasjonale, og til sammen bidrar styringsmålene til ønsket utvikling av helsetjenesten. Helse Nord's regionale styringsmål er:

1. Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.
2. Sikre god pasient- og brukermedvirkning.
3. Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell.
4. Innfri de økonomiske mål i perioden.
5. Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp.

Samhandling er et gjennomgående tema som må prege utvikling av spesialisthelsetjenesten de neste årene, skal kvaliteten på tilbudet og en effektiv ressursbruk sikres. I Regional utviklingsplan 2035 for Helse Nord RHF foreslås det at det skal lages avtaler med kommunene om tilbudet til de som trenger og bruker spesialisthelsetjenesten mest: skrøpelige eldre pasienter, syke med livslange plager og pasienter med et langvarig hjelpebehov. Dette er pasienter som karakteriseres ved tre til fire hoveddiagnoser, mange kontakter med sykehus, flere reinnleggelser og høy ressursbruk.

Både pasientsentrerte helseteam (PHST) og integrerte tjenester er nevnt i strategiplanen til Helse Nord. Dette er virkemidler som kan styrke helse- og omsorgstjenestene for pasienter

med sammensatte og kroniske sykdommer. PHST er tverrfaglige team på tvers av sykehus og kommune. Teamene skal bidra til tidlig vurdering og diagnostikk hos hjemmeboende, tidlig støttet utskrivning og oppfølging av pasienter etter en sykehusinnleggelse. Pasient og pårørende involveres aktivt i planleggingen gjennom hele sykdomsforløpet. Metoden tar utgangspunkt i tre hovedkomponenter som har sitt utspring i Chronic Care Model (CCM): Helsetjenesten skal være personsentrert, helhetlig og proaktiv.

Integrerte helse – og omsorgstjenester kan eksempelvis gjennomføres på ulike måter. Det kan skje på individnivå ved hjelp av pasientkoordinatorer, det kan skje som oppfølging av grupper, det kan være basert på diagnoser (store sykdomsgrupper som astma, KOLS, hjertesvikt m. m.) eller hele befolkningsgrupper. Både PHST og integrerte helse- og omsorgstjenester blir benyttet ved Helse Nord RHF og Helse Sør-øst RHF, og internasjonalt (Spania, USA og Danmark).

Helse Nord viser også til Nasjonal Helse- og Sykehusplan gjennom fokus på personaltilpasset medisin og pasientens legemiddelliste. Persontilpasset medisin er ventet å tas i bruk i stadig større deler av helsetjenesten i planperioden. Det vil innebære framskritt fordi pasientene mottar behandling som med større grad av sikkerhet vil gi behandlingseffekt hos den enkelte, og man unngår behandling som gir mer skade enn nytte. Optimalisering av pasientens legemiddelbruk ved å ta i bruk pasientens egne ressurser og ved å tilpasse dosering og administrering ut fra pasientspesifikke data, vil virke positivt på riktig bruk av legemidler og redusere kostnader per pasient.

5.7 Helse Midt- Norge RHF strategi

I strategi 2030 utfordres alle som jobber i Helse Midt-Norge. En fremragende helsetjeneste krever endringer og en må gripe mulighetene som ny kunnskap og teknologi gir. Et godt helsetilbud for innbyggerne i verdens rikeste land blir bedre hvis en spiller på lag samtidig som en ivaretar det globale perspektivet.

Helse Midt-Norge RHF peker på fire hovedstrategier gjennom ambisjonen om å skape den fremragende helsetjenesten:

1. Vi skaper pasientens helsetjeneste

Vi vil satse på en populasjonsbasert tilnærming til behandling, der vi møter ulike pasientgrupper med ulike strategier. Vi vil skape helhetlige forløp for pasientene på tvers av enheter og nivåer i helsetjenesten. Vi vil styrke pasient- og pårørendeopplæringen, og legge til rette for god pasientmedvirkning og valgfrihet.

2. Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for bedre helse

Vi vil jobbe aktivt for å redusere uønsket variasjon i helsetjenesten. Vi vil styrke forskning og innovasjon. Vi skal digitalisere helsetjenesten, med Helseplattformen som den største satsingen for hele regionen. Standardisering av blant annet arbeidsmåter, prosesser og utstyr er et av de viktigste virkemidlene for å få til dette.

3. Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell

Vi vil styrke strategisk kompetanseplanlegging for å løse framtidens behov for bemanning og kompetanse. Vi skal bli bedre på ledelse for å utvikle og styrke evnen til endring. Vi skal utdanne, og samarbeide med andre som utdanner, det personellet som trengs for å fylle hele helsetjenestens behov i regionen.

4. Vi er gode lagspillere

Vi skal videreutvikle virksomheten og forbedre arbeidsfordelingen innad i helseforetakene og mellom helseforetak i regionen. Vi skal bli bedre på samhandling med kommunene, og samarbeide om folkehelse, forebygging og rehabilitering. Vi skal integrere private helsetjenesteleverandører sterkere i det helhetlige helsetilbudet til befolkningen og sørge for å utnytte den ressursen de utgjør effektivt.

Målsetting med Helseplattformen

Tjenestene skal hjelpe innbyggerne til å leve selvstendig i sine egne hjem, og dermed redusere behovet for kommunale og statlige institusjoner. Dette innebærer å utvikle generiske behandlingsforløp som er basert på innbyggerens funksjonsnivå, tidlig innsats og hverdagsmestring.

Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet:

Helseplattformen skal være et regionalt utprøvningsprogram for det anbefalte nasjonale målbildet i «Én innbygger – én journal» - et mulig startpunkt for en felles nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste

Hvilken verdi skal Helseplattformen gi oss

1. Høyere behandlingskvalitet og færre pasientskader
2. Tilgang til kontinuerlig oppdatert klinisk kunnskap basert på beste praksis
3. Innbyggerne i Midt-Norge får enkel tilgang til egen journal og større mulighet til å påvirke eget behandlingsforløp
4. Bedre samhandling i og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
5. Bedre data- og informasjonsgrunnlag for forskning og innovasjon
6. Økt effektivitet og bedre ressursbruk
7. Bedre styringsinformasjon som grunnlag for kvalitets- og forbedringsarbeid i daglig drift
8. Redusert tidsbruk på dokumentasjon og leting etter helseopplysninger
9. Tilfredsstillende nasjonale krav og standarder

5.8 Helse Vest RHF strategi

Helse Vest RHF fremhever betydningen av helhetlige pasientforløp gjennom å styrke pasientens helsetjeneste. Pasientene skal bidra mer aktivt enn før, og selvbetjening, egenrapportering, automatisering, virtuelle tjenester og robotisering av arbeidsprosesser skal være regelen heller enn unntaket. Mer kunnskap om teknologi og innovasjon, og en kombinasjon av økt spesialisering og tverrfaglig kompetanse, må på plass.

Helse 2035 – Hovedsatsningsområder

Helse Vest skiller mellom 12 hovedtema med underliggende tiltaksområder. De 12 hovedtema fremhever betydningen av en økosystemtankegang hvor vestlandspasientens fremtidige helsetjeneste står i sentrum. I tillegg vektlegges ett helsevesen, utvikling av helsetjenestene og organisatoriske forutsetninger som medarbeiderutvikling, ledelse og organisasjon. I strategien er det lagt særlig vekt på de områdene som er omfattet av de viktigste endringene framover. Den er derfor bygd opp rundt utvalgte tema:

- Kvalitet og pasienttrygghet
- Kommunikasjon og prioritering
- Pasienter med flere sykdommer
- Standardiserte pasientforløp
- Et enhetlig helsevesen
- Strategisk samspill med de private
- Økt verdiskaping
- Spesialisthelsetjenester utenfor sjukehus
- Forsking, innovasjon og teknologi
- Medarbeidere
- Ledelse
- Struktur og organisering

Sammenheng med andre styringsverktøy i Helse Vest RHF

Det som skiller Helse Vest RHF fra øvrige regionale helseforetak, er at Helse Vest fremhever betydningen av i større grad å ha et strategisk samarbeid med de private aktørene i regionen. Det vises til at de private aktørene er et viktig supplement til det offentlige helse- og omsorgstilbudet. I tillegg vektlegges det at dette samarbeidet vil kunne bidra til mangfold, tilgjengelighet, innovasjon, effektivisering, konkurranse, sammenligning og læring. Forutsetningen for å bruke private aktører er at innbyggerne som tilhører Helse Vest skal få best mulige tjenester med de ressursene en har tilgjengelig. Dette er også i tråd med Helsenæringsmeldingen som ble lansert i 2019. Profesjonalisering av partnerskapsamarbeid og nye roller mellom akademia, helsesektoren og næringslivet er en tydelig trend.

5.9 Helse Sør- Øst RHF strategi

Regional utviklingsplan 2035 skal ligge til grunn for utviklingen i Helse Sør-Øst RHF frem mot 2035 og har som mål å fremme:

1. Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester

Bedre helse i befolkningen er en ny målsetting. Forebyggende helsearbeid har blitt vurdert som kommunenes oppgave. Det er på tide å endre tankesett. Alle aktører i og utenfor helsetjenesten har en rolle i å tenke befolkningens helse. Spesialisthelsetjenesten skal ta en mer aktiv rolle, sammen med de andre.

2. Kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukererfaringer

Kvalitet i pasientbehandlingen er en selvfølge. Kvalitet kan alltid bli bedre. Dårlig kvalitet kan bli god og god kvalitet kan bli bedre. Alle brukererfaringer er viktige å ta med i kvalitetsarbeidet. Satsingsområdene peker på noen viktige tiltak som kommer i tillegg til det arbeidet som allerede gjøres.

3. Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling

Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling er en anerkjennelse av det arbeidet de ansatte i helsetjenesten gjør i dag. Det handler ikke lenger

om å løpe fortere, men om å arbeide annerledes og utvikle kompetanse i tråd med nye utfordringer.

4. Bærekraftige helsetjenester for samfunnet

Bærekraftig helsetjenester handler om to ting. Vi må ha nok fagfolk, godt utstyr og gode sykehus. Og samfunnet må ha evne til å bære det økonomisk. Og så er det en utfordring for alle uansett utdanning og arbeidssted å se sitt bidrag inn i en sammenhengende helsetjeneste for pasientene.

Helse Sør-Øst RHF vil prioritere fem satsingsområder i planperioden:

1. Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
2. Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester
3. Redusere uønsket variasjon
4. Mer tid til pasientrettet arbeid
5. Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

Helse Sør-Øst setter betydningen av forebygging i gjeldende strategiplan gjennom at «pasientens ansvar for eget liv og helse skal vektlegges gjennom hele behandlingsforløpet, spesielt i forhold til forebygging, mestring og livskvalitet». En del av strategien har vært «økt fokus og god samhandling om forebygging av sykdom og skader i befolkningen» med «gode systemer for kunnskapsoverføring mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten». Eksempelvis er dødeligheten for kreft redusert med rundt 16 prosent, til tross for at flere rammes av kreft.

I helseforetakenes utviklingsplaner har forebygging fått en noe beskjeden omtale. Imidlertid har både Helse Sør- øst og Helse Vest satt temaet på agenda. I den nasjonale e-helsestrategien er ikke tema forebygging blitt fremhevet som et sentralt tema.

I strategiplanen 2035 vises også til viktigheten av helse og arbeid. Helse og arbeid betyr at behandlingstilbudene som gis har et tydelig mål om at pasientene skal komme tilbake til/beholde arbeidet sitt, det vil si at både helse og arbeid er et mål. Helse- og omsorgstjenesten har liten tradisjon for å være opptatt av deltakelse i arbeidslivet. Regelen har vært at man tenker sekvensielt: arbeid blir et mulig tema når behandling er slutført og en annen instans overtar stafettspinnen. I forslag til statsbudsjett for budsjettåret 2019 for Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet fremgår det at målsettingen er at deltakelse i arbeid skal være en del av behandlingsopplegget når kunnskapsgrunnlaget tilsier at dette vil gi positiv helsegevinst.

5.9.1 Oppsummering

For å realisere "en innbygger – en journal" er det viktig at RHF-ene legger til rette for deling av dokumenter og data mellom de ulike virksomhetene innenfor helse- og omsorgssektoren. Etablering av et Felles språk vil være et viktig virkemiddel for at en strukturert journal kan gjenbruke og dele data innenfor de områdene en velger å strukturere. Det er også behov for en styrking av arbeidet med å etablere en felles identitets- og tilgangsstyring innen data – og

dokumentdeling. Dette vil igjen bidra til effektiv samhandling, bedre styring, økt kvalitet, forskning og innovasjon mellom de ulike aktørene innenfor helse- og omsorgstjenesten. Helseplattformen vil være den første løsningen som tar i bruk SNOMED CT i Norge.

Direktoratet for e-helse vil anbefale at det utarbeides en felles strategi for innføring for strukturert journal. Strategien bør ses i sammenheng med arbeidet med tiltak knyttet til helhetlig samhandling, og beslutning av Akson. De tre regionene som bruker DIPS bør beskrive hvordan de skal organisere og formalisere samarbeidet rundt det å utvikle en enhetlig strukturert journal i DIPS Arena. Det er her spesielt viktig å få på plass gode mekanismer som sikrer at utviklingen av strukturert journal i DIPS Arena ikke divergerer, slik at det ikke ender opp med tre variasjoner av samme løsning. I tillegg bør RHF-ene beskrive hvordan arbeidet med å utvikle strukturert journal skal koordineres mellom Helseplattformen og de tre regionene som bruker DIPS Arena.

RHF-ene skal arbeide med et systematisk og målrettet arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til beste for pasientene. Dette skal være målet for virksomhetenes arbeid. Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring skal operasjonaliseres og gjennomføres lokalt, og i samarbeid med andre regioner og nasjonale aktører. Dette temaet behandles av den Nasjonale e-helsestrategien under innsatsområde 6.3, styrke arbeidet med beredskap, informasjonssikkerhet og personvern. Større åpenhet om kunnskap, resultater og erfaringer er et mål og grunnleggende i forbedringsarbeidet og som bidrag til å redusere uønsket variasjon. Kvalitetsmålinger, uønskede hendelser, kvalitetsregistre, forskningsbasert kunnskap og pasient- og pårørendeerfaringer må brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet, og i systematisk forbedringsarbeid. Risikovurdering av pasientsikkerhet må inngå i planlegging, gjennomføring og evaluering av alle tiltak innad og på tvers av tjenestenivå.

Det arbeides også kontinuerlig i EU med deling av pasientinformasjon og data på tvers av landegrensene, i hovedsak pasientjournal og e-resept. De fire regionale helseforetakene bør også nyttiggjøre seg det arbeidet som gjøres internasjonalt innen EU /EØS på e-helseområdet og strukturert journal. Begge de internasjonale standardene, International Patient Summary (IPS) og EHR exchange Format (EHRxF), har potensialet for å redusere ressursbruk og kostnader i Norge, i tillegg til forenkling av datadeling med øvrige europeiske land.

6 Innsatsområde 1 – Digitalisering av arbeidsprosesser

Pasientens helsetjeneste innebærer at tjenestene er koordinerte, helhetlige og sammenhengende på tvers av nivå. Dette vil innebære både store organisatoriske og teknologiske endringer. Over halvparten av midlene i porteføljen går til realisering av det strategiske satsningsområdet Digitalisering av arbeidsprosesser. Målet om én gjennomgående og modernisert journalløsning for hele helsetjenesten er den viktigste driveren for dette området. Direktoratet for e-helses forprosjekt Akson, Helseplattformen i Helse Midt Norge og RHF-enes prosjekter knyttet til oppgradering til DIPS Arena ved prosjektet Heliks i Helse Vest, FRESK i Helse Nord-Norge og Regional EPJ modernisering i Helse Sør-Øst

representerer viktige strategiske prosjekter. Direktoratet har levert sentralt styringsdokument for Akson til Helse- og omsorgsdepartementet (mars 2020).

Initiativ innenfor dette området fortsetter arbeidet mot de strategiske målene. Det er ikke funn i kunnskapsgrunnlaget som utfordrer disse målene. Nedenfor gis et kort bilde av innsatsen på dette området.

6.1 Innsatsområde 1.1: Moderne journal- og samhandlingsløsninger

Modernisering av EPJ

Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord arbeider med regional standardisering og videreutvikling av de kliniske kjerneløsningene. Utprøving av en teknisk modernisert versjon av deres felles pasientjournalssystem (DIPS Arena) er et sentralt tiltak, som breddes i perioden fra 2020 til 2022. Gevinstområdene inkluderer bedret pasientsikkerhet, bedre arbeidsprosesser og støtte for strukturert journal. I tillegg oppnås drift og forvaltning av regionale løsninger med økt standardisering, felles regional opplæring, felles regional forvaltning og felles regionale prosjekt.

I Midt-Norge innfører ny felles pasientjournal for sykehus og kommuner i hele regionen (Helseplattformen). Journalen skal følge pasienten i alle møter med helsetjenesten. Det er første gang det etableres en felles løsning for kommune- og spesialisthelsetjeneste, fastleger og avtalespesialister i Norge. Gjennom Helseplattformen er Midt-Norge utprøvsregion for det nasjonale målbildet «Én innbygger - én journal». Planen er å være i drift med Helseplattformen på St. Olavs hospital, i Trondheim kommune og på to fastlegekontorer i slutten av 2021.

Det er et mål å få på plass gode systemer i kommunehelsesektoren utenfor Midt-Norge som er omforente og har en god samhandling med spesialisthelsetjenesten. Informasjonen skal kunne følge pasienten og tilgjengeliggjøres for behandler, uavhengig av hvilke behandlingsnivå pasienten befinner seg på. Innbyggere skal få kommunale helse- og omsorgstjenester av høyere kvalitet og økt pasientsikkerhet, mens helse- og omsorgstjenesten skal få mer effektiv ressursbruk.

Utvikling på området

Forventingene knyttet til økt samhandling, også med pasienter og pårørende, gjennom Helsefelleskap og konseptet «Det utadvendte sykehus»⁴ bygger opp under viktigheten av samhandlingsløsningen foreslått i Akson. Det er viktig at prosjektet bygger inn nok kapasitet til å imøtekomme forventningene til økt samhandling og fleksibilitet med tanke på potensielt nye måter å samhandle på som kan komme i kjølvannet av dette organisatoriske grepet.

⁴ Helse- og omsorgsdepartementet 2019, Meld. St. 7 (2019-2020) – Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023

Akson-prosjektet skal utrede både en felles journalløsning for kommunene utenfor Midt-Norge, og løsninger som skal gi bedre samhandling i hele helse- og omsorgstjenesten. Sykehus og kommuner i vest, nord og sør-øst må i påvente av ny kommunal journal og nye samhandlingsløsninger forbedre samhandlingen gjennom videreutvikling av de digitale samhandlingsløsningene som finnes i dag, herunder meldingsutveksling og bruk av kjernejournal. Videreutvikling og innføring av mange nasjonale felleskomponenter, standarder og e-helseløsninger vil i tillegg uansett være nødvendige forutsetninger for å kunne realisere Akson. Dette arbeidet må derfor fortsette de nærmeste årene.

Beslutninger om investeringer i samhandlingsløsninger på kort sikt og lengre sikt bør så langt som mulig være konsistente med hverandre, slik at risikoen for feilinvesteringer reduseres. Utvikling av samhandlingsløsningene, både dagens og fremtidige, krever at nødvendige felleskomponenter og regelverk videreutvikles i de kommende årene. De regionale helseforetakene må samordne sitt moderniseringsarbeid mer enn i dag og digitaliseringsarbeidet i kommunene må styrkes. Funn fra Rapport "E- helse i kommunene – en kunnskapsoversikt" viser at samordning og samarbeid på tvers av tjenesteområder, kommuner og forvaltningsnivåer er kritiske faktorer for å få til digitalisering av helse og omsorg. På tross av dette gir strategidokumentene i kommuner ofte få konkrete svar på hvordan kommunene i praksis skal lykkes med samarbeid på tvers. Det finnes i dag heller ingen samlet oversikt over interkommunalt samarbeid. En slik oppdatert oversikt kunne gi oppdaterte kontaktpunkter som statlige virksomheter og andre aktører kan bruke dersom de ønsker å hente erfaring fra IT-utvikling/digitaliseringstiltak i kommunene generelt og digitaliseringstiltak i helse- og omsorgssektoren spesielt, samt gi konkret støtte og oppfølging rettet mot kommunene. Øvrige funn i rapporten indikerer at ansvaret for digitale løsninger ligger i en teknisk tjeneste og at koblingen til den utøvende tjenesten ikke er veldig sterk. De fleste rapporter omhandler nettopp enkeltprodukter eller pakker av ulike løsninger innen e-helseområdet, mens utvikling for øvrig innen tjenestene omtales i liten grad.

Digitalisering er utløst av teknologi, men handler mest av alt om organisasjonsutvikling og endringer i arbeidsprosesser. Erfaringene fra Helseplattformen i Midt-Norge illustrerer dette. Selv om mye oppmerksomhet i prosjektet er knyttet innføring av selve IKT-systemet, er mye av arbeidet nå knyttet til forbedring av datakvalitet, standardisering av faglig innhold og arbeidsprosesser og utvikling av styringsstruktur.

6.2 Innsatsområde 1.2: Digitalisere legemiddelkjeden innenfor hver virksomhet

Legemiddelområdet har høy prioritet i helse- og omsorgssektoren i Norge. Feilhåndtering eller brukt feil er legemidler er en av de mest komplekse årsaker til pasientskader. Legemiddelområdet er øverste prioriterte innsatsområde av NUIT i 2019, og tilbakemeldingen etter dialogmøtene er at denne prioriteringen står seg også i 2020.

Alle helseregionene har prosjekter for å innføre elektronisk kurve- og medikasjonsløsninger. Dette vil føre til bedre standardisering og færre feil relatert til legemiddelforordning og -administrasjon i sykehus. Samtidig jobbes det med rutiner for forvaltning av grunndataregistre på legemiddelområdet (SAFEST), samt grunndata for å sikre enhetlig bruk av cave på tvers av applikasjoner. Arbeidet skal på sikt bidra til automatisering, forbedring av arbeidsprosesser

og bedre beslutningsstøtte for cave- og interaksjonsvarsler. Elektronisk kurve- og medikasjonsløsninger er planlagt innført på de fleste sykehus innen utgangen av 2022. Helseregionene har valgt ulike leverandører av kurveløsninger. Helse Sør- Øst og Helse Nord har valgt MetaVision, mens Helse Midt – Norge har valgt Epic. Helse Vest har integrert kurveløsning fra Meona.

Prosjekt Kjernejournal innsyn

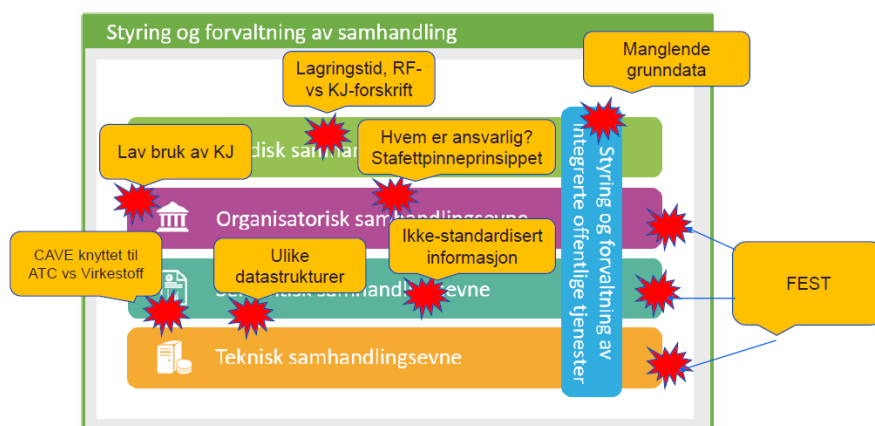
Direktoratet for e-helse (prosjekt Kjernejournal innsyn) samarbeider nå med Helse Sør-Øst som hovedsamarbeidspart, om å etablere en løsning for journaldeling/dokumentinnsyn via kjernejournal. Det er startet aktiviteter for å forberede en utprøving av løsningen. I utprøvingen planlegges i første omgang at epikriser og sammenfatninger fra Oslo universitetssykehus gjøres tilgjengelig via Kjernejournal for et begrenset utvalg brukere/konsumenter fra andre virksomheter i en periode på 2-3 måneder. Det pågår konkret dialog med Oslo Kommune (Kommunalakutt døgnenhet Aker, Oslo kommunale allmennlegevakt), Lovisenberg, Diakonhjemmet, og Akershus universitetssykehus om å identifisere og forberede et antall brukere fra hver av disse. Det pågår også forberedelser med hensyn til risiko- og sårbarhetsanalyser, vurderinger om personvernkonsekvenser, og informasjon til befolkningen.

Utvikling på området

Utfordringsbildet innenfor Legemiddelområdet er både stort og krevende. Meld.St. 10 – God kvalitet – trygge tjenester viser til flere områder som det nå gjøres tiltak på. Både innenfor pasientens legemiddelliste, Beslutningsstøtte, Kurve og SAFEST er det igangsatt tiltak som vil strekke seg utover denne strategiperioden.

Styring og forvaltning av samhandling innen legemiddelområdet

Det foreligger mange brudd i informasjonen ved legemidler. Figuren illustrerer dette i EIF-rammeverket under.⁵



⁵ EU har etablert et rammeverk for interoperabilitet – *European Interoperability Framework* (EIF). Rammeverket viser de ulike dimensjonene som må innarbeides for at en løsning skal være fullt ut interoperable. Herunder teknisk, semantisk, organisatorisk og juridisk standardisering, samt strategi / policyutvikling som en tverrgående aktivitet.

Kurve

Ved grafisk fremstilling av kliniske data benyttes det ulike symbolspråk i de 3 ulike elektroniske kurvesystemene i de fire helseregionene. Økt bruk av symbolspråk i elektroniske kurvesystemer kan medføre utfordringer. Dette viser viktigheten av det er behov for standardisering også innenfor dette området. Helseplattformen vil være den første som tar i bruk SNOMED og første norske utgave av felles og enhetlig helsespråk. Det vil ta tid å innføre SNOMED i alle Helseregionene, og innføringen av SNOMED vil strekke seg utover denne strategiperioden.

SAFEST og FEST

FEST ble utviklet i forbindelse med e-resept for å tilby én kilde til legemiddelinformasjon som understøtter reseptforskrivning. FEST inneholder informasjon om alt som kan forskrives per resept i Norge, og danner datagrunnlag for all elektronisk forskrivning i Norge. Sykehusene har behov for et strukturert datagrunnlag som kan understøtte blant annet forordning internt i sykehus, gjennom elektroniske kurvesystemer. For å imøtekomme spesialisthelsetjenestens behov skal det utvikles en ny tjeneste med strukturert legemiddelinformasjon - SAFEST. Dette vil kunne gi gevinster som færre feilmedisineringer og redusere faren for pasientskader og dødsfall relatert til feilmedisinering. SAFEST og FEST-meldinger må begge eksistere. Om SAFEST skal bli brukt i helsesektoren, må SAFEST videreutvikles og FEST grunndata legges inn i SAFEST. Systemene som benytter FEST må tilpasses for å ta i bruk SAFEST.

Beslutningen om å velge kurveløsningen MetaVision ved Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF gjorde at behovet for strukturert datagrunnlag ble betydelig økt. Da slipper sykehusene manuelle arbeidsprosesser fra FEST, som både er tidskrevende og kan føre til dårligere kvalitet på data. Fastlegene benytter i dag FEST. HF vedlikeholder grunndata som er supplement til FEST regionalt.

Digital beslutningsstøtte

Helseplattformen har anskaffet og jobber med beslutningsstøtte på legemiddelområdet. For å dra nytte av Helseplattformens arbeid nasjonalt, er det behov for etablere og forvalte kunnskapsbaser, tjenester, regelsett og anbefalinger på lokalt, regionalt, og nasjonalt nivå.

Helseplattformen angir i den funksjonelle kravspesifikasjonen at formålet med klinisk beslutningsstøtte er å styrke pasientsikkerheten, og redusere variasjon og ulikheter i behandlinger mellom behandlingssteder og behandlere. Det angis videre at løsningen forventes å være både fleksibel og konfigurierbar, og at det er mulig å inkorporere internasjonalt, nasjonalt og lokalt kunnskapsinnhold og retningslinjer. Det sies også at løsningen skal støtte lokale tilpasninger kunnskapsinnhold, for eksempel gjennom behandlingsveiledninger og kliniske retningslinjer. Et viktig aspekt er at beslutningsstøtteverktøyet skal støtte at mer avanserte og kompliserte regler kan legges til fortløpende. Tilbudet av elektronisk beslutningsstøtte vil trolig være en viktig driver for standardisering av i helsetjenesten. Produktene blir hyllevarer når grunndataene blir integrert på riktig format.

7 Innsatsområde 2 – Bedre sammenheng i pasientforløp

Direktoratet for e-helses initiativ Digitalisering av legemiddelområdet er størst i omfang innenfor dette området. Digitalisering av legemiddelområdet er et program som omfatter en rekke prosjekter med mål om å øke pasientsikkerheten.

På oppdrag fra HOD har Helsedirektoratet etablert flere pakkeforløp i tilknytning til strategiområdet Bedre sammenheng i pasientforløp. Pakkeforløp skal bidra til realisering av pasientens helsetjeneste gjennom økt brukermedvirkning, bedre samhandling, og likeverdig behandling uavhengig av hvor du bor. De pågående prosjektene etablerer pakkeforeløp for psykisk helse og rus, kreft (spesielt fokus på psykososial oppfølging og rehabilitering) og hjerneslag.

Helse Sør-Øst utvikler i samarbeid med Direktoratet for e-helse en løsning for journalinnsyn for helsepersonell på tvers av virksomheter. Løsningen er basert på den internasjonale standarden for dokumentdeling IHE-XDS. Målet er at helsepersonell skal få oversikt over og lese pasientens sentrale journaldokumenter via Kjernejournal. Utprøving av løsningen er planlagt våren 2020, og løsningen skal gi forbedret pasientsikkerhet, mer effektiv bruk av helsepersonellens tid og mindre dobbeltarbeid. Hovedutfordringen i dette arbeidet er å få til felles tilgangsstyring og sikker identifisering mellom virksomheter.

7.1 Innsatsområde 2.1 – Bidra til plan og kontinuitet i ansvarsoverganger

Da IKT-landskapet i sektoren er fragmentert, er det utfordrende å dele informasjon på tvers og mellom nivå i helse- og omsorgstjenesten. Det er få eksempler på utprøving på tvers av nivå. Dette gir utfordringer når IKT- løsningene og tjenestemodellene skal over i ordinær drift.

Helsefelleskap

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 vises det til etablering av 19 Helsefelleskap for å sikre god kontinuitet i ansvarsoverganger og i planarbeidet innen helse- og omsorgssektoren. Den formelle beslutningsmyndigheten i Helsefelleskapene vil ligge i helseforetakene og kommunene. Dette innebærer at samarbeidsstrukturen må legge til rette for forutsigbare og transparente beslutningsprosesser, og forutsetter at både de samarbeidende kommunene og sykehusene i helseforetaket er samordnet internt. I dag løses dette på litt ulike måter rundt om i landet, og det varierer hvor godt man lykkes.

Helseforetakene skal i sine neste utviklingsplaner sette egne mål for bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenestene nærmere der pasientene er. Regjeringen oppfordrer kommunene til å gjøre det samme i sine planer for utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Bruk av teknologi vil være en integrert del av pasientforløp og derfor også et tema i Helsefelleskapenes felles planlegging og utvikling. Helsefelleskapene kan på den

måten være en faktor som styrker kontinuitet i ansvarsoverganger og styrke realiseringen av helhetlige pasientforløp.

Utrulling av Kjernejournal

Kjernejournal gir helsepersonell bred tilgang til opplysningene. Tidligere har pasientjournalen vært begrenset til det enkelte legekantor. Kjernejournal innføres i partier for hele befolkningen. Kjernejournal er i dag innført på alle sykehus, legevakter og ca ved 90 % av fastlegekontorene, men i liten grad i kommunene. Det er viktig at den kommunale helse- og omsorgstjenesten koples på for å oppnå mer helhetlig samhandling. Direktoratet for e-helse viser til funn i Kaupang rapport e-helse i kommunene – en kunnskapsoversikt (2020) om at kjernejournal i hovedsak blir brukt i akutte situasjoner der pasienter er ukjente for legene på legevakt eller i akuttmottak. Utprøvingen av kjernejournal, i regi av Helse Sør- Øst er utsatt. Årsaken til utsettelsen har vært pågående forberedelser med hensyn til risiko- og sårbarhetsanalyser, vurderinger om personvernkonsekvenser, og informasjon til befolkningen.

7.2 Innsatsområde 2.2 – Dele legemiddelopplysninger

Legemiddelmeldingen¹ fastsetter at det skal utredes en felles legemiddelliste. I Stortingsmeldingen³ «God kvalitet - trygge tjenester», er hovedutfordringene knyttet til legemiddelbruk beskrevet;

- i i. Helsepersonell mangler oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk.
- ii ii. Legen forskriver feil legemiddel, for mange legemidler, uheldige kombinasjoner av legemidler, feil dosering eller gir for dårlig oppfølging.
- iii iii. Pleiepersonell utleverer feil legemidler, feil dose eller følger ikke opp at pasienten faktisk tar legemidlet.
- iv iv. Pasienten får ikke god nok veiledning, bruker legemidlene på feil måte eller følger ikke opp behandlingen fordi de ikke har tiltro til den

I tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Direktoratet for e-helse for 2019², er digitalisering av legemiddelområdet en av fem overordnede prioriteringer for 2019, herunder etablering av pasientens legemiddelliste og sentral forskrivningsmodul.

Pasientens legemiddelliste er «en ekstra byggekloss» utover dagens løsninger, og ikke en ny nasjonal komponent. E-resept og kjernejournal er innført til store deler av sektoren, men kommunale pleie- og omsorgstjeneste har i dag ikke innført løsningene. Multidose i e-resept er i et tidlig innføringsløp for deler av målgruppene, men for denne løsningen gjenstår også en betydelig andel før løsningen er nasjonalt innført.

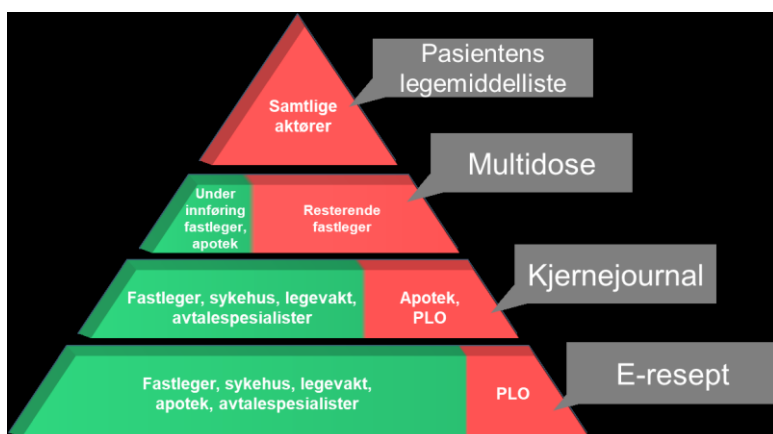
Uaktuelle resepter

Erfaringene etter innføring av e-resept, er at uaktuelle resepter i Reseptformidleren er et alvorlig problem. Med uaktuelle resepter menes at pasienten har doble resepter i Reseptformidleren, som det ikke er ment at pasienten skal hente ut og bruke. Uaktuelle resepter er et resultat av at rekvirenter ikke i tilfredsstillende grad gjør oppslag i Reseptformidleren, og dermed forholder seg til hvilke resepter pasienten allerede har, før nye forskrives. Direktoratet for e-helse har identifisert at om lag 14 % av alle pasienter med aktive resepter, har uaktuelle resepter i Reseptformidleren.

Uaktuelle resepter kan utgjøre en alvorlig risiko for pasientsikkerheten. Pasientskade kan oppstå dersom pasienten henter ut, og tar i bruk legemiddel som skulle vært tilbakekalt. Uaktuelle resepter kan også føre til usikkerhet, og dårligere etterlevelse av behandlingen. For pasientsikkerheten er det således viktig å redusere uaktuelle resepter i Reseptformidleren.

Pasientens legemiddelliste

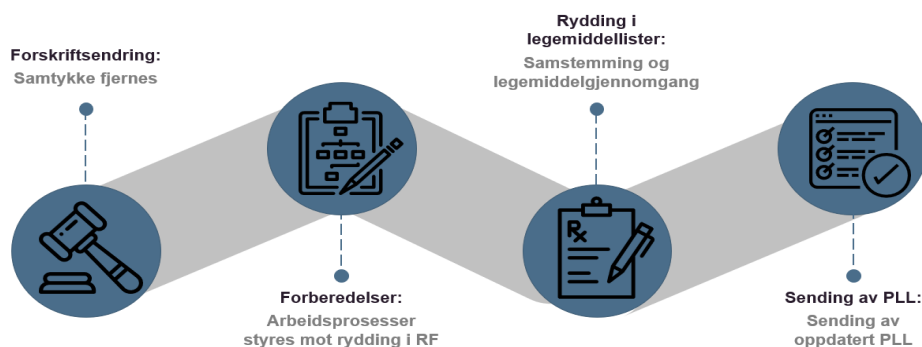
Reduksjon i uaktuelle resepter, og opprydding i Reseptformidleren, er også et viktig steg på veien mot pasientens legemiddelliste. Dette vil gjøre arbeidet med å etablere pasients første legemiddelliste enklere, og risikoen for å kommunisere feil opplysninger om pasientens legemiddelbehandling reduseres. Et viktig tiltak for å starte dette arbeidet var ikrafttredelse av forskriftsendringer fra 1.1.19 som fjernet samtykke til oppslag i Reseptformidleren for rekvirenter.



Figuren illustrerer at dagens situasjon innebærer betydelige mangler, markert med rødt, i tilkobling til de nasjonale løsningene for e-resept (inkludert multidose) og kjernejournal for deler av sektoren. Byggeklossene som ligger til grunn for realisering av pasientens legemiddelliste er således ikke tilstrekkelig tilstede, og må jobbes med i parallell med aktiviteter for pasientens legemiddelliste.

Samhandling om legemiddelopplysninger krever endring i arbeidsprosesser og opplæring i nye måter å jobbe på. Legemidler i bruk-lister må oppdateres digitalt, og ikke på papir og/eller delvis på papir og digitalt. Dagens utfordring med kvalitet i e-reseptløsning innebærer videre at det må "ryddes i pasientens uaktuelle resepter" og etableres rutiner som reduserer nye doble forskrivninger, slik at overgangen til oppstart av pasientens legemiddelliste blir mindre krevende. Dette er illustrert i figuren under.

Trinnvis innføringsmodell for pasientens legemiddelliste



Det benyttes en bredt sammensatt medisinskfaglig gruppe bestående av fastleger, legevaksleger, sykehusleger og sykehjemsleger til å gi sine anbefalinger for utvikling og innføring av pasientens legemiddelliste. Det anbefales at det innenfor geografiske områder må være en samtidighet i innføringen av pasientens legemiddelliste for utvalgte aktører. Disse aktørene inkluderer fastleger, sykehusleger, legevaksleger og sykehjemsleger som et minimum. Gruppen fremhever også behovet for at annet samarbeidende helsepersonell som har behov for lesetilgang til legemiddellisten, inngår i innføringsløpet fra start. Resterende aktører er ikke uviktig i så måte, men er ikke å regne som et absolutt minimum for en oppstart.

Bakgrunnen for den tydelige anbefalingen om samtidighet mellom de nevnte grupper, har vært at dette i størst grad sikrer måloppnåelse og at effektene av pasientens legemiddelliste kan hentes ut. Tillitt til legemiddellisten, ved at majoriteten av de som faktisk endrer i pasientens legemiddelbehandling, også oppdaterer pasientens legemiddelliste, fremheves spesielt i denne sammenheng.

Utfordringer

Hvor stort løft som kreves for å bli klar med pasientens legemiddelliste, avhenger av dagens ståsted i den enkelte virksomhet. For virksomheter som har innført e-resept, kjernejournal og multidose i e-resept er løftet minst. For virksomheter som har innført e-resept og kjernejournal, men ikke støtter multidose, vil det være et større løft. Virksomheter som ikke har tatt i bruk e-resept, kjernejournal eller multidose har behov for det største løftet.

Situasjonen i dag er altså at det varierer hvilket ståsted de ulike virksomhetene har, og derved hvor mye tilpasninger som må på plass for å kunne være tilrettelagt for pasientens legemiddelliste. Kommunal helse- og omsorgstjeneste er den delen av helsesektoren som samlet sett har behov for det største løftet, for å kunne bli klar med pasientens legemiddelliste. Denne delen av sektoren mangler i stor grad også nødvendig infrastruktur og sikkerhetsløsning for pålogging.

Oppsummering

Tilgjengelig finansiering medfører reduksjon i aktivitet. På kort sikt vil omfanget reduseres i alle prosjektene. HelselD og kritisk info kjernejournal legges inn i programmet. Mindre finansiering enn planlagt gjør at legemiddelprogrammet må replanlegge prosjekter, og utsetter utprøving av PLL til 2021.

Flere tiltak er iverksatt innenfor Legemiddelprogrammet for å få progresjon i innføringen av PLL:

- Samfunnsøkonomisk analyse til bruk som prioriteringsgrunnlag i programmet
- Søknad til medfinansieringsordningen for finansiering av utprøving av PLL, hvor MNOK 44,7 er innvilget forutsatt godkjent gevinstrealiseringsplan.
- Avtale med det interregionale samarbeidet om samfinansiering 2020.

8 Innsatsområde 3 - Bedre bruk av helsedata

Helsedata er en sentral kilde til mer kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester og gir bedre ressursbruk i sektoren. Som beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, vil store mengder helsedata og avansert informasjonsteknologi gi muligheter til å yte bedre og mer persontilpasset behandling. Bedre tilgang til helsedata vil kunne forbedre forsknings- og utviklingsprosesser, som igjen vil kunne gi store samfunnsøkonomiske gevinster. Norge har mange verdifulle kilder til helsedata, men det er utfordringer knyttet til tilgang og deling av dataene.

8.1 Innsatsområde 3.1 – Bedre behandling med bedre utnyttelse av helsedata og 3.2 – Bedre bruk av helsedata til sekundærformål

Helsedataprogrammet er den store satsingen innenfor innsatsområde 3.2. Helsedataprogrammet ledes av Direktoratet for e-helse og gjennomføres i samarbeid med Forskningsrådet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene og kommunesektoren. Programmet skal bidra til mer og bedre helseforskning, med enklere tilgang, sammenstilling og analyse på tvers av registre, samt mer effektiv registerforvaltning, bedre personvern og bedre informasjonssikkerhet. Økt bruk av helsedata legger grunnlaget for innovasjon og næringsutvikling, en mer kunnskapsbasert helsetjeneste, samt bedre administrasjon og styring av sektoren. HOD har i 2019 gjennomført en høring av et forslag om tilgjengeliggjøring av helsedata med endringer i helseregisterloven. Forslagene gjelder tilgjengeliggjøring av helsedata i helseregistre til bruk i statistikk, helseanalyser, forskning, kvalitetsforbedring, planlegging, styring og beredskap for å fremme helse, forebygge sykdom og skade og gi bedre helse- og omsorgstjenester.

Helsedataprogrammet har nå etablert nettportal med informasjon om kilder til helsedata og et felles søknadsskjema på tvers av helseregistrene for forskere og andre som søker om helsedata til sekundærbruk (helsedata.no). I samarbeid med helseregistrene har programmet også etablert en midlertidig serviceorganisasjon for behandling om søknader om data (Helsedataservice). I løpet av 2020 vil programmet gjennomføre en anskaffelse av data- og analysetjenester og starte etableringen av Helseanalyseplattformen. Plattformen vil etableres som en nasjonal infrastruktur for tilgjengeliggjøring og analyse av helsedata og vil sikre enklere og raskere tilgang til data. Gjennom programmet er det etablert en digital innsynsløsning for registre som gjør at innbyggere får økt kontroll og medvirkning i bruken av egne helsedata. Det er også etablert en filoverføringstjeneste for sikker overføring av data mellom registre.

Folkehelseinstituttet bidrar til realisering av dette innsatsområdet med prosjektene Legemiddelregisteret, Nasjonal laboratedatabase og Nasjonalt infeksjonsregister. Prosjektene skal holde nasjonal oversikt over resistensforhold i primær- og spesialisthelsetjenesten, bidra til internasjonal statistikk, samt fremme og gi grunnlag for forskning. Innsyn og tilgjengeliggjøring av Norsk pasientregister, Kommunalt pasient- og

brugerregister og En vei inn hos Helsedirektoratet (og Direktoratet for e-helse) vil også bidra til realisering av Innsatsområde 3 (per oktober 2019).

Utfordringen i arbeidet med helsedata, er å øke datakvaliteten gjennom mer standardisering, bedre systemer og høyere grad av kodifisering. Dette er et langsiktig arbeid, men med et stort gevinstpotensial. Helsefaglige kodeverk og terminologi bidrar til kvalitetsforbedring, overvåkning, beslutningstøtte, styring og forskning innenfor helse. Dette legger grunnlaget for mer automatisert datainnhenting, mindre dobbeltdokumentasjon, mer helhetlige og sammenhengende arbeidsprosesser og bedre underlag for kunnskaps- og beslutningsstøtte. Direktoratet for e-helse jobber langsiktig for å skape struktur og etablere rutiner for å sikre utvetydige og oppdaterte helsefaglige koder og terminologi av høy faglig kvalitet og relevans. Det pågår for tiden et omfattende arbeid mellom Helseplattformen i Midt-Norge og Direktoratet for e-helse for å innføre den internasjonale terminologistandarden SNOMED CT for beskrivelse av utførte prosedyrer. Det jobbes også med SNOMED-terminologi for laboratorieanalyser og legemidler.

Løsninger i Akson, Helseplattformen og migrasjon til Dips Arena vil bidra til at mer strukturerte helsedata blir tilgjengelig. Innføring av digitale multimediearkiv hvor bilder, video og andre data fra bildedannende utstyr lagres i samme databaser som røntgenbilder vil kunne effektivisere arbeidsprosesser og gi bedre diagnostikk og behandling. Det arbeides nå med å etablere multimediearkiv i regionene med bedre tilrettelegging mot journalsystemene.

Digitale innsynsløsninger hvor den registrerte kan få innsyn i opplysninger og bruk av opplysninger lagret om seg selv ble i løpet av 2019 implementert på helsenorge.no for flere registre. Det er etablert en nasjonal variabelkatalog og det arbeides med å tilgjengeliggjøre informasjon om helsedata for søkere via helsedata.no.

Utvikling i omgivelsene

Helsedataprogrammet gjennomførte våren 2019 en innbyggerundersøkelse med formål om å kartlegge befolkningens kunnskap om helsedata og helseregistre, holdninger til sekundærbruk av data, samt holdninger og vaner knyttet til personvern og egne rettigheter.⁶ Resultatene fra undersøkelsen viser at det generelt er lav kjennskap til helseregistre og sekundærbruk av helsedata i befolkningen. Likevel er det en gjennomgående villighet til å dele helsedata til samfunnstjenlige formål, imidlertid med en forutsetning om et godt ivaretatt personvern. Funnene tyder på at økt innsikt, forståelse og kontroll på egne personopplysninger vil kunne heve tilliten og trykgheten i befolkningen.

Menons rapport «Helsedata – store verdier på spill» utført på oppdrag fra Legemiddelindustrien og DnV GL fremhever at elektronisk pasientjournal (EPJ) vil være grunnsteinen for fremtidens e-helse⁷. Gjennombrudd knyttet til stordata, maskinlæring og datakobling vil gjøre registertankegangen avleggs. Fremtidens registre vil være «rett fra kilden» – kunne genereres med et tastetrykk ved å sende en spørring direkte til de underliggende informasjonskildene. Helseregistrene vil bli mindre relevante, da data vil kobles og hentes rett fra kilden (enten det er helsepersonell som legger inn data, data kommer fra

⁶ Direktoratet for e-helse 2019, Helsedataprogrammets innbyggerundersøkelse 2019.

<https://ehelse.no/publikasjoner/helsedataprogrammets-innbyggerundersokelse-2019>

⁷ Menon 2018, Helsedata – store verdier på spill, <https://www.menon.no/helsedata-store-verdier-pa-spill/>

medisinsk teknisk utstyr eller data fra pasienten selv – persongenererte helserelevante data). Menon peker på at gevinster fra helsedata er avhengig av prioritering av arbeidet med EPJ. De skriver videre at fremtidens bruk av helsedata handler om å hente rik informasjon direkte fra primærkildene. Land som lykkes med sin EPJ-satsing vil derfor fritt kunne generere akkurat de registrene de måtte ønske ved å sette opp spørringer direkte mot pasientjournaler, gitt at informasjonen finnes i journalene. Kunstig intelligens og maskinlæring kan avdekke feil i slik såkalt stordata analyse, og derfor behøver ikke kvaliteten i journalene være perfekt. Dette reduserer fortrinnet av å ha bygget opp separate registre over tid hvor man på forhånd har bestemt hvilken informasjon som skal tas med eller ikke. Menon anslår også at bruken av nye typer helsedata som ikke kobles ved bruk av fødselsnummer vil øke. Dette vil redusere fortrinnet ved å bruke fødselsnummer som koblingsnøkkel. Det må i tillegg utarbeides løsninger som gjør at individer kan berike de offentlige pasientjournalene med persongenererte helserelevante data fra andre kilder (se mer om dette i avsnitt om persongenererte helserelevante data under).

8.1.1 Persongenererte helserelevante data kan bidra til fremveksten av den informerte og kunnskapsrike pasienten

Det genereres i dag mer data om helsen vår enn før, og en økende trend er at mer data produseres, samles og deles gjennom forbrukerteknologi. Før handlet det om at helsetjenesten initierte eller anbefalte en pasient å samle inn eller registrere data over en periode med oppfølging fra helsetjenesten. Nå gjør teknologi det mulig og interessant for personer uten sykdom eller helseplager å samle inn data som er, eller kan bli, relevante med tanke på fremtidige helseplager. Disse dataene kan bli relevante både i behandling og mestring av egen helse. Persongenererte helserelevante data kan brukes i forskning og utvikling av helsetjenesten. Gjennom at flere innbyggere bruker forbrukerteknologi til å samle disse dataene kan det også bidra til å øke innbyggers kunnskap om egen helse.

Persongenererte helserelevante data kan beskrives som data generert gjennom forbrukerteknologi, som gir bruddstykker av informasjon om en persons helse. Smarttelefoner, pulsklokker og aktivitetsbånd som eksempelvis måler EKG kan gi oss oversikt over puls, hjerterefrekvens, bevegelsesmønster og søvnkvalitet over tid. Persongenererte data skiller seg fra pasientgenererte data ved at sistnevnte inngår i en prosess med å stille en diagnose, mestring av allerede diagnostisert sykdom eller som en del av oppfølging av behandlingen. Det er en situasjon der helsetjenesten initierer eller anbefaler en pasient å samle inn data eller registrere data over en periode med kontroll eller oppfølging av helsetjenesten. Skillet mellom disse er imidlertid ikke alltid like skarpt eller uttalt.

Omgivelsesanalysen produsert i forbindelse med oppdatering av kunnskapsgrunnlaget for den nasjonale e-helsestrategien i 2017/18, omtalte forbrukerteknologi og helserelevante data som et felt preget av entusiaster. Interessen i befolkningen for anskaffelse og bruk av denne typen forbrukerteknologi har økt i årene etter. I en kartlegging om drivere og trender i e-helsefeltet gjennomført av Nasjonalt senter for e-helseforskning kommer det frem at informantene er

opptatt av at forbrukerteknologi vil spille en betydelig rolle i helsetjenesten⁸. Pasienten må selv bestemme over sine helsedata og forbrukerteknologi styrker brukermedvirkningen. Den friske innbyggeren vil ha verktøy som holder han/hun frisk og som gjør at han/hun kan unngå kontakt med helsetjenesten, for eksempel gjennom verktøy for monitorering.

Dataene samles inn mer eller mindre automatisk på forbrukerenhetene, og brukerne får tilgang til enkle fremstillinger av dataene på enhetene de bruker. Store virksomheter satser på denne typen teknologi og konkurransen i markedet bidrar til at teknologien blir billig og tilgjengelig. Anvendelsen av denne type data innenfor helsesektoren er foreløpig lav, og potensialet for hva det kan brukes til er lite utforsket. Det økende volumet av persongenererte helserelaterte data kan gi muligheter i form av ny kunnskap og innsikt i personers helse. Basert på disse dataene kan klinikere ta bedre beslutninger om personers helse og behandlingsopplegg. Persongenererte helserelaterte data kan tilby et rikere og mer helhetlig bilde av en pasients helse over tid, gi økt innsikt i en pasients oppfølging av behandlingsplan, og muliggjøre en tidlig intervensjon for å unngå en kostbar behandling senere. Tilgangen til denne type data kan tilby forskere et stort utvalg deltakere og forskningsdata.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 beskriver at befolkningens helsekompetanse er en del av forutsetningene for realisering av pasientens helsetjeneste, og at det er viktig å styrke pasientens mulighet til å være en aktiv deltaker i egen helse. Tanken om den pasientsentrerte helsetjenesten har vokst samtidig med at pasienten har blitt mer bemyndiggjort, fordi informasjon er mer tilgjengelig og det er enklere å kommunisere med andre pasienter og helsetjenester. Digitale verktøy utenfor helsesystemet forandrer hvordan personer tar eierskap over egen helse. Pasienter supplerer informasjon de får fra helsepersonell med informasjon de får fra andre kilder – internett eller apper som monitorerer for å involvere seg i egen helse. Bruk av forbrukerteknologi kan derfor også være et bidrag i personers økte mestring og deltakelse i egen helse.

Det mangler teknologisk infrastruktur, arbeidsprosesser og kompetanse for å støtte innføring av persongenererte helserelaterte data i helsetjenesten. Disse dataene utgjør et potensielt stort volum, og det er krevende å skaffe reell innsikt ut ifra dataene. Det er derfor bekymring for at persongenererte helserelaterte data vil medføre merarbeid og forstyrre eksisterende arbeidsflyt. Den helsefaglige kvaliteten kan være uviss og dataene kan gi uriktig beslutningsunderlag med feil- over eller underdiagnostisering som resultat. Det er utfordrende å sikre validitet på dataene som blir samlet inn ved hjelp av ulike enheter, og det er vanskelig å standardisere data fra ulike enheter. Eksempelvis kan verktøy som Apple watch sin monitorering av hjerteflimmer representere en form for uoffisiell screening for lavrisiko populasjoner, organisert utenfor helsetjenesten, men som likevel påfører helsetjenesten kostnader i form av økende besøk til spesialister.

⁸ Nasjonalt senter for e-helseforskning 2017, *Drivere og trender i e-helsefeltet*, https://ehealthresearch.no/files/documents/Rapporter/NSE-rapport_2017-04_Drivere_og_trender_i_e-helsefeltet.pdf

Oppsummering

Persongenererte helserelaterte data er ikke adressert spesifikt som aspekt i handlingsplanen under innsatsområde 3 – Bedre bruk av helsedata. Forbrukertrendene er likevel tydelige nok til at det er grunn til å anta at innbyggere vil benytte seg av slike muligheter i større grad i årene som kommer, uavhengig av om helsetjenesten bidrar til å styre utviklingen i nyttig og trygg retning eller ikke. Muligheten forbrukerteknologien gir i å presentere data på en enkel og forståelig måte kan øke brukerens innsikt i egen helsesituasjon, og potensielt være en kilde til både økt involvering, forebygging og styrking av innbyggers kunnskap om egen helse. Fremtidens pasienter vil komme til å ha lettere tilgang på informasjon om egen helse, og dermed kunne være en viktig ressurs i selve behandlingen. Samtidig kan pasientenes økte innsikt og kompetanse potensielt lede til at de blir større forbrukere av helsetjenester. Utredningen om medisinsk avstandsoppfølging anbefaler at det bør utredes om helsetjenesten bør legge til rette for at innbygger digitalt kan sende sine data fra forbrukerelektronikk til helsetjenesten og få disse vurdert når det ikke foreligger et pågående pasientforløp⁹.

Tilrettelegging for bruk av persongenererte helserelaterte data i helsetjenesten har flere aspekter. Det handler om å vurdere hvilken helsemessig gevinst slike data kan gi og hvilke uønskede effekter som kan oppstå (som for eksempel overdiagnostisering). Det handler om å vurdere ressursbruk opp mot samfunnsgevinst, og vurdere aspekter knyttet til private leverandører versus den offentlige helsetjenesten. Det må i denne sammenheng understrekes at innbyggernes kjøp og bruk av utstyr innenfor den private sfære faller utenfor det offentlige "sørge for ansvar". Det er kun når helseopplysninger deles med helsetjenesten at problemstillinger utløses.

Hvordan bruk av e-helseløsninger vil kunne bidra til å øke helsekompetanse er et viktig aspekt. Store teknologiselskaper leder an utviklingen innen lagring, bruk og kobling av persongenererte helserelaterte data. Helsetjenesten bør ta stilling til om det er nødvendig å tilrettelegge for bruk av persongenererte data i helsetjenesten som tilbys, og om det er behov for nasjonale initiativ på området.

8.1.2 God kvalitet og tilgjengelighet til helsedata er avgjørende for å oppnå gevinster ved bruk av kunstig intelligens

Teknologi gir store muligheter til å lagre og anvende stadig større mengder informasjon. Regjeringen ønsker å satse på områder der Norge har særlig fortrinn. Helse kategoriseres som et av disse områdene. Regjeringen legger i Nasjonal helse- og sykehusplan frem at bruk av kunstig intelligens (KI), sammen med store mengder helsedata, kan bidra til bedre helse- og omsorgstjenester, gi bedre grunnlag for forskning og innovasjon og bidra til mer effektiv ressursbruk. I Nasjonal strategi for kunstig intelligens fra 2020 trekkes høy grad av tillit, en digital kompetent befolkning, gode registerdata og infrastruktur, samt kapasitet og kompetanse til å eksperimentere med nye teknologier, frem som forutsetninger Norge har som gjør at vi kan lykkes med KI¹⁰.

⁹ Direktoratet for e-helse 2019, Sluttrapport – Utredning medisinsk avstandsoppfølging.

¹⁰ Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2020, Nasjonal strategi for kunstig intelligens, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonalt-strategi-for-kunstig-intelligens/id2685594/>

Regjeringen fremhever at Norge skal gå foran i utviklingen av KI med respekt for den enkeltes rettigheter og friheter. Digital sikkerhet, sammen med ivaretagelse av den enkeltes integritet og personvern i løsninger som bruker KI, blir viktig for å opprettholde befolkningens tillit til bruk av disse løsningene, og for at befolkningen skal akseptere å dele personopplysninger. Grunnlaget for bruk av KI er at det legges til rette for deling av data, på tvers av bransjer og sektorer. Tilgang til data og dataforvaltning er en spesielt viktig forutsetning for å kunne utnytte potensialet i KI.

Utvikling på området

Helse- og omsorgsdepartementet ba Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Statens legemiddelverk om en utredning av kunstig intelligens i helse. Rapporten ble levert i 2019¹¹. Utredningen har kartlagt muligheter og utfordringer ved bruk av kunstig intelligens, og tilpasninger i rammevilkår på nasjonalt nivå som kan være nødvendig i regelverk, faglig normering, styring og finansieringsordninger. Utredningen beskriver at de fleste KI-prosjektene fokuserer på forskning og kunnskapsbygging. Resultatene fra prosjektene er i liten grad tatt i operativ bruk i helsetjenesten, og årsakene til dette er å finne i regelverk, finansiering og i hvilken grad løsningene treffer reelle behov i tjenesten. Skal mulighetene KI gir utnyttes, må markedsklare KI-løsninger som støtter helsetjenestens behov tas i bruk. Det må jobbes målrettet med å ta resultater fra forskningen videre til ferdige produkter. Det vil med dagens hastighet ta mange år før KI reelt blir utnyttet til å gi bedre helsehjelp. Bruken av helsedata er strengt regulert i Norge, men utredningen identifiserer områder hvor KI kan brukes uten at man har tilgang til et stort sett av norske person- og helsedata for trening, eksempelvis løsninger for logistikk og administrasjon, løsninger som læres opp på utenlandske data i Norge og løsninger som er ferdig opplært av leverandør. Et mulig utviklingsrom for KI på sikt er helhetlig profilering av pasienten – digitale tvillinger eller virtuelle medisinske assistenter. Dette fordrer tilgang på tverrsektorielle datasett.

Blant utfordringene identifisert i utredningen finnes manglende tilgang til data og begrenset kvalitet, samt manglende strukturering og standardisering av data. For at KI skal kunne bidra til realisering av målene i NHSP, anbefales det å prioritere tiltak som får markedsklare løsninger i bruk i tjenesten, samt tiltak for å skaffe nødvendig tilgang til data.

 Samarbeid og innovasjon	Tiltak 1: Implementere og verifisere markedsklare KI-løsninger i helseforetakene Tiltak 2: Etablere nasjonalt kompetansenettverk for KI i helsesektoren
 Data og datakvalitet	Tiltak 4: Forenkle tilgang til data
 Normering og veiledning	Tiltak 6: Veiledning for hvordan man kommer i gang med KI

Figur 2: Forslag til tiltak

¹¹ Utredning om bruk av kunstig intelligens i helsesektoren 2019, <https://ehelse.no/publikasjoner/utredning-om-bruk-av-kunstig-intelligens-i-helsesektoren>

KI-systemer som baseres på maskinlæring er avhengig av å læres opp med store mengder data. Tilgang til data er derfor en av de sentrale utfordringene identifisert i utredningen. RHF-ene understreker at tilgang til data er det første behovet som må løses. NHSP støtter opp om dette behovet og fremhever at det er nødvendig at helsedata deles i større grad enn i dag. Datatilgang er essensielt, men som på alle andre områder, er verdien av KI også prisgitt kvaliteten på data som er tilgjengelig. Innføring av EPJ som i økende grad lagrer strukturerte data og med felles API-standarder vil gjøre data mer tilgjengelig. I Sverige har de kommet et stykke på vei med dette, da dataene kreves tilgjengeliggjort fra journalen via standardisert åpent API. Felles API og felles terminologi er en måte å forbedre kvaliteten på norske helsedata. KI-løsninger kan også hente informasjon fra ustrukturerte data. Det kan imidlertid være enklere å benytte strukturerte data når KI-systemer skal læres opp. Tross store datamengder har helsevesenet en utfordring i form av at datakvaliteten er lav, med stort omfang av ustrukturert rapportering, implisitte kontekster, vurderinger som ikke er nedskrevet og liten bruk av felles kodeverk og informasjonsmodeller. Utfordringer med datakvalitet kan resultere i fortolkningsfeil, og gi redusert verdi av kunstig intelligens.

Innrapportering til helseregistre er en faktor som kan være en driver mot økt strukturering, og felles språk kan være bindeleddet mellom primærdokumentasjon og registervariabler. Muligheten for å benytte primærdokumentasjonen som grunnlag for registervariabler vil kunne øke datakvaliteten, spesielt dersom implementeringen legger til rette for automatisering eller veiledet utfylling av registervariabler, basert på data registrert med felles standardisert terminologi. Noen registre mottar ganske detaljerte data i dag, andre gjør det ikke. På sikt vil registrenes mulighet for å motta detaljerte, standardiserte kliniske data kunne øke og være et grunnlag for avansert analyse.

Et stort behov for mer standardisert og strukturert innrapportering, samt sterkere satsning på datakvalitet, påpekes også i konseptvalgutredning for Helseanalyseplattformen. Et av de absolutte kravene til Helseanalyseplattformen er at den skal bidra til bedre datakvalitet på helsedata. Det er likevel begrenset hva Helsedataprogrammet (HDP) kan gjøre for datakvaliteten. Styringsdokumentet til Helsedataprogrammet beskriver at «HDP vil ta utgangspunkt i helseregistrene slik de foreligger på det tidspunktet de skal tilby data på helseanalyseplattformen og skal ikke direkte arbeide med å heve kvaliteten i registrene». Anbefalingen om konsept 7, helseanalyseøkosystem, bidrar til bedre datakvalitet gjennom økt bruk av data, kvalitetssikring fra den registrerte, og på noen områder enklere validering og datavask mot andre kilder. Denne effekten forventes å være begrenset og adresseres til en viss grad av andre prosjekter i HDP, men ligger i hovedsak som en oppgave til andre nasjonale og regionale initiativ og en forsterket satsning på kvalitetsarbeid ved registrene og hos innrapporterende virksomheter. Helsedataprogrammet identifiserer at dårlig dekningsgrad på grunn av manglende tid til å registrere data for helsepersonell og finansielle incentiver for å rapportere er faktorer som påvirker datakvaliteten.

Oppsummering

KI adresseres i økende grad som en teknologi med stort potensiale for å hjelpe å løse bærekraftsutfordringer i helsetjenesten. Per nå er ikke KI adressert eksplisitt i strategi eller handlingsplan, men nevnes under innsatsområde 3.1: "Utviklingen som nå skjer innenfor kunstig intelligens gjør at vi på sikt kan benytte alle data som ligger i sektorens IKT-systemer i form av tekst, bilder og biologisk materiale som et rikt grunnlag for helseanalyse". Imidlertid

vil flere av tiltakene i handlingsplanen og pågående tiltak i sektoren styrke mulighetene til å ta i bruk løsninger for KI, eksempelvis Felles språk, strukturering av journal og tiltak som bedrer tilgangen til data som for eksempel Helseanalyseplattformen. Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Statens legemiddelverk har i samråd med RHF-ene levert en felles plan for utredning og videre samarbeid knyttet til kunstig intelligens til Helse- og omsorgsdepartementet. Det foreslås i planen tiltak som kan starte allerede i 2020. I tillegg til tildelingsbrev nr 4 til Direktoratet for e-helse ber Departementet Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Statens legemiddelverk om å følge opp de prioriterte tiltakene i Felles plan 2020 i tråd med forslagene i brev av 16.mars.

8.1.3 Persontilpasset medisin gir nye muligheter for diagnostisering og behandling

Persontilpasset medisin (presisjonsmedisin) muliggjør et paradigmeskifte - fra lik behandling til alle, mot en mer individtilpasset behandling. Det representerer et skifte fra reaktiv medisin til proaktiv og preventiv helsetjeneste.¹²

Potensialet innenfor diagnostisering og behandling av pasienter er i kontinuerlig endring og utvikling. Fremskritt innen medisin skaper nye metoder og endrer praksis for behandling. Særlig teknologisk utvikling skaper nye muligheter. I dag får pasienter med lignende symptomer og diagnoser ofte den samme behandlingen, uten at man sikkert vet om behandlingen eller legemiddelet vil virke for pasienten. Dersom man på forhånd vet mer om hvilke pasienter som vil ha nytte av et legemiddel, kan helsetjenesten gi mer effektiv behandling, pasienter kan unngå unødvendige bivirkninger og unngå å bli utsatt for behandling som ikke virker. Det gjør at vi kan holde oss friskere og stå lenger i arbeid. Dette området kan også gi muligheter for utvikling og bygging av norsk helsenæring.

Persontilpasset medisin i Norge

Det er et politisk ønske om å innføre persontilpasset medisin i Norge. Myndighetene har tatt grep for å legge til rette for dette gjennom Nasjonal strategi for persontilpasset medisin¹³, Forskningsrådets handlingsplan for forskning og innovasjon, samt Helsedirektoratets utredning av juridiske, tekniske og etiske sider ved behandling av genetiske helseopplysninger til helsehjelp, forskning og kvalitetssikring.

Helsedirektoratet har i sitt tildelingsbrev for 2020 fått i oppdrag å koordinere og følge opp nasjonal strategi for persontilpasset medisin, herunder utredning av regulering, kompetansebehov og finansieringsordninger. Nasjonal strategi for persontilpasset medisin skal bidra til å realisere visjonen om at helsetjenester er tilpasset den enkelte pasient. I dette

¹² European Science foundation, Personalized medicine for the European citizen,

http://archives.esf.org/fileadmin/Public_documents/Publications/Personalised_Medicine.pdf

¹³ Helsedirektoratet 2016, Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten 2017-2021,

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/strategi-for-persontilpasset-medisin-i-helsetjenesten/Nasjonal%20strategi%20for%20persontilpasset%20medisin%20i%20helsetjenesten.pdf/_attachment/inline/b1d01025-21b2-4efc-a38a-d310781b5e10:81b9e4f8918378a1380704f2d18219960c688859/Nasjonal%20strategi%20for%20persontilpasset%20medisin%20i%20helsetjenesten.pdf

er det en anbefaling om at helsetjenesten gir god informasjon og veiledning om persontilpasset medisin. Persontilpasset medisin stiller høye krav til kunnskap, og for at pasientene skal aktivt kunne ta del i egen behandling er det viktig med god informasjon og veiledning fra helsetjenesten. Her kan for eksempel helsenorge.no spille en rolle for å gjøre kvalitetssikret informasjon tilgjengelig på en form tilpasset innbyggerne. Nasjonal strategi for persontilpasset medisin peker på at det må samarbeides nasjonalt om infrastruktur og organisering. Dette er viktig for å sikre et likeverdig og trygt tilbud til pasientene.

I 2019 ble det bevilget til sammen 25,7 millioner kroner til videre oppbygging og drift av en nasjonal, anonymisert database over genetiske varianter hos norske pasienter, og til et nasjonalt kompetansenettverk for persontilpasset medisin. Ansvar for dette ble tildelt Helse Sør-Øst.

Nasjonalt kompetansenettverk

Nasjonalt kompetansenettverk innen persontilpasset medisin er etablert på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og skal ha en koordinerende rolle mot tjenestene og en rådgivende rolle overfor fagdirektørene i de regionale helseforetakene. Kompetansenettverkets formål, organisering og oppgaver er forankret i Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten 2017-2021 og med særskilt referanse til strategiens anbefaling A2. Nasjonalt kompetansenettverk innen persontilpasset medisin skal være en arena for informasjonsutveksling, erfaringsoverføring og kunnskapsdeling innenfor relevante fagområder av persontilpasset medisin. Formålet er å legge til rette for økt harmonisering, felles kompetansenivå og bedre samarbeid nasjonalt for å fremme enhetlig og god implementering av persontilpasset medisin i helsetjenesten.

Kompetansenettverket skal bidra til å:

- fremme bedre og mer ensartet diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter
- bidra til å sikre lik tilgang til diagnostiske tjenester nasjonalt (standardisering og harmonisering) i samarbeid med Helsedirektoratet
- legge til rette for at nasjonale/internasjonale standarder for tolkning av data blir anvendt på tvers av helseregionene
- styrke samarbeidet mellom klinisk og basalmedisinsk forskning
- bygge en struktur som fremmer samarbeid med fokus på behov for kommunikasjonsløsninger, IKT-verktøy og kliniske referansedatabaser i dialog med Direktoratet for e-Helse
- arbeide for systematisk registrering av behandlingseffekt for å legge til rette for evaluering av persontilpasset medisin

Fagråd for persontilpasset medisin

Helsedirektoratet har et overordnet koordinerende ansvar for oppfølging av Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten 2017–2021, og som del av denne oppfølgingen har Helsedirektoratet opprettet Fagråd for persontilpasset medisin. Formålet med dette er å sikre en koordinert oppfølging av anbefalingene i strategien, samt sikre forankring og prioritering. Fagrådet skal bidra til at Helsedirektoratet er godt orientert om utviklingen innen persontilpasset medisin/presisjonsmedisin, slik at nye problemstillinger og utfordringer fanges opp så tidlig som mulig. Utfordringer kan bli adressert gjennom fagråd for persontilpasset medisin.

Regionalt fagnettverk

Det er opprettet et regionalt fagnettverk innen persontilpasset medisin i hver helseregion. De regionale nettverkene utgjør separate enheter i den nasjonale organisasjonen. Det skal legges til rette for å knytte sammen fagpersoner fra ulike fagområder, avdelinger og helseforetak i hver region for å sikre bred deltakelse nasjonalt. Nettverket skal legge til rette for deling av god og relevant informasjon om persontilpasset medisin innrettet mot ulike brukergrupper, både internt (i helsevesenet) og for pasienter, utdanningsinstitusjoner og øvrig befolkning.

Bruk av etablerte helseregistre

I tillegg til dagens journaler er etablerte helseregistre ment brukt for analyse og sekundærbruk som er nyttig i arbeidet med utvikling av persontilpasset medisin. Sentrale helseregistre, kvalitetsregistre, helseundersøkelser og biobanker vil være viktige datakilder for den kommende Helseanalyseplattformen. Plattformen vil tilrettelegge for rask tilgjengeliggjøring av data og analyse til nytte for bruk til persontilpasset medisin. I målbildet til Helseanalyseplattformen er det, i tillegg til bruk av plattformen til forskning, mål om at helsedata og helsanalyseplattformen skal brukes til persontilpasset medisin i både primær- og sekundærbruk.

Internasjonalt samarbeid

Norge blir nå med i et ambisiøst og omfattende samarbeid med andre europeiske land om gendata. Den 14. juni 2019 skrev Norge under på en EU-deklarasjon om et samarbeid som innen 2022 skal gjøre minimum én million sekvenserte genomer tilgjengelig for forskning. Prosjektet blir omtalt som «1 Million Genomes». Deklarasjonen inkluderer en intensjon om støtte til nødvendig infrastruktur for å kunne dele og utnytte denne type data på en sikker måte, slik at de kan brukes til å utvikle fremtidsrettede helsetjenester i Europa. Dette vil komme norsk forskning, norsk helsetjeneste og norske pasienter til gode. Målet med et europeisk samarbeid er å få et bedre kvalitetsgrunnlag for forskning, som igjen kan bidra til forebygging, tidligere og enklere diagnostikk, færre bivirkninger og mer presise prognoser gjennom persontilpasset medisin. Deklarasjonen omhandler også sikker utveksling av både genom- og andre helse data. Direktoratet for e-helse jobber med Helsedataprogrammet for å tilgjengeliggjøre helsedata for forskning, men det er p.t. ingen nasjonale løsninger for genomregistre.

Utfordringer

Innføring av persontilpasset medisin krever nasjonal regulering og organisatoriske rammer som sikrer lik tilgang til diagnostikk og behandling¹⁴. Bruk av genetiske data må skje på en ansvarsfull måte som ivaretar personvern hensyn. Det er behov for å klargjøre rammene for

¹⁴ Helsedirektoratet 2019, Møte i Helsedirektoratets sektorråd 11.april 2019, https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/helsedirektoratets-sektoerrad/M%C3%B8tepapirer%20til%20Helsedirektoratets%20sektor%C3%A5d%2011.%20april%202019.pdf/_attachment/inline/6e706245-83ed-46af-82f3-ad43788230ec:0414b57341afde6909c226e97e32fedb6561e7f0/M%C3%B8tepapirer%20til%20Helse%20direktoratets%20sektor%C3%A5d%2011.%20april%202019.pdf

bruk av dataene til helsehjelp, forskning, kliniske studier, effektbasert legemiddelbehandling og i helsenæringen.

Det pekes på flere flaskehalsar for innføringen av persontilpasset medisin: juridiske, finansielle, organisatoriske, kompetansemessige og teknologiske. Det mangler nødvendig kunnskap og infrastruktur for å gjennomføre gentester, samt lagre og analysere dataene. Kartlegging av gener gir svært store datamengder. Stordataløsninger, lagring, regnekraft og kunstig intelligens blir avgjørende verktøy for utviklingen av persontilpasset medisin. Skyløsninger er en måte å realisere bruken av dette på. Dette er et område hvor den teknologiske utviklingen kan sørge for at teknologien som brukes til persontilpasset medisin blir mer avansert, billigere og mer tilgjengelig.

Det er allerede i dag relativt klart at nasjonale genomregister/ere ikke kan opprettes innenfor gjeldende rett. Det er derfor nødvendig å se på hvilke eventuelle endringer i lovverket som må gjøres. Dagens system for prioritering og nye metoder er utformet for å vurdere medisiner til større grupper pasienter, basert på forskning og kunnskap om et stort antall pasienter. Det er ikke egnet til å vurdere medisin for enkeltpasienter og små grupper. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt de regionale helseforetakene utrede hvordan innføring og bruk av persontilpasset medisin og beslutninger på enkeltpasientnivå kan håndteres innenfor systemet for nye metoder.

Det kan være nødvendig med bedre modeller for å beregne de samfunnsøkonomiske konsekvensene av mer persontilpasset medisin. Det er nødvendig å nyansere bildet av hvilket innsparingspotensial som foreligger¹⁵. Det er kostbart å gi behandling som ikke virker, og det er kostbart, både for samfunnet og for den enkelte å være syk. Persontilpasset medisin kan bety at flere kan få en mer presis diagnose og en behandling som virker.

Utviklingen medfører et behov for nasjonal tenkning og tilnærming. Det er flere grunner til dette, sett både fra et pasientperspektiv, tjenesteperspektiv og teknologisk perspektiv. En sentral forutsetning for å kunne tilby persontilpasset medisin er at sykehusenes IKT-løsninger må kunne lagre og behandle prøvesvar, målinger og genetiske data. Pasientjournalene og helseregistre må utvikles for å møte nye behov. For pasienter vil standardisering av hvordan genomundersøkelser utføres og tolkes, bedre kvaliteten på helsetjenesten. For helsetjenesten vil bruk av sentraliserte løsninger kunne føre til bedre ressursutnyttelse. Standardisering er en forutsetning for å analysere og dele data på en effektiv måte, både nasjonalt og internasjonalt. Informasjonsutveksling og samhandling bør i størst mulig grad bygge på internasjonale standarder. Spesielt gjelder dette for grensesnitt og utvekslingsformat, herunder kodeverk og metadata.

En av utfordringene som nevnes på dette feltet i Utviklingstrekkrapporten 2020, er store eksisterende regionale forskjeller i tilbudene. Det må utvikles felles løsninger for trygg og god lagring av store datamengder. Standardiserte løsninger er en forutsetning for å bygge opp

¹⁵ Helsedirektoratet 2019, Møte Helsedirektoratets sektorråd 11.april 2019, <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

registre og for å kunne analysere og dele data på en effektiv måte både nasjonalt og internasjonalt. Tilpasset funksjonalitet i EPJ vil være sentralt for å innføre persontilpasset medisin.

Oppsummering

Det foregår en strategisk satsning blant aktørene på dette feltet, som per i dag ikke gjenspeiles i handlingsplanen. Handlingsplanen nevner kun persontilpasset medisin under innsatsområde 3.1, med å "følge opp arbeidet med persontilpasset medisin slik beskrevet i Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten 2017–2021." Det er ingen nasjonale registerløsninger for lagring og bruk av genetiske opplysninger for helsehjelp, kvalitetssikring og forskning (genomsentre).

Det kan være behov for tydeligere signalisering av innsats på dette området, for eksempel med aktiviteten "Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet skal utrede nasjonal løsning for lagring og behandling av rådata/helseopplysninger fra kliniske genomundersøkelser. Denne utredningen er en av anbefalingene i den nasjonale strategien." Tiltaket vil kreve betydelige investeringer for å bygge opp registre, etablere system for lagring av genomdata og innkjøp av programvare og verktøy for å kunne gjøre analyser og beregninger. Det må også gjøres investeringer knyttet til informasjonssikkerhet, samt løsninger for tilgangsstyring og sikring av personvern. Denne type IKT-investeringer er ofte svært kostnadskreven, og det vil kunne bli behov for en rekke integrasjoner for å sikre interoperabilitet med eksisterende systemer i sektoren.

Det antas at persontilpasset medisin vil ha konsekvenser for organisering og endre prosessene for diagnose, behandling og forskning. Sektoren må forberede seg på at persontilpasset medisin vil endre helsetjenesten. Det er viktig med et internasjonalt samarbeid på feltet. Eksempelvis kan vi hente erfaring fra både Sverige og Danmark. Danmark har opprettet et nasjonalt genomsenter for å utvikle og drive en felles landsdekkende informasjonsarkitektur. Sverige har opprettet en nasjonal organisasjon som vil koordinere diagnostikk og behandling nasjonalt, og etablere en felles infrastruktur for datadeling, datatolkning og sikker lagring.

Innspill til aktiviteter som bør fokuseres på i handlingsplanen, som kan bidra til å realisere visjonen i Nasjonal strategi for persontilpasset medisin:

- Standardisere felles løsninger for lagring, deling og utveksling av genomiske data, der samtidige krav om personvern og informasjonssikkerhet ivaretas
- Vurdere hvorvidt kliniske data og forsknings-genererte data skal driftes med tilsvarende systemer, da en slik samdrift både vil kunne gi diagnostisk verdi samt være kostnadsreducerende
- Standardisere felles bruk av terminologier, ontologier og kodeverk
- Avklare mulighet for sekundærbruk av helseopplysninger fra kliniske genomundersøkelser
- Utrede hvordan dagens EPJ-system i de 4 helseregionene, samt fremtidig "èn innbygger – èn journal" er rustet for å ta imot genetiske data
- Standardisering av utveksling av data, både rådata og klinisk ontologi
- Etablere nasjonale databaser for lagring av genomiske data
- Avklare hvordan finansieringsordningen skal understøtte PM strategien

9 Innsatsområde 4 – Helsehjelp på nye måter

En stor aldrende befolkning og ressursutfordringer for helse- og omsorgstjenesten fordrer nye måter å organisere og utøve helsetjenesten på. Teknologien gir mange muligheter for dette. Innbygger involverer seg i egen helse, har meninger om og krav til helsehjelpen de tilbys og tar et større, helhetlig ansvar. Pasienter og pårørende er de viktigste pådriverne for endring og forbedring av helse- og omsorgstjenestene. Pasienten er ekspert på egen helse og kan være en viktig ressurs dersom tjenesten evner å dra nytte av både deres og pårørendes kompetanse. God involvering av pasient og pårørende gir mer treffsikker forebygging, behandling og oppfølging.

Det forventes mer av innbyggerne og denne utviklingen gjør at behovet for helsekompetanse blant innbyggerne øker. For å oppnå god brukermedvirkning og involvering av pasienter, trenger vi innovative, digitale løsninger som støtter opp om og legger til rette for nye måter å organisere og levere helse- og omsorgstjenester på. I dette arbeidet kan næringslivet spille en sentral rolle. Derfor er det viktig å skape og opprettholde gode samarbeidsarenaer slik at vi kan løse bærekraftsutfordringene helsetjenesten står overfor de nærmeste årene.

9.1 Innsatsområde 4.1 – Tilrettelegge for innbyggeren som ressurs

Fjorårets strategiske analyse ledet ut i konklusjonen om at innbygger som ressurs i utvikling og bruk av e-helseløsninger ikke var tilstrekkelig beskrevet i strategien. Innsatsområde 4.1 ble således opprettet med tiltak som både skal legge til rette for innbyggernes deltakelse i utvikling av e-helseløsninger, og tiltak som skal styrke pasientens helsetjeneste gjennom å gjøre det enklere for innbygger å bruke e-helseløsninger.

Gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan legger regjeringen vekt på at alle regionene anstrenger seg for å kunne tilby flere og bedre innbyggertjenester. Det er et mål at alle helseregionene innen 2023 kan tilby sine innbyggere kvalitetssikrede lærings- og mestringsressurser, nettbasert timeadministrasjon, digitale innkallingsbrev, digital dialog/konsultasjon (både tekst og video), journalinnsyn (i hovedsak i dokumenter fra helseforetak), samvalgsverktøy og nettbaserte kurs/behandlinger. Dette målbildet går utover denne strategiperioden.

Regjeringen legger til grunn at regionene samarbeider enda tettere, både med hverandre og med Direktoratet for e-helse, om utvikling av digitale innbyggertjenester for å nå dette målet.

E-helseløsninger og styrking av helsekompetanse

Tilrettelegging for innbyggeren som en ressurs i helsetjenesten kan føre til et økt behov for helsekompetanse hos innbyggerne. Regjeringen har lagt frem en strategi for nettopp å øke denne typen kompetanse i befolkningen og definerer helsekompetanse som¹⁶:

"personers evne til å forstå, vurdere og bruke kunnskapsbasert helseinformasjon for å kunne ta beslutninger om egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten."

I dagens samfunn blir vi stadig eksponert for informasjon og påstander om kropp og helse av varierende kvalitet gjennom media, reklame og sosiale medier. Internett er mye brukt til å søke etter informasjon om sykdom, helse og behandling, men ofte kan det være utfordrende å vite hva som er kvalitetssikret informasjon man kan stole på, og ikke sjelden kan man møte motstridende informasjon. Informasjonen kan også være lite brukertilpasset og vanskelig å forstå. Dermed er forutsetningene for å kunne vurdere og anvende denne informasjonen både viktig og vanskelig.

Digitaliseringen av helsetjenesten kan bidra til at innbyggerrollen styrkes. Innbyggernes bruk av e-helseløsninger kan spille en rolle i å bidra til å styrke befolkningens kunnskap om egen helse. Eksempelvis gir nettbasert behandling muligheter for dette. Nettbasert behandling er en terapiform der innbygger mottar hele eller deler av behandlingen via digitale verktøy. Behandlingen er i snitt like effektiv for tilstanden som tradisjonell behandling. Nettbasert behandling er bygget opp på samme måte som ansikt-til-ansikt kognitiv terapi, og kursinnholdet ligger tilgjengelig slik at man kan gå tilbake å gjøre øvelser på nytt mellom fysiske konsultasjoner. Dette kan gjøre at mange kan bruke det, lære mer om psykisk sykdom og styrke kunnskap om egen helse. Bruk av Helsenorge.no kan også spille en viktig rolle i å bidra til å styrke befolkningens kunnskap om egen helse, da innbyggerne blant annet får informasjon og tilgang til egen journal. Sist, men ikke minst, øker bruken av forbrukerteknologi til helserelaterte formål blant innbyggere. Denne bruken kan også bidra til å styrke innbyggernes kunnskap om egen helse.

Moderne medisin blir stadig mer komplisert og kompleks, og understøtter behovet for økt helsekompetanse. Et eksempel er utviklingen av persontilpasset medisin og de ulike spørsmålene som knytter seg til denne utviklingen. Både befolkningen og helsepersonell trenger økt kompetanse og forståelse for muligheter og begrensninger. Økt fokus på helsekompetanse, både på individ og systemnivå, vil kunne bidra til å tilrettelegge for pasientens helsetjeneste i denne strategiperioden.

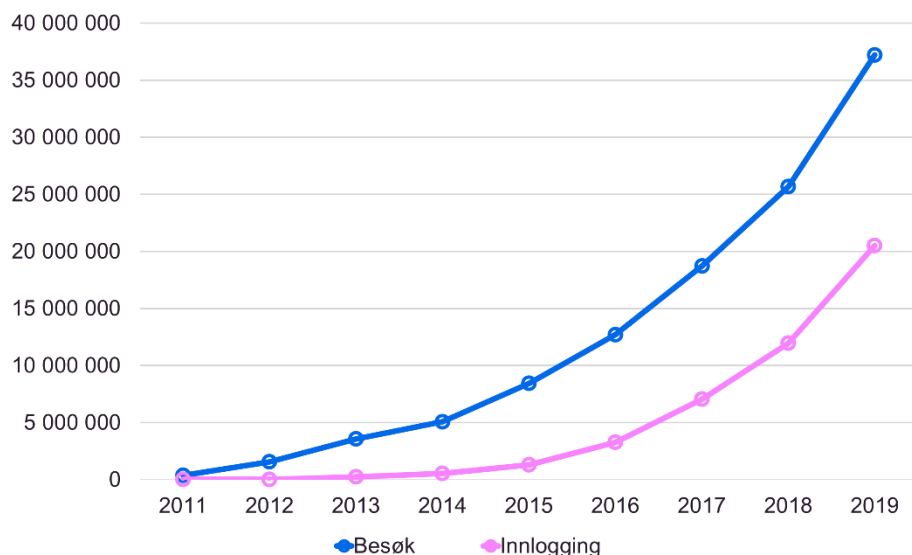
Helsenorge.no

Helsenorge.no er en felles inngang til helsetjenester på nett for hele befolkningen. På helsenorge.no finner innbygger kvalitetssikret og oppdatert informasjon om helse, livsstil,

¹⁶ HOD: Strategi for å øke helsekompetanse i befolkningen:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>

sykdom, behandling og rettigheter på et åpent område. Helsenorge.no har også en innlogget del med tilgang til effektive selvbetjeningsløsninger og mulighet for sikker samhandling og dialog med helseaktørene. Stadig flere bruker tjenestene og portalen tilbyr kontinuerlig nye tjenester for innbyggeren. Direktoratet for e-helses innbyggerundersøkelse 2019¹⁷ avdekker at flere er fornøye med de digitale helsetjenestene. Tilfredsheten stiger i takt med hvor ofte man har benyttet seg av digitale helsetjenester. Innbyggerne svarer at det er viktig med tilgang til egne helseopplysninger digitalt, men også at det er av stor betydning at helsepersonell har tilgang til dine helseopplysninger når behandlingen krever det. Innbyggerne har lav tillit til at opplysningene er lagret slik at utenforstående ikke får tilgang til dem, og lav tillit til at det kun er helsepersonell med tjenstlig behov som ser på journalen. Det synes å være et potensiale for tiltak for å forbedre tilliten.

I parallell med utviklingen av helsenorge.no har sektoren løftet nettsidene for sykehusene inn i felles innholdsportaler. Et eksempel er tilgang til pasientjournal gjennom helsenorge.no som nå er utvidet til pasienter i Helse Sør-Øst. Dette har gitt 85 prosent av befolkningen tilgang til sin pasientjournal og en økning på over 50 prosent i bruk av denne tjenesten på helsenorge.no i 2019, sammenlignet med året før. Tjenester som timebestilling, sikker meldingsutveksling, varsling og elektroniske brev er også tilgjengelig for mange.



Antall besøk og innlogginger per år til helsenorge.no i perioden 2011 – 2019.

Produktstrategien og målbildet beskriver hvordan Helsenorge.no skal utvikles i perioden 2017-2020. Produktstrategi for helsenorge.no utvikles parallelt med utvikling av nasjonal e-helsestrategi. Innbyggeren skal oppleve en samlet helsetjeneste på nett. Målbildet vektlegger følgende tema: Egen helse- behandling og oppfølging, avtaler og kontakter, økonomi og rettigheter, innsyn i helsetjenestens journaler og registre, samt brukerinnstillinger og personvern.

Det pågår en rekke prosjekter med leveranser i 2020 og 2021 for å utvikle nasjonale digitale innbyggertjenester på Helsenorge. Nåværende prosjekter i nasjonal e-helseportefølje innenfor dette satsingsområdet bidrar til videreutvikling av disse tjenestene, samt etablering av nye

¹⁷ Les flere funn fra [innbyggerundersøkelsen her](#). Helsepersonellundersøkelsen vil bli lansert våren 2020.

tjenester for videokonsultasjon og hjemmetesting. Flere prosjekter jobber også med kombinerte tjenester for særlige målgrupper, slik som digitale verktøy for behandling av angst og depresjon i kommunal psykisk helsetjeneste og digitale tjenester spesielt tilrettelagt for ungdom. Målet med Helsenorge som nettportal, er at pasienten skal møte en enhetlig og forutsigbar helsetjeneste som legger til rette for pasientinvolvering med gode digitale kommunikasjonsløsninger og tjenester, samt lett tilgjengelig og kvalitetssikret informasjon, veiledning og digitale verktøy tilpasset ulike brukergrupper som bidrar til mestring og selvhjelp. Løsningene skal også gi en forenklet hverdag for helsearbeidere. Hovedutfordringen er at mange aktører og prosjekter utvikler biter av disse tjenestene, dog innenfor et definert målbilde, men likevel med risiko for at løsningene blir stykkevis og delt.

Brukermedvirkning

I Nasjonal helse- og sykehusplan vises det til flere samvalgsverktøy for å styrke pasientens helsetjeneste. Samvalg betyr at en tar utgangspunkt i pasientens helsekompetanse. Dette gjør at vedkommende systematisk settes i stand til å vurdere og være med i beslutninger om hva slags behandlingsmetode og oppfølging som passer individet best. Dette er verktøy som kan benyttes før, under og etter konsultasjon og skal legge til rette for at pasienten får relevant og pålitelig informasjon om sitt helseproblem. Verktøyene hjelper pasient og pårørende med å bli kjent med valgmulighetene som finnes for behandling, gir kjennskap til mulig resultat og risiko tilknyttet behandling, og kan også bidra til økt bevisstgjøring rundt egne verdier og preferanser¹⁸. Det er per i dag utviklet ti samvalgsverktøy som er tilgjengelig på helsenorge.no. De regionale helseforetakene har etablert et felles prosjekt for å utbrede bruk av samvalg og samvalgsverktøy.

Pårørende er en viktig ressurs, både for sine nærmeste og for samfunnet. Pårørendes rolle blir avgjørende når utstyr flyttes hjem til pasienten. Regjeringen er opptatt av gi landets pårørende en enklere og bedre hverdag og vil derfor legge fram en egen pårørendestrategi. Ved å utarbeide en slik strategi vil en også kunne skape bedre rammebetingelser for etablering av digital hjemmeoppfølging. Formålet med strategien er å løfte frem pårørendes rolle og situasjon, peke på utfordringer og gi en retning for det videre arbeidet. Barn som pårørende er en viktig del av strategien. Strategien skal slås sammen med den påfølgende handlingsplanen slik at den også vil inneholde konkrete tiltak. Det tas sikte på å legge fram den samlede strategiplanen våren 2020. For regjeringen er det viktig å lytte til de pårørende. Det ble derfor opprettet en digital postkasse hvor pårørende kunne sende inn innspill. Det er mottatt over 300 innspill som skal brukes i arbeidet med strategien.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene utvikler også digitale innbyggertjenester. DigiHelse er et eksempel på en løsning som gir brukere av hjemmebaserte tjenester og deres pårørende mulighet til å kontakte helsetjenestene i sin kommune via helsenorge.no. Pasienter og pårørende kan sende og motta meldinger, se avtaler og få varsler om utførte besøk. Per 2019 er DigiHelse innført i 17 kommuner som dekker 30 prosent av innbyggerne. KS har ansvar for nasjonal innføring og jobber for at løsningen skal tas i bruk i samtlige kommuner for å sikre et enhetlig tjenestetilbud. Tilsvarende har 1230 (26 prosent) fastleger tatt i bruk digital

¹⁸ <https://www.fhi.no/publ/2018/samvalgsverktoy/>

dialog (tekst) fastlege via helsenorge.no. Dette betyr at innbyggerne på listen kan kontakte legekantoret, bestille time og fornye resept digitalt samt gjennomføre e-konsultasjoner.

Digital innbyggerstrategi

Direktoratet for e-helse ser behovet for å etablere en digital innbyggerstrategi i samarbeid med øvrige aktører i helse- og omsorgssektoren. Strategien skal tydeliggjøre rammer for innbyggerløsninger videre og utover Helsenorge, med fokus både på tilgjengelighet for alle og tilrettelegging for innovasjon på dette området. Helseplattformen og arbeidet med innbyggertjenester, øvrige RHFers digitale innbyggertjenester og kommuner, står sentralt i realisering av dette arbeidet. Hovedstrategien er å videreføre Helsenorge.no som innbyggerens vei inn til sikre digitale helsetjenester. Behov for digitale innbyggertjenester vil bli inkludert i anskaffelsen av felles kommunal journal som mulig tilleggskomponent. I hvilken grad felles journalløsning tilbyr digitale innbyggertjenester vil ikke være avgjørende for valg av leverandør(er) på dette området.

Oppsummering

Noen av tiltakene i handlingsplanen på dette området er ikke realisert og det foreligger per nå ikke konkrete planer for realisering. Innbyggerens egne krav til involvering, samt forskyvningen med at mer ansvar legges over på innbyggeren, kan tale for at det er behov for styrket innsats for å tilrettelegge for innbygger som ressurs.

Helsenorge.nos produktstrategi nevner at innbyggere skal få innsyn i journaldokumenter. I påvente av Helseplattformen har ikke dette blitt prioritert i Helse Midt-Norge RHF. Øvrige Helseregioner i Norge tilbyr nå egne innbyggere innsyn i egen journal. Noen kommuner har egne innbyggerportaler som skal dekke alle behov som innbygger i kommunen, noen fastleger tilbyr innbyggertjenester i egne løsninger tilknyttet deres valgte journalsystem, og noen innbyggertjenester innenfor helse er samlet på helsenorge.no. NAV og andre offentlige tjenester har i tillegg sine egne innbyggerportaler. Det bør gjennom arbeidet med en digital innbyggerstrategi foretas en vurdering på hvilke tiltak som best egner seg for at innbygger best skal kunne nyttiggjøre seg sine ressurser, og om de nåværende tiltakene i handlingsplanen er tilstrekkelige.

9.2 Innsatsområde 4.2 – Stimulere til innovasjon

Utvikling på området

Økt digitalisering og en effektiv helsenæring skal bidra til å løse bærekraftsutfordringene i helse- og omsorgstjenesten. Internasjonalt er både EU og FN tydelige på hvilke utfordringer vi står overfor.

Det er høyt trykk på innovasjon og næringsutvikling fra politisk ståsted og innovasjon trekkes frem som avgjørende for å sikre fremtidig bærekraft i helsetjenesten. Helsenæringen har et stort og voksende marked nasjonalt og internasjonalt. Vekstraten har ligget på rundt 8 prosent de siste årene, og den norske helsenæringen eksporterte for mer enn 23 milliarder i 2018¹⁹.

¹⁹ Menon: Helsenæringens verdi 2019 <https://www.menon.no/helsenaeringens-verdi-2019/>

Helsenæringsmeldingen, lansert i 2019, peker blant annet på behov for modning av et hjemmemarked, tilgang til kapital, tekniske infrastrukturer og avklarte partnerroller som nødvendige faktor for at den norske helsenæringen skal kunne skalere nasjonalt og globalt. Samtlige helseregioner fremhever også betydningen av tilrettelegging og samarbeid med leverandørene i markedet i sine regionale strategier. Stortingsmelding om innovasjon (Meld. St. Innovasjonsløftet (2020)) er varslet. Arbeid med stortingsmelding om datadrevet økonomi og innovasjon starter opp og vil se på eier- og forretningsmodeller. Forventninger og krav om økt samarbeid mellom akademia, helsesektoren og næringslivet fører til utvikling av nye partnerskap og -roller.

For at norsk helse- og omsorgstjeneste skal være en attraktiv samarbeidspartner for norsk og internasjonalt næringsliv, vil regjeringen legge til rette for økt bruk av innovative offentlige anskaffelser i helse- og omsorgstjenesten og helseforvaltningen. Regjeringen vil også utrede hvordan ulike virkemidler for forskning og innovasjon i kombinasjon kan bidra til et mer helhetlig løp fram mot implementering av ny teknologi og nye løsninger i helse- og omsorgstjenesten.

Næringskomiteen mener helsenæringen har potensial til å løse globale helseutfordringer, og ber regjeringen se på hvordan norsk helsenæring kan bidra innen global helse. Komiteen viser til at meldingen skisserer godt hvordan offentlige helsedata er viktig for utviklingen av helsenæringen og er tilfreds med det igangsatte arbeidet med utviklingen av helseanalyseplattformen. Det er ønsket at det utvikles forretningsmodeller mellom privat og offentlig sektor. Utredning og pilotering av nye finansieringsmodeller knyttet til utvikling av persontilpasset medisin foreslås. Utarbeidelse av retningslinjer for innovative anskaffelser etterspørres.

Helsedirektoratets innspill til Helsenæringsmeldingen

I Helsedirektoratets innspill til Helsenæringsmeldingen fremheves spesielt to anbefalinger som inngår i rapporten et helhetlig nasjonalt system for innovasjon- og omsorgstjenestene (2018). Den ene er økt stimulering av innovative anskaffelser i helse- og omsorgssektoren. Den andre er stimulering for etablering av test- og utprøvningsfasiliteter. Det anbefales å øke antall innovasjonspartnerskap (Innovasjon Norge), i tillegg til å utforske og prøve ut øvrige anskaffelser som kan bidra til innovasjon i helse- og omsorgssektoren. Det argumenteres videre for betydningen av økt bevissthet om og volumet av innovative anskaffelser og andre innretninger av konkurranser. Det anbefales også bedre stimulering av infrastruktur for test- og utprøvningsfasiliteter. Som en del av eksisterende virkemiddelapparat, etableres det en stimuleringsordning der støtteordninger fra Innovasjon Norge, SIVA og Norges forskningsråd sees i sammenheng.

Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet blir presentert som et godt eksempel på et nasjonalt initiativ som raskere sikrer implementering og spredning av løsninger, også løsninger levert av næringslivet. Helsedirektoratet fremhever at statens rolle primært bør begrenses til å fjerne barrierer for innovasjon og stimulere innovasjonsarbeidet. Dette vil bidra til å utvikle bærekraftige helse- og omsorgstjenester i tråd med endrede rammebetingelser.

Utfordringer

Innovasjon og næringsutvikling innen e-helse forventes primært å skje utenfor EPJ-området, men er avhengig av at EPJ-leverandørene tilbyr åpne grensesnitt. Tilgjengelighet til helseopplysninger og dataflyt vil være avgjørende for å kunne utnytte mulighetene.

Helsetjenesten med fragmenterte anskaffelser, stor grad av "skreddersøm" og tilpasninger til hver enkelt gir næringslivet krevende forutsetninger. På leverandørsiden ser vi konsolidering og utvikling av lukkede, leverandørspesifikke økosystemer og API-er. I helsetjenesten går mindre kunder sammen om felles, men fortsatt relativt små, oppdrag. Løsninger blir derfor krevende å skalere. Det er behov for profesjonalisering av bestillerrollen, slik at løsningene blir en del av en større og langsiktig helhet. KS etablerer partnerskap for radikal innovasjon der kommuner og fylkeskommuner jobber sammen med andre sentrale parter, som statlige aktører, forskningsmiljøer, private næringsliv og frivillig sektor for å sikre bedre bestillerevne til næringslivet²⁰.

Flere tiltak er allerede gjennomført for å nå målet om infrastruktur som støtter innovasjon. Digitale tjenester er etablert og bidrar til skalering av innovasjon og næringsutvikling på e-helseområdet. Tilgang til åpne og standardiserte API-er et viktig virkemiddel for å oppnå økt innovasjon, økt innbyggermedvirkning og økt samhandling mellom helsepersonell. Direktoratet for e-helse har laget utkast "Veileder for åpne API i helse- og omsorgstjenesten" for å legge til rette for datadeling. En økt satsning på datadeling er også omtalt i "Plan for utvikling av felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten".

Sunnaas sykehus – et av flere gode innovasjonsinitiativer fra helseforetak i Norge

Sunnaas sykehus HF er Norges største spesialsykehus innen rehabilitering og fysikalsk medisin, og behandler mer enn 7500 pasienter årlig.

Sunnaas sykehus utviklingsplan 2035 beskriver et nasjonalt rehabiliteringstygdepunkt innen spesialisert medisinsk rehabilitering, med god internasjonal forankring av klinikk, forskning og innovasjon. Likeverdig tilgang til behandling og helhetlige pasientforløp sikres gjennom en kombinasjon av sengebaserte, polikliniske og virtuelle tjenester, understøttet av tverrfaglige, ambulante rehabiliteringspoliklinikker.

Helseforetaket har også etablert et regionalt intervensjonssenter for innovasjon og utprøving av ny teknologi. Første milepæl i prosjektet var etableringen av robotlab for arm- og finger trening, i mars 2019.

Sykehuset har til enhver tid om lag 20 pågående innovasjonsprosjekter og samarbeider med 4-5 bedrifter per år. Flere gode innovasjonsinitiativ kan nevnes: Utprøving av spesialstøvel som skal øke blodstrømmen i bena, kroppsnaert tøy til forebygging av trykksår og forebygging av fallskader ved hjelp av spillteknologi og simulering.

Innovasjonsarbeidet på Sunnaas sykehus er bygget opp rundt foretakets kjernekompetanse; bevegelse, kognisjon, virtuell virkelighet og spill, robotassistert trening og pasientsikkerhet. Fremtiden fordrer en samtidig satsning på løsninger knyttet til teknologi, IKT og e-helse, herunder telerehabilitering, og en reell implementering av løsningene. Miljøperspektivet vektlegges i valg av nye løsninger.

Utvikling av god innovasjonskultur er topplederforankret, og ledere i sykehuset måles på innovasjon. Sunnaas sykehus legger til rette for godt samarbeid med næringslivet i utviklingen av produkter. Innovasjonsprosesser skal så langt som mulig være åpne, basert på en

²⁰ KS: Partnerskap for radikal innovasjon (2020): <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/framtidas-kommune/etablerer-partnerskap-for-radikal-innovasjon/>

delingsplattform. Brukere av de nye løsningene og tjenestene skal involveres i utviklingen av løsninger.

Oppsummering

Både Nasjonalt Velferdsteknologiprogram, Helseanalyseplattformen, Helseplattformen i Midt-Norge og Akson programmet er eksempler på Nasjonale programmer som støtter innovasjon og næringsutvikling. Helseanalyseplattformen i ferd med å anskaffe et analyseøkosystem der det legges til rette for at leverandører av analysetjenester og verktøy skal kunne tilby sine produkt til brukere på plattformen. Helsedata utleveres (ofte etter søknad) til en bruker som forsker på datasettet og beriker dette med egne innsamlede datasett. Dermed skapes nye datasett og ny kunnskap, dette deles som nye datasett på plattformen, som så kan videreføres av andre. Samtidig ivaretas informasjonssikkerheten ved at verktøyene benyttes til å behandle helsedata på helseanalyseplattformens sikre infrastruktur. Analyseøkosystemet blir dermed en markeds plass hvor tilbydere av analyseprodukter og brukere som har fått tildelt helsedata møtes. Dette gjøres mulig gjennom moderne container teknologi på skytjenester.

Analyseøkosystemet vil også bestå av ulike verktøy som er basert på kunstig intelligens (KI), Det planlegges for algoritmer som finner ulike sammenhenger mellom variable og lærer å se mønstre basert på tilgjengelige data. Her har programmet allerede gjort lovende forsøk gjennom PoCene i leverandør dialogen. Algoritmene som utvikles blir en del av innovasjonen og kan videreutvikles og benyttes av flere.

I Forprosjektet Akson vises det også til viktigheten av å utvikle et økosystem hvor helhetlig samhandling er navet som binder de ulike aktørene i helsesektoren sammen. En felles kommunal journal løsning og samhandlingsplattformen må spille godt sammen, og passe inn i et arkitekturlandskap for e-helse som er i løpende utvikling.

I strategien 2017- 2020 i "en vei inn til basistjenester og et rikt økosystem" styrker også Helsenorge.no sitt fokus på innovasjon. Fellestjenester muliggjør et økosystem som bidrar til å realisere digitale innbyggertjenester. Aktører vil få tilgang til data og komponenter som byggeklosser for innovasjon og tjenester via egne apper eller nettløsninger.

Årsrapporten 2019 for Helsenorge.no setter innovasjon og helsenæringen på kartet ved å fremheve flere digitale helsetilbud som skissert under:

- Videreutvikling av sikkerhetsmodell med støtte for at innbygger som logger på helsenorge.no sikkert kan benytte godkjente eksterne verktøy, uten ekstra pålogging.
- Videreutvikling av verktøy- og skjemakataloger som tilrettelegger for at eksterne verktøy kan benyttes i samarbeid med Helsetjenester på helsenorge.no.
- Etablering av støtte for videokonsultasjoner og lansering av godkjeningsprosess for eksterne videoaktører som fastleger kan benytte som del av fastlegetjenestene på helsenorge.no.
- Gjennomføring av helsenorge.no sin første Koblingslab der innovatører, leverandører og grundere fikk teste ut integrasjon mellom helsenorge.no APIer og egne løsninger.
- Etablering av nettstedet helsenorgelab.no for deling av informasjon om pågående arbeid, planer, strategier og kunnskapsutveksling med sektoren og leverandørmarkedet.

Når innbyggeren og sektoren får en felles kontekst på tvers for viktige basistjenester, kan både sektoren, næring og innovasjonsmiljøer bidra med verdikjende tjenester via helsenorge.no, apper og egne innganger. Med referanse til EIF-modellen for samhandling (juridisk, organisatorisk, semantisk og teknisk) vil det i fremtiden være behov for tiltak på alle de 4 nivåene for å støtte innovasjon.

Det er utfordringer med å bredde og implementere e-helseløsninger i praksis. Innsatsområdet må ta innover seg at det ikke kun er behov for stimulering til innovasjon, men også tiltak for at nye løsninger blir et reelt tilbud i tjenesten.

9.2.1 Økt dokumentasjon av effekten av e-helsetiltak kan føre til sterkere incentiver for at nye løsninger tas i bruk

Det arbeides med videreutvikling av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten for å støtte helhetlige tjenestetilbud, samhandling og nye måter å yte tjenester på ved hjelp av digitalisering. Videreutvikling av finansieringsordningene skjer innenfor flere dimensjoner. Den ene er finansieringsordningene som utvikles for investering og drift og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger, den andre er finansiering av ytelsen av e-helsetjenester, altså takstsystemet. For begge er det behov for et robust kunnskapsgrunnlag. For førstnevnte arbeides det med en tydeliggjøring av Direktoratets myndighetsrolle knyttet til utredning og analyser. For sistnevnte er det behov for å stimulere/kreve forskning og evaluering som kan dokumentere effekt av e-helsetjenester. Økt dokumentasjon/formalisering av effekten av e-helsetiltak kan føre til sterkere incentiver for at nye løsninger tas i bruk i praksis. Det kan her være behov for å etablere og holde oversikt over en virtuell forskningsportefølje som ses opp mot handlingsplanen.

Helsedirektoratet gir anbefalinger til refusjoner og takster i finansieringssystemet for helse- og omsorgssektoren. Anbefalingene bygger på faglige vurderinger av effekten av tjenester og intervensjoner. For å få e-helseløsninger godkjent som effektfulle er det behov for forskning og evaluering som dokumenterer effekt. Ved å stimulere til forskning og evaluering av nasjonale e-helsetiltak skaper vi et grunnlag for å få disse inn i finansieringssystemet. Takster og refusjoner vil gi pasienter og personell incitament til å ta løsningene i bruk – og sikrer innovasjon i praksis.

Et felt det har vært utfordrende å dokumentere effekter ved innføring av digitale tjenester på er medisinsk avstandsoppfølging. Nasjonalt senter for e-helseforskning har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en hurtigoversikt over forskningsbasert kunnskap om effekter av medisinsk avstandsoppfølging. Formålet var å få et bilde av omfanget av forskning knyttet til effekter, herunder omfanget av systematiske litteraturstudier. Kartleggingen viser at forskningen er fragmentert og at kunnskapen på området ikke er entydig. Hurtiggjennomgangen viser at en per i dag ikke kan si noe sikkert om effektene av medisinsk avstandsoppfølging på et generelt grunnlag (dette utelukker ikke at det på diagnosenivå kan vises til positive effekter med bruk av medisinsk avstandsoppfølging. Hurtigoversikten har ikke vurdert funnene på diagnosenivå).

Det er gjennomført følgeforskning i forbindelse med Nasjonal utprøving av medisinsk avstandsoppfølging i regi av Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Følgeforskningen fra første utprøvningsfase (2015-2018) viser at brukernes følelse av økt oppfølging, trygghet og kontroll

over egen helse ble markant bedret ved bruk av medisinsk avstandsoppfølging. Som del av følgeforskningen ble det gjennomført en litteraturstudie knyttet til effekter av medisinsk avstandsoppfølging. Her konkluderes det med at litteratur rundt gevinstene av avstandsteknologi er allsidig og lite konkluderende. Reduksjon i antall liggedøgn, innleggelseser og polikliniske konsultasjoner er den mest fremtredende effekten av avstandsoppfølging innen litteraturen og forskningen knyttet til kostnader blir av artikkelforfattere ofte omtalt som mangelfull.

I utredningen om medisinsk avstandsoppfølging anbefales det at det bør gjennomføres en systematisk gjennomgang og analyse av eksisterende kunnskapsgrunnlag med formål å avklare modenhet og effekter for nasjonal implementering av visse typer medisinsk avstandsoppfølging. Dette fordi det vil gi et godt beslutningsunderlag for å initiere implementering. Utviklingen med å ta frem og implementere medisinsk avstandsoppfølging, bør også følges av en helhetlig effektforskning, slik at samfunnsøkonomiske gevinster og andre effekter for pasienter, pårørende, spesialisthelsetjenesten, fastleger og andre kommunale tjenester synliggjøres på et aggregert nivå.

Finansieringen har vært fremhevet som et svært viktig fokusområde for utredningen av medisinsk avstandsoppfølging. Det er fremmet ønsker om bedre finansielle incentiver både knyttet til utviklingsløp, implementering og spredning av medisinsk avstandsoppfølging. Spesielt fremheves behovet for nye finansieringsmekanismer for tjenester som skal gå på tvers av tjenestenivåene. For å endre disse finansieringsmekanismene vil det være behov for økt grad av dokumentasjon av effekten av e-helsetiltak.

Oppsummering

Det er behov for sterkere incentiver for at nye digitale løsninger tas i bruk i praksis. Økt dokumentasjon/formalisering av effekten av e-helsetiltak kan føre til at flere løsninger tas i bruk. Handlingsplanen adresserer ikke initiativ eller koordinert innsats for å styrke dette. Når det gjelder endring av takstsystemet for eksempel for videokonsultasjon for fastleger, psykologer og fysioterapeuter har den pågående korona-pandemien utløst dette. Det er fortsatt behov for forskning som kan dokumentere effekten av slike løsninger.

9.3 Innsatsområde 4.3 – Helsehjelp på avstand

SSB viser til at etterspørselen etter årsverk i hele helse- og omsorgssektoren øker fra omtrent 309 000 til 415 000 i perioden 2018 til 2023. I 2060 har tallet økt til 618 000, noe som betyr en dobling i bemanningsbehovet i perioden 2018-2060²¹. Samtidig som framskrivingen av behov tilsier at vi trenger flere helsepersonell, sliter vi med å utdanne nok. Det å ta i bruk teknologi i helsetjenesten er et av tiltakene for å evne å møte behovene i befolkningen i fremtiden på en god måte. Innbyggernes forventninger til helsetjenesten er også med å drive frem organisatoriske endringer i helsetjenesten. Innbyggeren ønsker i større grad å administrere sin egen helse. Gjennom bruk av teknologi har dette blitt enklere, ved eksempelvis bruk av

²¹ SSB, s. 79. Tilgjengelig: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/386122?ts=16a9b1eef68>

smarttelefoner, nettbrett og pc. Medisinsk måleutstyr og sensorteknologi pasienten kan betjene hjemme, samt annet medisinsk utstyr som kan brukes til avstandsmonitorering bidrar til at pasienten kan bo hjemme lenger, og ta mer ansvar for egen helse. Forebygging og egenbehandling kan bidra til å redusere kostnader knyttet til behandling og hindre sykdomsutvikling. Dette igjen kan utsette behovet for innleggelse på institusjoner²².

Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Nasjonalt program for velferdsteknologi, ledet av Helsedirektoratet, skal legge til rette for at brukerne i større grad blir en ressurs i eget liv. Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse har gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram som mål at velferdsteknologi skal bli en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020.

Et av prosjektene under programmet, «Velferdsteknologisk knutepunkt», ser på muligheten til å etablere et teknologisk knutepunkt for å utveksle data mellom velferdsteknologi og elektronisk pasientjournal (EPJ). Nasjonalt velferdsteknologiprogram har tidligere anbefalt en stegvis implementering av knutepunktet i samarbeid med et utvalg kommuner og deres leverandører. Nasjonalt velferdsteknologiprogram ser to mulige nivåer av statlige tiltak for å sikre dataflyten mellom velferdsteknologiske løsninger og andre e-helsesystemer, og disse bygger på hverandre. Det første innebærer at det utvikles felles spesifikasjoner og standarder for dataflyten. Det andre innebærer videre utvikling av nasjonalt knutepunkt, hvor nivå to bygger på det første nivået.

Medisinsk avstandsoppfølging

Den største driveren for medisinsk avstandsoppfølging handler om behovet for å effektivisere helse- og omsorgssektoren. Medisinsk avstandsoppfølging defineres som "helsehjelp som utføres ved bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi, hvor pasienten og helsepersonellet som utfører hjelpen er uavhengig av et fysisk møte"²³. Målet med medisinsk avstandsoppfølging er å gi pasienter trygghet og mestring knyttet til egen sykdom og helse, avdekke sykdom eller endringer i tilstand så tidlig som mulig for å kunne iverksette tiltak tidlig, samt redusere besøk på legevakt, hos fastleger og akuttinnleggelse²⁴. Øvrige effekter ved medisinskavstandsoppfølging forventes å være reduksjon av polikliniske konsultasjoner og ressursbesparelser. Medisinsk avstandsoppfølging er under utprøving i kommuner, hos fastleger, avtalespesialister og i spesialisthelsetjenesten.

²² Effekter av avstandsoppfølging – Følgforskning av medisinsk avstandsoppfølging i delprosjektene VIS, Mestry, GodHelseHjemme og HelsaMi+. Tilgjengelig på nett: https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger/Effekter%20av%20avstandsoppf%C3%B8lgning.pdf/_attachment/inline/fe5fa28b-8efe-4de5-b7e4-12e96f68b774:3e565eaf30abc5fc3dad1a15289bc0c1fed0c6bf/Effekter%20av%20avstandsoppf%C3%B8lgning.pdf

²³ L4 Tiltaksnotat A5 Informasjonsflyt. Definisjon av telemedisin: Sundhedsdatastyrelsen 2015 (oversatt)

²⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/medisinsk-avstandsoppfolging-av-kronisk-syke>

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 - 2023²⁵ er det et mål at pasientene er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar og at de i større grad møter spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv. Denne strategien gir signaler om at Helsehjelp på nye måter er et område vi ser og kommer til å se økende aktivitet på i årene fremover. I porteføljen ligger det viktige prosjekter som har fokus på å tilrettelegge for innbyggere som ressurs, blant annet Digitale innbyggertjenester for spesialisthelsetjenesten (samarbeidsprosjekt regionale helseforetak), Digitale innbyggertjenester i Nord (Helse Nord), Alle møter (Helse Vest), DigiHelse (KS) og DigiHelsestasjon (Oslo kommune).

9.3.1 Spesialisthelsetjenesten

Nasjonal helse og sykehusplan, helseforetakenes regionale utviklingsplaner og helsefelleskapene er viktige premissgivere for arbeidet med medisinsk avstandsoppfølging i spesialisthelsetjenesten og peker retning for utviklingen i planperioden og videre fremover.

Det utadvendte sykehus er et bilde på at sykehuset skal komme nærmere pasientenes hjem. Alle helseforetak har planer om å flytte tjenesten nærmere pasientene i perioden 2020 til 2023²⁶. Hjemmesykehuset er begrepet som benyttes i ny Nasjonal helse- og sykehusplan og viser til at pasienter kan få behandling og oppfølging for sykdommer eller tilstander som vanligvis behandles i sykehus hjemme hos seg selv. Dette tilbudet er for personer som trenger sykehusbehandling, men som har en tilstand som gjør at det er forsvarlig å få behandling eller oppfølging hjemme²⁷. Særlig for pasienter som er sårbare for forflytning, har stor infeksjonsfare eller bor i områder med store avstander har hjemmesykehuset stor verdi²⁸. Et eksempel fra spesialisthelsetjenesten er bruk av mobil røntgen. Vestre Viken HF, Helse Nord- Trøndelag HF, Akershus Universitetssykehus og Sykehuset Vestfold tilbyr en slik løsning. Løsningen er i første omgang beregnet på personer som er på sykehjem eller som bor i omsorgsboliger²⁹. Flere sykehus har også gjennomført prosjekter med hjemmedialyse.

Eksempel på gjennomføring

La Fe-sykehuset i Valencia omtaler sitt hjemmesykehus som sin største klinikk. De driver hjemmesykehus innen fagfeltene pediatri, psykisk helse, rehabilitering og generell medisin. Her arbeider leger, pediatere, psykiater, psykolog, fysioterapeut, sosialarbeider, sykepleiere og administrativt personale. Klinikken har 170 senger. Det vil altså si at de har en kapasitet til å følge opp 170 pasienter samtidig, der pasienten sover i egen og ikke i sykehusets seng. I 2014 behandlet de 5000 pasienter.

Valencia har innført en «Case-management modell». En sykepleier fra kommunen og en fra sykehuset er kjernen i et tverrfaglig team som har ansvaret for at de pasientene som bruker helsetjenesten mest, holder seg friskest mulig. De har til sammen oversikt over hele behandlingsskjeden. Ved å følge pasientene individuelt kan teamet sørge for at pasientene får behandling tidlig nok, og på denne måten unngå forverring.

²⁵ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1>

²⁶ NHSP 105

²⁷ NHSP s. 56

²⁸ NHSP s. 105

²⁹ NHSP s. 105

Modellen har gitt en reduksjon i antall liggedøgn på 25 prosent. Gjennomføringsevnen vurderes som større i Valencia, fordi det bare er ett nivå i helsetjenesten.

9.3.2 Primærhelsetjenesten

På nasjonalt nivå er medisinsk avstandsoppfølging under utprøving i kommunene i regi av Nasjonalt Velferdsteknologiprogram. Målgruppen i programmet er kronikere med ikke-smittsomme sykdommer som KOLS, diabetes og hjerte/kar. Denne pasientgruppen har ofte har et høyt forbruk av helsetjenester. Ved hjelp av teknologiske verktøy og løsninger kan pasienter få oppfølging hjemmefra istedenfor å måtte fysisk oppsøke helsetjenesten. Helsepersonell kan for eksempel følge med på målinger som blir registrert av pasienter, og gi pasienten veiledning eller sette inn tiltak basert på disse dataene.

Utprøvingen har foregått i to faser, 2015-2018 og 2018-2021. Fase én omfattet prosjekter i fire kommuner; VIS i Oslo, HelsaMi+ i Trondheim, God Helse Hjemme i Stavanger og Mestry i Sarpsborg med omtrent 822 pasienter. Fase to omfatter seks kommuner, omtrent 100 fastleger og 600 pasienter. Utprøvingen skal være randomisert og kontrollert for å få bedre tall knyttet til effekt. En rapport med resultatene av følgeforskningen vil publiseres i 2021. Ved utgangen av fase to er det også ønskelig at man vet mer om fastlegenes rolle, roller og ansvar i et helhetlig pasientforløp og forbruk av helsetjenester.

Utfordringer

Det er flere utfordringer og forutsetninger knyttet til medisinsk avstandsoppfølging. Helse- og omsorgsdepartementet har på bakgrunn av dette gitt Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk i oppgave å identifisere utfordringer som hindrer implementering av medisinsk avstandsoppfølging. Området bærer preg av at det er mange småskalaprosjekter og initiativer med få ressurser. Det mangler nødvendig e-helseinfrastrukturer, noe som hinder nødvendig skalering. Det er behov for nye finansieringsmodeller i helse- og omsorgssektoren. Medisinsk avstandsoppfølging setter også krav til nye måter å organisere tjenesten på.

Det er fortsatt en del usikkerhet knyttet til informasjonssikkerhet og personvern ved bruk av medisinsk avstandsoppfølging. Ved bruk av ny teknologi vil krav til personvern og informasjonssikkerhet være svært viktig. Normen, bransjenorm for informasjonssikkerhet og personvern, som for tiden blir oppdatert, vil være et viktig bidrag til avklaringer. Andre juridiske avklaringer, samt oppdatering av lovverk kan bli nødvendig når man yter helsehjelp på nye måter ved hjelp av teknologi.

Bruk av velferdsteknologisk knutepunkt kan se ut som en god og effektiv løsning for å bidra til samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå, men få kommuner har tatt dette i bruk ennå. Integrasjon mellom velferdsteknologiløsninger og EPJ er en forutsetning for å kunne ta ut gevinstpotensialet.

Prosjektet får redusert økonomisk ramme i 2020, noe som vil resultere i lavere ambisjonsnivå på utprøving, samt utsettelse/kutt av utredning om datadelingsinfrastruktur for medisinsk avstandsoppfølging. Dette påvirker pågående avklaring om VKP har en rolle i nasjonal kontekst.

Oppsummering

Det er utfordringer med dagens mangelfulle muligheter for datadeling mellom velferdsteknologiske løsninger og eksisterende e-helse system. For å realisere visjonen om "det utadvendte sykehus", kreves det stor innsats på innsatsområde 4.3. Det haster med å innføre finansieringsmodeller som er tilrettelagt for bedre samhandling på tvers av nivåer. Det vil kunne stimulere også fastleger til i større grad være aktive bidragsyttere til å bredde medisinsk avstandsoppfølging.

Ifølge rapport "e-helse i kommunene - en kunnskapsoversikt" vises det til at avstandsoppfølging og digital dialog med tjenesteapparatet er like bra som fysisk kontakt, og at pasienter/innbyggerne ønsker eller er positive til en slik dialog. Fastleger (selvstendig næringsdrivende leger) har sannsynligvis mindre økonomisk gevinst av å etablere slike tilbud. Det kan tyde på at gevinsten i størst grad ligger hos pasientene, men også i kommunale og statlige tjenester. Det vil være behov for ytterligere nasjonal innsats på området for å ha god kontinuitet i utbredelse av medisinsk avstandsoppfølging de neste årene.

10 Innsatsområde 5 – Felles grunnmur for digitale tjenester

Bedre samhandling er et av de viktigste utviklingsområdene både fra et pasient- og samfunnsøkonomisk perspektiv. Deling av helsedata på tvers av nivåer og strukturer er en forutsetning for å lykkes med de overordnede målene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (NHSP) . Sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner, bruk av helsedata for å utvikle bedre helsehjelp, og målet om det utadvendte sykehus som beskrevet i NHSP krever deling av helsedata på tvers av nivåer og strukturer. Økt bruk av velferdsteknologi og medisinsk avstandsoppfølging, oppgaveforskyvning fra spesialist- til primærhelsetjeneste og innbyggernes økte forventninger til en sammenhengende digital tjeneste tilsier at det er behov for økt grad av samhandling.

10.1 Dagens meldings- og dokumentutveksling vil ikke dekke behovet for samhandling rundt en pasient

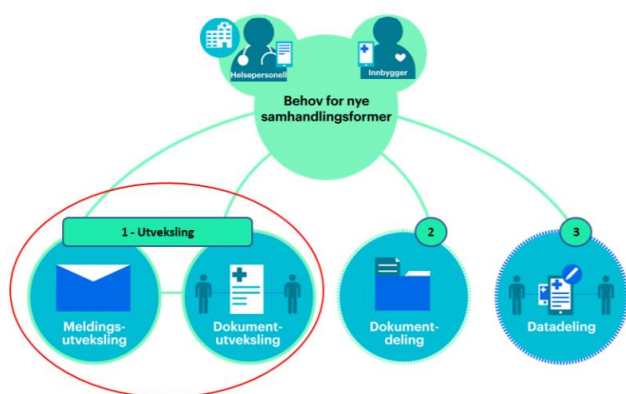
Det utadvendte sykehus er et bilde på at sykehusene skal flytte tjenestene nærmere pasientene. Det legges opp til økt bruk av velferdsteknologi, samtidig som innbyggerne har økte forventninger til digitale tjenester. Imidlertid mangler det per i dag tekniske rammer for deling av data innenfor medisinsk avstandsoppfølging. I avanserte former for samarbeid rundt en pasient ved hjelp av teknologi, vil ikke meldings – eller dokumentutveksling dekke behovene for samhandling godt nok. For å kunne ta ut det fulle potensiale i medisinsk avstandsoppfølging, er det behov for datadeling. Egenbehandlingsplan må eksempelvis oppdateres og utvikles gjennom hele pasientforløpet, gjerne av flere aktører. Dette er krevende om man ikke har muligheter til å dele og redigere informasjon.

Store deler av samhandlingsutfordringene beskrevet i Samhandlingsreformen og Stortingsmeldingen Én innbygger – én journal er fremdeles gjeldende i dag³⁰³¹. Dagens løsninger har støtte for de viktigste formene for meldings- og dokumentutveksling, men ikke god nok støtte for deling og samarbeid rundt strukturerte data og dokumenter på tvers av virksomheter og med innbyggere. Forbedret samhandling er nødvendig for å oppnå de helsepolitiske målene. Realisering av målbildet for Én innbygger – én journal vil kreve koordinerte tiltak som går på tvers av aktørene. Uten felles tiltak for økt gjennomføringsevne, vil innføring av nye og nødvendige samhandlingsformer ta svært lang tid. Hver enkelt av de strategiske tiltakene for realisering av målbildet for Én innbygger – én journal har behov for felles samhandlingsløsninger, felles standarder og krav, felles komponenter for forvaltning av terminologier og kodeverk, samt felles retningslinjer og komponenter for informasjonssikkerhet. De har sammenfallende behov og utfordringer som bør løses én gang, fremfor at hvert enkelt tiltak løser dem hver for seg.

Eksisterende e-helseløsninger omfatter både nasjonale og sektorens egne e-helseløsninger, som nasjonal kjernejournal, e-resept, helsenorge.no, elektronisk pasientjournal (EPJ) og andre fagsystemer. For at e-helseløsningene skal fungere sammen har de felles behov for grunddata, informasjonssikkerhet og personvern, kodeverk og terminologier. Det er i tillegg behov for felleskomponenter, felles standarder, retningslinjer og infrastruktur. Disse felles behovene skal møtes gjennom tiltak beskrevet i Plan for Felles grunnmur. Sammen med innsatsområdet Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne er felles grunnmur for digitale tjenester forutsetning for å ta ut gevinster gjennom de øvrige områdene i Nasjonal e-helsestrategi.

Meldings- og dokumentutveksling

Det er tre ulike samhandlingsformene som er beskrevet i den nasjonale målarkitekturen for samhandling; meldings- og dokumentutveksling, dokumentdeling og datadeling gir ulike muligheter for å dele informasjon.



³⁰ Helse- og omsorgsdepartementet 2012, Meld. St. 9 (2012-2013) "Én innbygger – én journal"
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>

³¹ Helse- og omsorgsdepartementet 2008, Meld. St. 47 (2008-2009) "Samhandlingsreformen",
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Meldingsutveksling er fortsatt den viktigste formen for elektronisk samhandling. Omtrent 99% av elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren, både innad og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, utføres som meldingsutveksling.

Det er etablert nasjonale innføringsplaner for de tre nye meldingsstandardene for tjenestebasert adressering, henvisning og helsefaglig dialog. Helse Sør-Øst skal starte utprøving av løsning for å gjøre et utvalg av journaldokumenter tilgjengelig for helsepersonell via nasjonal dokumentdelingsløsning og Kjernejournal. Helse Nord planlegger å gjøre det samme høsten 2020. Nasjonalt er det utarbeidet referanse- og målarkitekturer for dokumentdeling og en nasjonal dokumentdelingsløsning basert på XDS-standard. Kjernejournal er klargjort for journalinnsyn fra helsepersonell og Helsenorge gir mulighet for journalinnsyn for innbyggere.

Det er behov for at RHF-ene gjør sine dokumenter tilgjengelige, og at de sikrer at arbeidsprosesser oppdateres, slik at helsepersonell i relevante deler av spesialisthelsetjenesten benytter seg av mulighetene for journalinnsyn via Kjernejournal. Dette er for eksempel nyttig i akuttmedisinsk kjede. For å lykkes med dokumentdeling, må regionene også arbeide sammen med kommuner og fastleger for å bli enige om hvilke dokumenttyper som skal deles og når. Felles plan 2019 beskriver at dette arbeidet er i gang, men det bør konkretiseres ytterligere. I tillegg er det behov for videreutvikling av de nasjonale komponentene. Felles plan 2019 beskriver ikke tidsplanen for når Helse Vest og Helse Midt-Norge planlegger å gi helsepersonell tilgang til sine journaldokumenter via nasjonal dokumentdelingsløsning og Kjernejournal. Disse tidsplanene bør dokumenteres blant annet fordi det er avhengigheter til andre aktørers planer og investeringer. For realiseringen av målbildet er det også viktig at Kjernejournal tas i bruk i kommunal helse- og omsorgstjeneste, slik at helsepersonell med tjenstlig behov kan få innsyn i relevante journaldokumenter.

Dokumentdeling er tatt i bruk på helsenorge.no ved innbyggers innsyn i egen journal, og i Helse Vest, Nord og Sør-Øst mellom helsepersonell og pasient.

Datadeling

Når det er behov for at flere aktører får tilgang til helseopplysninger om en pasient, uten at man på forhånd vet når behovet vil oppstå eller hvem som vil få dette behovet, har meldingsutveksling klare begrensninger. Det samme gjelder om det er behov for å dele og få tilgang til helseopplysninger i sanntid. Datadeling er foreløpig lite utbredt i helsesektoren. Det forventes en økning i bruk av datadeling som samhandlingsmodell. Helseplattformen i Midt-Norge og Pasientens legemiddelliste er eksempler på satsinger som forutsetter at datadeling tas i bruk for å støtte mer avansert samhandling og deling av strukturerte pasient- og brukeropplysninger mellom IKT-systemene. Deling av kritisk informasjon mellom virksomheter gjennom nasjonal kjernejournal er et eksempel på datadeling. Løsning for helhetlig samhandling knyttet til anbefalt etablering av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste, vil også kunne benytte datadeling som en av mekanismene for å oppnå samhandling med spesialisthelsetjenesten, andre kommunale tjenesteområder og innbyggeren selv. Andre eksempler er deling av opplysninger som innbygger selv har produsert (for eksempel fra velferdsteknologisk utstyr og skjema) og samarbeid rundt

helseopplysninger som egenbehandlingsplaner.³² Av behovskartleggingen til Akson kan det leses at aktørene i høyere grad etterspør datadeling. Datadeling tilrettelegger for at innbyggere og helseaktører kan ha en dynamisk informasjonsdeling med andre helseaktører. Flere aktører kan samhandle om felles, strukturerte helseopplysninger som er lagret kun et sted, i motsetning til meldingsutveksling hvor samme data lagres hos alle avsendere og mottakere av en melding.

Standardisering

Standardiserte API-er er sentralt ved bruk av datadeling som samhandlingsform. Direktoratet for e-helse har anbefalt bruk av HL7 FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources) for å beskrive semantisk innhold for nye datadelingsgrensesnitt. FHIR er en fritt tilgjengelig standard fra HL7 International som er viktig i arbeidet med å oppnå semantisk samhandling på nasjonalt og internasjonalt nivå i årene fremover. Eksempelvis kan man ved samordnet bruk av FHIR sikre at en app som er utviklet for integrasjon mot journalsystemet i Helse Midt, med minimale endringer kan integreres mot et annet journalsystem i Helse Nord. FHIR definerer imidlertid generiske modeller, som i de fleste tilfeller vil måtte tilpasses nasjonal og lokal kontekst³³. For å oppnå de store samandlingsgevinstene i Norge bør FHIR implementeres på en samordnet måte, med lokale tilpasninger, i sektoren. Dette vil kreve betydelig ressursinnsats knyttet til koordinering og samordning. Utviklingen og modningen av FHIR som standard og SMART on FHIR er viktig for å kunne vurdere ytterligere bruk i fremtiden. På nasjonalt nivå har helsenorge.no og Velferdsteknologiprogrammet FHIR-grensesnitt i henholdsvis produksjon og pilotproduksjon. Grunndata og Sentral forskrivningsmodul (SFM) baserer sine integrasjoner på FHIR, og Helsedataprogrammet, EPJ-løftet og Helseplattformen i Midt-Norge planlegger å ta i bruk FHIR for samhandling basert på datadeling. Felles nasjonal plan for neste generasjons EPJ for Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord planlegger å bruke FHIR for både utveksling mellom kliniske systemer og for arbeidsflyt. I tillegg er FHIR tatt i bruk i flere regionale prosjekter, spesielt i Helse Vest.

Internasjonalt arbeides det også med standarder for å bedre samhandling. EU er en sterk pådriver for lik bruk av standarder i Europa. Resultatene fra ePrescription og Patient summary blir nå tatt i bruk av flere europeiske land. International Patient Summary (IPS) er en betegnelse for et minimumsett av pasientdata som er generiske og relevante for medisinsk helsepersonell ved mange ulike samhandlingsformål. EU følger nå opp videre arbeid med tilsvarende standardiseringsarbeid av informasjonselementer for epikriser, prøvesvar og bilder. Gjenbruk av internasjonale e-helsestandarder og internasjonalt samarbeid vil være viktig for fremtidig utvikling i Norge.

Program for kodeverk og terminologi – Felles språk bidrar også til standardisering. Her utarbeides en felles, nasjonal terminologi med relasjoner mot kodeverk, helseregistre og kvalitetsregistre. Helseplattformen tar i bruk versjon 1 av Felles språk når den går i produksjon

³² Direktoratet for e-helse 2019, "Plan for utvikling av felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten" <https://ehelse.no/publikasjoner/plan-for-utvikling-av-felles-grunnmur-for-digitale-tjenester-i-helse-og-omsorgstjenesten>

³³ Direktoratet for e-helse 2019, Anbefaling om bruk av HL7 FHIR for datadeling, https://ehelse.no/standarder/ikke-standarder/anbefaling-om-bruk-av-hl7-fhir-for-datadeling/_attachment/inline/497e3b5d-abd8-41bc-a23f-91c6b72f1ce6:07617324313e447eb62fb2cf7861ef428ad92cd1/Anbefaling%20om%20bruk%20av%20HL7%20FHIR%20for%20datadeling.pdf

i 2021 og Felles språk vil gradvis tas i bruk også i de andre helseregionene, samt i de nasjonale e-helseløsningene. Det etableres i 2020 en nasjonal forvaltningsmodell for terminologi på linje med dagens kodeverksforvaltning. Felles språk vil bli en standard all nyutvikling innen sektoren må forholde seg til. Skatteetaten har etablert et nytt Folkeregister og vil skru av gammelt Folkeregister 31. desember 2021. Dette påvirker de fleste aktører i helsetjenesten. Programmet MF Helse koordinerer overgangen for helsetjenesten og etablerer samtidig en ny plattform og forvaltning for Grunndata.

Oppsummering

Utvalgene i styringsmodellen har bedt om at tiltak som støtter digitalisering av legemiddelområdet og Helseplattformen særlig prioriteres for 2020. For digitalisering av legemiddelområdet trekkes HelseID frem som kritisk for sentral forskrivingsmodul, da komponenten brukes for autentisering av system og brukere.

Direktoratet for e-helse har gjennom KVVU for Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste anbefalt investeringstiltak for helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg til investeringer i helhetlig samhandlingsløsning og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester, omfatter tiltaket også investeringer i grunnmurskomponenter som felles grunndata, terminologi og kodeverk og samhandlingsløsninger for dokument- og datadeling. Planlegging og gjennomføring av tiltak for Felles grunnmur innenfor disse områdene må koordineres både før og etter investeringsbeslutningen for helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det synes å være enighet om at det er viktig å få til datadeling. Det oppfattes at det er en samlet sektoroppslutning om en koordinert innsats på dokumentdeling, datadeling og videre arbeid med grunndata. HelseID, styringsmodell for identitets- og tilgangsstyring og personvern samt logging (etterprøve tjenstlig behov) løftes frem som viktige tiltak før å etablere helhetlige løsninger på tvers. Innsatsområdene sammenfaller med innspillene RHF-ene har gitt i arbeidet med Nasjonal Helse- og sykehusplan (NUIT sakspapirer – felles grunnmur 2020).

Flere av grunnmursleveransene som sektoren har identifisert og prioritert mangler finansieringskilde og knytter seg til dokumentdeling, datadeling og noe på grunndata. Samtlige av tiltakene er grunnleggende for å øke samhandlingsevnen i sektoren og helt nødvendige for å etablere nye samhandlingsformer. For dokumentdeling vil manglende finansiering gjøre at Direktoratet og NHN ikke kan støtte Helse Sør-Øst sin utprøving og nye aktører i det omfang som det er behov for. I tillegg vil det få konsekvenser etablering av nasjonale retningslinjer for håndtering av personvern, logging og identitets- og tilgangsstyring. Det er viktig å gjøre dette samtidig med at Helse Sør-Øst gjennomfører utprøving av dokumentdeling i 2020. Resultatet av dette er også viktige for den videre utviklingen av datadeling. Videre vil konsekvensen for datadeling være at det ikke er tilstrekkelig kapasitet til å støtte pågående initiativ å utarbeide retningslinjer, basis profiler og nasjonale profiler for FHIR. Uten finansiering vil ikke nasjonal virksomhetsstruktur som omfatter pleie og omsorg bli gjennomført.

11 Innsatsområde 6 – Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne

11.1 Utvikling på innsatsområde 6.1

Det er gjennomført og planlagt viktige strukturelle endringer som vil bidra til å styrke den digitale transformasjonen i helse- og omsorgssektoren.

NEO-programmet er gjennomført og utløste en ny organisering av e-helseområdet. 01.01.2020 ble Divisjon utvikling og innføring overført til Norsk Helsenett AS, som nå utvider sitt oppdrag som nasjonal tjenesteleverandør for nasjonale e-helseløsninger.

Forslag til ny e-helselov ble sendt på høring med frist 15.01.2020. Her formaliseres nasjonal styringsmodell for e-helse. Direktoratet for e-helse gis et tydeligere mandat som normerende myndighet. Det stilles krav til aktørene om innrapportering av tiltak av nasjonal betydning til nasjonal e-helseportefølje. Ny finansieringsmodell er lansert i høringsnotat for ny e-helselov. Fire nasjonale e-helseløsninger reguleres: Kjernejournal, eResept, Norsk Helsenett og Helsenorge.no. Det legges opp til at sektorens aktører i økende grad skal få plikt til å ta i bruk og finansiere drift og forvaltning av løsningene.

Det ble også gjennomført grep for å møte finansieringsutfordringene, gjennom opprettelsen av Teknisk beregningsutvalg. Utvalget skal bidra til transparens og best mulig tallgrunnlag for å beregne betalingen for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. Det skal bidra både til at aktørene i helse- og omsorgssektoren får innflytelse over kostnadsutviklingen og til å skape konsensus om nivå på og fordeling av kostnadene.

Samstyring av drift og forvaltning av nasjonale løsninger foreslås organisert gjennom sektorsammensatte "Områdeutvalg". Disse vil ha en sentral rolle i operasjonaliseringen av den tredje nasjonale prosessen – Forvaltningsstyringsprosessen. Hvert enkelt produkt skal ikke ha sitt eget produktstyre, slik det er i dag, men i stedet overordnede styre for bestemte produkt-/løsningsområder. Et eksempel er legemiddelområdet, hvor det kan bli et overordnet styre for flere av løsningene som Pasientens legemiddelliste, Sentral forskrivningsmodul, Multidose, Kjernejournal og eResept.

Direktoratet gjennomfører nå flere interne tiltak for å fylle sin nye rolle og videreutvikler blant annet nasjonal portefølje- og arkitekturstyring. Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan konkretiserer arkitekturstyring som et av flere virkemidler for å oppnå nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne. Nasjonal arkitekturstyring skal integreres i nasjonal styringsmodell for e-helse, understøtte prosessene for strategi, porteføljestyring og forvaltningsstyring, og ha en god involvering og forankring i sektoren. Riktige arkitekturvalg

skal styrke gjennomføringsevnen og gi bedre samlet måloppnåelse. Nasjonal arkitekturstyring skal utøves basert på fastsatte arkitekturprinsipper, referansearkitekturer, standarder, målbilder og veikart og annet nasjonalt styringsgrunnlag. Videre skal Nasjonal arkitekturstyring involveres i valg av overordnede rammer og retning som påvirker den samlede e-helseutviklingen, for å kunne etablere gode rammebetingelser for IKT-utviklingen i en tidlig fase. Arkitekturstyringen skal utføres i tett samarbeid med sektor, både i direkte dialog med aktørene og gjennom ulike fora.

Porteføljestytingsprosessen utvikles og profesjonaliseres gjennom 2020, og vil også justeres ved eventuell innføring av ny e-hesloov. Departementet er opptatt av at tiltakene i den nasjonale e-helseporteføljen følger den til enhver tid nasjonale beste praksis metodikk, herunder Prosjektveiviseren fra Difi og Utredningsinstruksen fra DFØ. Dette beskrives i høringsnotatet for ny e-hesloov og endringer i IKT-standardforskriften. Handlingsplanen beskriver aktiviteten om at prosjektveiviseren.no (Digitaliseringsdirektoratet) legges til grunn for beslutninger om å igangsette tiltak og oppfølging av disse. Dette er i tillegg nevnt i rapportene Styrket gjennomføringsevne – IKT-organisering (2017) og Ny e-helseorganisering.

11.2 Utvikling på innsatsområde 6.2

Behovet for, og interessen rundt, målet om samarbeid om innføring og sikring av gevinster har vært gradvis økende gjennom hele 2019. Behovet er synliggjort i alt fra Regjeringens digitaliseringsstrategi, Nasjonal helse- og sykehusplan og i fagutvalg og avdelinger både i HOD, KS og Direktoratet for e-helse. Hos disse aktørene er foreløpig fokus å se hvordan innføring og samarbeid mellom kommunal helse- og omsorgssektor og statlige e-helse tiltak kan styrkes. Dette har igjennom 2019 blitt adressert av KS og Direktoratet for e-helse gjennom både legemiddelprogrammet og prosjekt AKSON. KS har blant annet startet diskusjoner og presentert forslag til nasjonale innføringsmodeller i sitt fagråd for e-helse. I tillegg har AKSON prosjektet og KS i samarbeid utarbeidet en anbefaling til en nasjonal kommunal organisering for innføring av AKSON journal. Denne modellen er basert på allerede etablerte nettverk i kommunal sektor i dag og vil, om besluttet og satt ut i livet, kunne være en sterk modell for samarbeid om innføring og gevinstrealisering for nasjonale e-helse tiltak mellom stat og kommunal sektor.

Direktoratet har startet arbeidet med standardisering av gevinststyring i prosjektene basert på DFØs og Digitaliseringsdirektoratets retningslinjer for beregning av samfunnsøkonomiske gevinster i prosjekter. I første omgang vil rapporteringsmalen prøves ut internt i Direktoratet før det vurderes om endringen kan gjøres gjeldende for alle prosjekter i nasjonal e-helseportefølge. Endringen vil innebære standardisering av begrepsbruk og beregningsmetoder som vil gjøre det enklere å sammenligne gevinster på tvers av prosjekter, og dermed også forenkle prioritering.

Det har blitt gjort viktig arbeid for å tilrettelegge for økt digital kompetanse. Kunnskapsdepartementet startet høsten 2017 arbeidet med å utarbeide nasjonale retningslinjer for hver enkelt av grunnutdanningene i helse- og sosialfag (RETHOS 1+2). Retningslinjene skal være førende for institusjonenes arbeid med utdanningene og bygger blant annet på forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. Forskriften

skal sikre felles læringsutbytte. Utdanningskandidaten skal blant annet oppnå digital kompetanse og kunne bistå i utviklingen av og bruke egnet teknologi både på individ- og systemnivå (§2, punkt 12). Retningslinjer ble godkjent av Kunnskapsdepartementet i 2019, og iverksettes i studieårene 2020-2022. Direktoratet for e-helse har avgitt høringsuttalelser til RETHOS 1+2, og hatt møte med utdanningsinstitusjoner og de regionale helseforetakene for å fremme digital kompetanse i grunn-, videre- og etterutdanningene for helsepersonell.

NOU 2019: 2 Fremtidige kompetansebehov II — utfordringer for kompetansepolitikken redegjør for begrepet digital kompetanse og behovene for å styrke denne i alle lag av samfunnet. NOU 2019:2 sammen med NOU 2019: 12 Lærekrav utvikling — Livslang læring for omstilling og konkurranseevne er de kompetansepoltiske rammene for styrkning av (digital) kompetanse i helse- og omsorgssektoren fremover. Disse føringene reflekteres i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

11.2.1 Utfordringer kan ikke løses i den enkelte virksomhet eller sektor

Kommunal- og moderniseringsdepartementet la i 2019 frem Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor (Én digital offentlig sektor 2019-2025) som en oppfølging av Stortingsmeldingen Digital agenda (2015-2016). Strategien definerer felles mål og innsatsområder for offentlig sektor. Den legger vekt på at statlig og kommunal sektor må samarbeide på nye og mer forpliktende måter. Offentlige data må gjenbrukes og deles. Det skal utvikles samarbeidsmodeller som sikrer samordning og samhandling på tvers av og innenfor sektorer og forvaltningsnivåer. Kommunal sektor skal sikres innflytelse i det nasjonale digitaliseringsarbeidet gjennom nye modeller for samarbeid som baseres på prinsippene om likeverdighet og innflytelse, representativitet og tidlig involvering. Regjeringen og KS fremhever at utfordringer ikke kan løses i den enkelte virksomhet eller sektor – vi må samarbeide på tvers for å skape sammenhengende tjenester som løser brukernes behov, uavhengig av hvem som leverer tjenesten. Offentlige tjenester skal oppleves sammenhengende og helhetlige av brukerne, uavhengig av hvilke offentlige virksomheter som tilbyr dem. En sammenhengende tjeneste betyr ikke nødvendigvis én tjeneste eller én prosess. Det kan eksempelvis bety at når privatpersoner er pålogget en løsning, blir relevant informasjon og tjenester fra andre offentlige virksomheter tilgjengeliggjort samtidig. Hovedgrepene i strategien rettes mot en tydelig brukersentrert utvikling av offentlige tjenester, og utnyttelse av felles IT-løsninger gjennom felles økosystem for digital samhandling i offentlig sektor. Det tas utgangspunkt i livshendelser for å sette brukeren i sentrum og utvikle sammenhengende tjenester. Strategien peker ut syv livshendelser hvor utviklingen av sammenhengende tjenester skal prioriteres. En av disse er alvorlig sykt barn, hvor Direktoratet for e-helse bistod Helsedirektoratet med å levere en rapport i oktober 2019. Rapporten peker på det utfordringsbildet som familier med barn og unge som har behov for sammensatte offentlige tjenester står i.

I Digitaliseringsstrategien pekes det også på at erfaringene fra samarbeid mellom statlig og kommunal sektor på e-helseområdet kan danne grunnlag for gode samarbeidsmodeller. KS har vist til den nasjonale styringsmodellen for e-helse som en god mekanisme for økt kommunal innflytelse på digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren. I tillegg er konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS en formalisert arena for dialog og samhandling som også kan brukes til å konsultere kommunal sektor i e-helsespørsmål.

Digitaliseringsdirektoratet presenterte på NUFA 29.02.20 hvilke tverrsektorielle behov de løser med sine tjenester, hvordan de tilrettelegger og møter stadig nye behov innenfor datadeling, og konkretiserte hva som ligger utenfor deres sfære. ID-porten og Maskinporten, som er tverrsektorielle tjenester, eid av Digitaliseringsdirektoratet, er en viktig byggekloss for digitaliseringen av offentlig sektor og skal også fremover være et virkemiddel for å dekke forvaltningens behov for autentisering på en sikker, effektiv og brukervennlig måte.

Oppsummering

Initiativ for tverrsektorielt samarbeid er i mindre grad adressert og beskrevet i handlingsplanen. Realiseringen av mål og tiltak i digitaliseringsstrategi for offentlig sektor vil kreve styringsvirkemidler på tvers av sektorer. Skate er et sentralt verktøy for tverrgående digitalisering, og Direktoratet for e-helse er en sentral part i dette samarbeidet. Direktoratet for e-helse deltar for å jobbe mot felles mål, og se synergier mot helse- og omsorgssektoren. Direktoratet for e-helse deltar også i flere andre tverrsektorielle samarbeid, eksempelvis i fagutvalg hos UNIT (Direktoratet for IKT og fellestjenester i høyere utdanning og forskning) og Digitaliseringsdirektoratet.

11.2.2 Digital transformasjon i helse- og omsorgssektoren er nødvendig for å oppnå gevinster

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 adresserer digital transformasjon. Nye finansieringsordninger skal legge til rette for innføring av nye arbeidsformer, samtidig med ny teknologi. Planen omtaler hvordan nye måter å yte tjenester på ved hjelp av teknologi utfordrer regulering, organisering, faglig normering og finansieringsordninger. Lov, organisering, finansiering- og styringsmodeller er ikke tilpasset en digital virkelighet. Visjonen om det utadvendte sykehus og utstrakt bruk av medisinsk avstandsoppfølging stiller nye krav til investeringer i teknologi og ny kompetanse, men også krav til nye måter å organisere tjenesten på. Teknologien gir rom for nye måter å løse oppgaver på tvers av sykehus og kommuner, men helsemyndighetene strever med å tilpasse seg raskt nok slik at disse mulighetene kan tas i bruk. Virkemidlene må innrettes for å støtte tjenestene vi vil ha i morgen - ikke gårsdagens. Det vises i planen til at det å drive utviklingsarbeid av organisering og arbeidsprosesser må bli en like naturlig del av foretakenes opplevde ansvar som å drive løpende pasientbehandling. Transformasjon adresseres også i Digitaliseringsstrategien, hvor selve hensikten med strategien er å kunne støtte en digital transformasjon i offentlig sektor som helhet.

Også OECD fremhever behovet for en sårt trengt digital transformasjon av helsetjenesten.³⁴ I dette legges det at digitalisering av eksisterende tjenester og løsninger ikke er nok. Barrierene mot å bygge digitale helsesystemer er ikke teknologiske, men institusjonelle og organisatoriske. Transformasjonsbegrepet referer til de muliggjørende faktorene som adopsjon, endring av organisasjonsstrukturer, prosesser og atferd som er nødvendig for å se faktisk endring og for få gevinster av digitaliseringen. Transformasjon oppnås ikke ved å kun digitalisere eksisterende praksis. Det krever en endring av organisasjonsstrukturer,

³⁴ OECD 2019, "Health in the 21st century" https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-in-the-21st-century_e3b23f8e-en#page47

forretningsmodeller, kultur og vaner. For å få til slike endringer kreves store investeringer. Det krever ikke bare investeringer i teknologi, men i å bygge ekspertise innenfor teknologi, tilpasning av arbeidsprosesser og modernisering av styring- og eierskap. Det innebærer også store endringer i finansieringsmodeller, som påvirker incentiver og atferd på tvers av helsesystemet. OECD argumenterer med at helseinstansene og helsesystemene ble formet i den før-digitale æra, hvor det ikke var mulig å kombinere, dele og analysere store mengder data. Nøkkelevnene for å lykkes med endring; fleksibilitet, restrukturering og arbeid på tvers av siloer står i motsetning til dagens organisering av helsetjenesten. Digital transformasjon blir sammenlignet med store endringer, som den industrielle revolusjon. Digitaliseringen har satt økt fokus på barrierene for å oppnå transformasjon, men ikke brutt de tilstrekkelig ned. De enorme mulighetene som ligger i bruk av teknologi har bidratt til å fremheve at det haster med å gjøre noe med eksempelvis siloorganisering, som kommer i veien for viktige tiltak. WHO's e-helseundersøkelse peker på at det internasjonalt finnes mange barrierer for bruk av teknologi for å støtte helsetjenesten, som for eksempel tilstrekkelig teknologiskompetanse og finansiering³⁵. Men rapporten fremhever at det fundamentale for å overkomme disse barrierene, er forståelsen om at digitalisering er en essensiell del av helsetjenesten, ikke en tilleggskomponent.

For å møte kravene til en effektiv og brukervennlig forvaltning må samfunnsoppdrag løses på helt nye måter. Det utfordrer de etablerte måter å løse oppgaver på, og også hvordan alle i virksomheten jobber, hvordan vi leder, verdier, tankesett, prosesser og organisering. I digital transformasjon ligger det en grunnleggende og omfattende endring, ikke en mindre justering. Det fordrer også redesign av virksomheten på alle nivå – folk, prosesser, teknologi og styring.

Direktoratet for e-helses virksomhetsstrategi har brukt begrepet digital transformasjon for å beskrive mål, og således utvidet sitt perspektiv på digitalisering. Direktoratet beskriver i sin strategi at det skal være en nasjonal rådgiver for digital transformasjon av helse- og omsorgssektoren. I dette ligger å utfordre barrierer og anbefale virkemidler for digital transformasjon og å arbeide for økt kompetanse i digital transformasjon i helse- og omsorgssektoren. Det må også stilles krav og gis rammer for transformasjonen.

Pågående tiltak belyser transformasjonsutfordringer. Utredningen om medisinsk avstandsoppfølging (kilde) belyser utfordringer med endring i organisering og struktur. Medisinsk avstandsoppfølging er under utprøving både i kommuner, hos fastleger, avtalespesialister og i spesialisthelsetjenesten. Flere har fremhevet at dagens prosjekter i liten grad går på tvers av nivåene og legger til grunn en fleksibel og helhetlig arbeidsdeling mellom aktørene som ivaretar pasientens samlede tjenestebehov. Det bør unngås at uklare ansvars- og arbeidsdelinger medfører at pasientens behov ikke tilstrekkelig ivaretas, eller at det oppstår konkurranse om pasienter mellom helseforetak, fastleger og kommuner. Medisinsk avstandsoppfølging muliggjør også at pasienter kan følges opp av andre aktører enn tradisjonelle helsetjenester. Dette vil kunne utfordre dagens ansvars- og arbeidsdeling. Mange nye muligheter åpner seg med bruk av medisinsk avstandsoppfølging, men dette vil betinge organisatoriske grep, endrede samhandlingsformer og arbeidsprosesser med større

³⁵ WHO 2016, Global diffusion of ehealth: Making universal health coverage achievable, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780-eng.pdf;jsessionid=6C6AC5F786D02A586DA28AD4E3D29842?sequence=1#page=31>

fleksibilitet og endret innhold i kommunale helsetjenester, lokalmedisinske sentre, sykestuer og sykehus.

Oppsummering

Transformasjonsaspektet er ikke fremtredende i stor grad og bør derfor reflekteres bedre i mål og aktiviteter i handlingsplanen. De to områdene «Felles grunnmur for digitale tjenester» og «Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne», beskrives som forutsetninger for å ta ut gevinster gjennom de øvrige strategiske områdene. Endringer i struktur, organisering, lover og finansiering er forutsetninger for å oppnå gevinster av digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Dette bør innarbeides i eksisterende satsingsområder fremfor å komme til uttrykk som et eget satsingsområde.

11.2.3 Mulig strategi for informasjonssikkerhet for helse- og omsorgssektoren

Digitaliseringen bringer med seg mange utfordringer knyttet til informasjonssikkerhet. For å kunne jobbe godt og systematisk med informasjonssikkerhet og kunne identifisere utfordringer som må løses, kreves kompetanse. Behovet for mer kompetanse er økende. Det gjelder på alle nivåer. Kompetanse til å forebygge, identifisere og håndtere hendelser har vært og kommer fortsatt til å være en nøkkelutfordring fremover.

Regjeringens strategi for digital sikkerhet (kilde) peker på at samfunnets sårbarhet for digitale trusler stadig blir større. En god forståelse av samfunnets digitale avhengigheter blir derfor viktigere. Infrastrukturer og IKT-systemer blir mer komplekse, globale og integrerte. Flere enheter kobles til internett, og bruk av skyløsninger øker. For hver gang nye tjenester digitaliseres eller automatiseres øker samfunnets digitale avhengighet. Samtidig som tjenestene gjøres tilgjengelig i det digitale rom, eksponeres også verdiene for trusselaktørene som opererer i domenet. Det kreves derfor økt tilgang på kompetanse for å forhindre sikkerhetsbrudd.

Bruk av skytjenester øker i mange bransjer. Adopsjonen av denne teknologien har imidlertid vært lav innenfor helse- og omsorgssektoren. Eksempelvis viser IKT-nøkkeltall 2019 at utgifter for bruk av skytjenester i spesialisthelsetjenesten er på under 1 prosent av de totale IKT-utgiftene. Men, skytjenester tas i økende grad i bruk for blant annet journalsystemer, velferdsteknologi, mobile løsninger og portalløsninger for å involvere pasienten i behandling. Det er sannsynlig at helse- og omsorgssektoren vil ta i bruk skyteknologi i langt større grad i fremtiden. Både fordi leverandørene med sine «først i sky» eller «bare i sky»-strategier tvinger kunder over på skyløsninger, men også fordi det kan gi fordeler som høyere grad av sikkerhet gjennom profesjonell drift og sikkerhetsadministrasjon, økt skalerbarhet og enklere tilgang til data og applikasjoner, uavhengig av lokasjon. Skytjenesteleverandørenes innovasjonstakt kommer også kundene til nytte. Helseopplysninger i skyen introduserer nye trusler og utfordringer, som gjør at det er behov for kompetanse på å anskaffe og bruke skytjenester på en sikker og kostnadseffektiv måte. Dette er områder som anskaffelser, leverandørens kontraktbetingelser, avtaleverk og prismodeller, kostnadsoppfølging, teknisk og merkantil forvaltning, konfigurering, tilgangsstyring og personvern. Skal helse – og omsorgstjenesten ta i bruk skytjenester, er det viktig at befolkningen har tillit til at deres data blir forvaltet på en god og sikker måte. Med økt bruk av løsninger basert på kunstig intelligens vil det melde seg et

kompetansebehov for sikkerhet i disse løsningene. Samtidig er det behov for å utvikle løsninger basert på kunstig intelligens som øker den digitale sikkerheten.

Direktoratet for e-helse konkluderte i en rapport som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) 3. juli 2019 med at IKT-sikkerhet i helse- og omsorgssektoren må styrkes. Rapporten ble utarbeidet i samarbeid med Helsedirektoratet og Norsk Helsenett (NHN) på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Rapporten foreslår følgende tiltak for å løfte sikkerhetsnivået i helse- og omsorgssektoren på kort og mellomlang sikt:

- Utarbeidelse av nasjonal IKT-beredskapsplan for helse- og omsorgssektoren som en del av Nasjonal helseberedskapsplan
- Gjennomføre årlig IKT-øvelse
- Styrket operativ IKT-sikkerhet i helse- og omsorgssektoren
- Styrket myndighetsrolle for IKT-sikkerhet i helse- og omsorgssektoren
- Utarbeidelse av helhetlig IKT-sikkerhetsstrategi for helse- og omsorgssektoren

Et sentralt tiltak knyttet til informasjonssikkerhet og personvern omhandler norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgstjenesten – «Normen». Dette er en bransjenorm som forvaltes av sektoren selv gjennom en bredt sammensatt styringsgruppe. Det er utarbeidet en stor mengde veiledningsmateriell og kursopplegg basert på Normen. Dette skal videreføres og utvikles, hvor blant annet nye krav i EUs Personvernforordning skal ivaretas. Sekretariat ved Direktoratet for e-helse ivaretar kontinuerlig arbeid på normen og har oppdatert denne i 2020.

Nyere forskning viser at pasienters opplevelse av transparens i informasjonssikkerhetstiltak, prosedyrer for informasjonsdeling og personvernvilkår bidrar til økt tillit³⁶. Økt tillit bidrar også til at pasientene i større grad velger å gi fra seg helseinformasjon. Her har Direktoratet for e-helse et viktig formidlingsansvar.

- [Innbyggerundersøkelsen 2019](#) viste at kun 55 prosent av innbyggerne har tillit til at helseopplysningene deres er lagret slik at utenforstående ikke har tilgang til dem.
- En tilsvarende helsepersonellundersøkelse for 2019 belyser klinikernes oppfatning av informasjonssikkerhet.
- Rapporten [Informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren 2019](#) viser at organisasjonene i spesialisthelsetjenesten i Norge har høyere skår mot andre i statsforvaltningen og mot andre i samme bransje internasjonalt.

Resultatene fra disse undersøkelsene bidrar til økt transparens og faktagrunnlag om arbeidet med informasjonssikkerhet i sektor.

Flertallet er bekymret for at deres helseopplysninger ikke er tilgjengelige for helsepersonell når det trengs. Det er viktig for de fleste at helsepersonell har tilgang til deres helseopplysninger,

³⁶Esmailzadeh P. (2019). "The Impacts of the Perceived Transparency of Privacy Policies and Trust in Providers for Building Trust in Health Information Exchange: Empirical Study". JMIR Med Inform 2019;7(4). URL: <https://medinform.jmir.org/2019/4/e14050/>

men kun 33 prosent har tillit til at deres helseopplysninger faktisk vil være tilgjengelig for helsepersonell i en akutt situasjon. I en tilsvarende undersøkelse gjennomført i 2013 var det samme tallet 41 prosent. Dette viser at det er et gap mellom respondentenes forventninger og deres oppfatning av hvordan situasjonen er i virkeligheten. Samtidig viser tallene at respondentene ikke mener situasjonen har bedret seg de siste seks årene.

I Direktoratets tildelingsbrev for 2020, hovedmål 2 Standardisert og sikker e-helseutvikling, blir Direktoratet bedt om å foreslå innretning på mulig strategi for informasjonssikkerhet for helse- og omsorgssektoren. IKT-sikkerhetsstrategien bør ses opp mot nasjonal strategi for IKT-sikkerhet samt Nasjonal e-helse strategi, og ta høyde for sektorspesifikke utfordringer og utvikling av helsetjenesten. En slik strategi vil gi rom for flere og mer helhetlige strategiske satsninger og tiltak enn det som kan legges inn i et enkelt satsningsområde i den nasjonale e-helsestrategien. I tråd med at trusselbilde, teknologisk utvikling og arbeidet med IKT-sikkerhet i andre sektorer endrer seg raskt, bør det tas en gjennomgang av nåsituasjonen for arbeidet med IKT-sikkerhet i sektoren, og se på om det er behov for nye felles tiltak for å møte felles utfordringer også på dette området. God forankring i den nasjonale styringsmodellen av strategien, vil også bidra til å nå det foreslåtte målet om økt oppmerksomhet om beredskap, informasjonssikkerhet og personvern blant utvalgene i styringsmodellen.

12 Konklusjon

Den strategiske analysen har funnet gap mellom nåværende situasjon og ønsket situasjon. Det er funnet bevegelse i omgivelsene som kan peke på manglende eller ikke fungerende tiltak i handlingsplanen. Gapene kan plasseres innenfor flere kategorier. Kategoriene er forklart i listingen under. Det er områder hvor den strategiske målsettingen ikke er nådd, men hvor det arbeides med pågående tiltak for å nå den strategiske målsettingen. Disse er ikke plassert inn i oversikten.

1. Ingen tiltak for å løse behovet

Situasjonen beskriver tilfeller der det har vært bevegelse i omgivelsene som skaper et nytt eller økt behov, men hvor det ikke finnes tiltak i planen som adresserer behovet tilstrekkelig.

2. Tiltak som ikke har aktivitet

Situasjonen beskriver tilfeller der det er eksisterende tiltak i planen for å møte behov, men som ikke er igangsatt eller planlagt igangsatt.

3. Tiltak som ikke løser behovet

Situasjonen beskriver tilfeller der det er tiltak i planen som er igangsatt for å møte et behov, men som antatt ikke løser behovet.

Kategorisering - gap



 Direktoratet for e-helse

12.1 Kategori 1 – ingen tiltak for å løse behovet

Innsatsområde 3.1 – Bedre behandling med bedre utnyttelse av helsedata:

Persontilpasset medisin

Det foregår en strategisk satsning blant aktørene innenfor persontilpasset medisin, som per i dag ikke gjenspeiles i handlingsplanen. Handlingsplanen nevner persontilpasset medisin under innsatsområde 3.1, med å "følge opp arbeidet med persontilpasset medisin slik beskrevet i Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten 2017–2021." Det er ingen nasjonale registerløsninger for lagring og bruk av genetiske opplysninger for helsehjelp, kvalitetssikring og forskning (genomsentre).

Det vurderes å ikke innlemme de regionale satsningene i handlingsplanen i denne runde. Det foreslås heller ikke å opprette et tiltak som spesifiserer innsatsen som per nå er beskrevet i handlingsplanen (som er referert i avsnittet over).

Persongenererte helserelaterte data

Persongenererte helserelaterte data er ikke reflektert spesifikt som aspekt i handlingsplanen under innsatsområde 3 – Bedre bruk av helsedata. Forbrukertrendene er likevel tydelige nok til at det er grunn til å anta at innbyggere vil benytte seg av slike muligheter i større grad i årene som kommer, uavhengig av om helsetjenesten bidrar til å styre utviklingen i nyttig og trygg retning eller ikke. Persongenererte helserelaterte data gjennom forbrukerteknologi har også potensiale til å bidra som verktøy for at innbyggerne får bedre kunnskap om egen helse. Det er nødvendig at det tas stilling til om det burde være nasjonale initiativ på dette området. Det foreslås at det startes en vurdering av dette i løpet av 2020.

Innsatsområde 4.2 – Stimulere til innovasjon

Det er behov for sterkere incentiver for at nye digitale løsninger tas i bruk i praksis. Økt dokumentasjon/formalisering av effekten av e-helsetiltak kan føre til at flere løsninger tas i

bruk. Dette har spesielt vært aktualisert i arbeidet med tiltak for digital hjemmeoppfølging. Handlingsplanen adresserer ikke initiativ eller koordinert innsats for å styrke dette. Avdeling innsikt og innovasjon i Direktoratet for e-helse vil arbeide med tiltak for å styrke forskning og innovasjon på e-helseområdet. Det foreslås at disse initiativene ikke innlemmes i handlingsplanen, men pågår som linjeaktiviteter i Direktoratet for e-helse, som vil involvere andre. Det pågår også initiativ i sektor for å styrke innovasjon, som ikke er en del av handlingsplanen.

Innsatsområde 6.1 – Skape en nasjonal leveransekraft

Initiativ for tverrsektorielt samarbeid er ikke tilstrekkelig adressert i handlingsplanen. Tverrsektorielt samarbeid skjer per nå fra Direktoratet for e-helse gjennom Skate og tiltak som drives gjennom dette fora. I tillegg foregår det vurderinger av det tverrsektorielle perspektivet gjennom arbeid i program/prosjekt. Det foreslås ikke å innlemme egne tiltak i handlingsplanen som adresserer dette perspektivet i denne runde.

12.2 Kategori 2 – tiltak som ikke har aktivitet

Innsatsområde 4.2 – Stimulere til innovasjon

Det er enkelte av tiltakene i handlingsplanen som gjennomføres gjennom aktivitet som skjer i program/prosjekt. Dette gjelder for eksempel tiltaket som handler om å spre kunnskap om innovative anskaffelser i offentlige innkjøp. Det har ikke latt seg oppdrive at det foregår aktivitet rundt å spre kunnskap og øke bruk av "veikart for tjenesteinnovasjon" og "veikart i behovsdrevet innovasjon" i seg selv, men denne metodikken brukes i program/prosjekt. Det er ikke etablert én arena for innovasjon på e-helseområdet, men det gjøres arbeid gjennom program/prosjekt, i sektor (som eksemplifisert i denne teksten gjennom Sunnaas sykehus) og gjennom initiativ i avdeling Innsikt og Innovasjon. Det vil vurderes hvilke arenaer som eventuelt skal etableres, eller om det vil benyttes allerede eksisterende arenaer.

Innsatsområde 4.1 – Tilrettelegge for innbyggeren som ressurs

Noen av tiltakene i handlingsplanen på dette området er ikke realisert og det foreligger per nå ikke konkrete planer for realisering (det er ikke etablert en nasjonal arena for innbygger slik beskrevet i planen, og pasientbasert ekspertutvalg er ikke etablert). Helsenorge.no har ikke fått realisert alle planer grunnet reduserte budsjetter. Innbyggers egne krav til involvering, samt forskyvningen med at mer ansvar legges over på innbyggeren, kan tale for at det er behov for styrket innsats for å tilrettelegge for innbygger som ressurs. Det foreslås at det enten vurderes om det ønskes oppstart av aktivitet på de to overnevnte tiltakene, eller at de tas ut av handlingsplanen og eventuelt erstattes med andre tiltak.

12.3 Kategori 3 – tiltak som ikke løser behovet

Innsatsområde 6.1 – Skape en nasjonal leveransekraft

Transformasjonsaspektet kommer ikke tydelig nok frem og bør reflekteres bedre i mål og aktiviteter i handlingsplanen. Innsatsområde 6.1 og 6.2 adresserer ikke behovet for endring i lover, organisering, strukturer, finansiering- og styringsmodeller i tilstrekkelig grad. Det foreslås at transformasjonsaspektet styrkes, men at dette ikke gjøres gjennom å opprette et nytt innsatsområde i strategien. På dette området er det mye pågående utvikling, for eksempel

opprettelsen av teknisk beregningsutvalg og ny e-helselov. Transformasjon er nødvendig for å oppnå gevinster, og bør være en del av tiltakene som gjøres på flere områder i planen. Dette kan vurderes å vises tydeligere når strategien revideres i neste runde.

12.4 Områder hvor den strategiske målsettingen ikke er nådd

Flere områder i handlingsplanen har tiltak under gjennomføring eller planlegging, men hvor de strategiske målsettingene enda ikke er nådd. Når det gjelder innsatsområde 1 er den samlede gjennomføringen for realisering av én innbygger-én journal pågående (Akson og Helseplattformen). Legemiddelområdet har tiltak under gjennomføring og planlegging (dette ligger både under innsatsområde 1 og 2). Helseanalyseplattformen (innsatsområde 3) er under gjennomføring. Tilrettelegging for medisinsk avstandsoppfølging (innsatsområde 4) er under planlegging og gjennomføring. Tiltak for å stimulere til innovasjon er under planlegging og gjennomføres også gjennom aktivitet i program/prosjekt. Tiltak for å styrke felles grunnmur er planlagt (innsatsområde 5). Det er kontinuerlig arbeid med finansieringsmodeller. Det er igangsatt arbeid med modell for innføring og gevinster (innsatsområde 6). Disse satsningene fortsetter sitt arbeid mot de strategiske målene.

12.5 Innspill fra dialogmøter med NUFA/NUIT-medlemmer

Det ble i perioden februar – mai 2020 gjennomført dialogmøter med NUFA/NUIT-medlemmer. Medlemmene gav innspill på kunnskapsgrunnlag og foreløpig anbefaling om revisjon. Medlemmene hadde ingen anmerkninger til kunnskapsgrunnlaget og det ble kommentert at det opplevdes representativt. Oppsummert gav ingen av aktørene uttrykk for at de ser behov for en revisjon av den strategiske planen. Imidlertid er det redaksjonelle endringer i planen som kan foretas for at budskapet blir tydeligere. Fjorårets prioritering av innsatsområdene i handlingsplanen består, hvor legemiddelområdet prioriteres øverst. Det ble kommentert at det ønskes å styrke gjennomføringsevnen på allerede igangsatte initiativ og at for enkelte initiativ er det mye som gjenstår for den strategiske målsettingen er nådd.

Flere av områdene hvor det har vært bevegelse, eksempelvis kunstig intelligens og persontilpasset medisin, pekes det på at det gjenstår arbeid med grunnleggende elementer for man kan benytte slike verktøy. Eksempelvis er det behov for datadeling før dette kan utnyttes i full skala, samt behov for å løse utfordringer med tilgang til data. Det ble også uttrykt at det er utfordringer med å skalere og bredde allerede utviklede løsninger og initiativ som nå ligger i planen.

12.6 Anbefaling

Nåværende handlingsplan er ung. Flere aktiviteter er ikke igangsatt eller planlagt igangsatt. Det vurderes at innsatsområdene fra 2019 består, og at det bør jobbes videre med tiltak innenfor disse.

En viktig del av den strategiske analysen er å vurdere bevegelse i omgivelsene for å identifisere om noe utfordrer nåværende handlingsplan. Det er identifisert noe bevegelse i omgivelsene, som kan peke på nye behov og områder det er muligheter for styrket eller annen

innsats: Kunstig intelligens, persontilpasset medisin, e-helseløsningers bidrag til å styrke helsekompetanse i befolkningen, digital transformasjon, sikre at e-helseløsninger blir tatt i bruk i praksis og tverrsektorielt arbeid.

NUFA- og NUIT-medlemmene vurderer at disse trekkene i omgivelsene har beveget seg noe siden januar 2019, men at dette ikke er av slik karakter at det er behov for en revidering av nåværende innsatsområder eller aktiviteter i handlingsplanen. Flere av områdene blir støttet opp om gjennom tiltak som allerede ligger i handlingsplanen og som er planlagt (eksempelvis for kunstig intelligens og datadeling). Det ytres ønske om fokus på å prioritere tiltak og sikre gjennomføringsevnen for allerede igangsatte og planlagte aktiviteter i handlingsplanen.

Strategikontoret anbefaler heller ingen revisjon av handlingsplanen i 2020, utover redaksjonelle endringer som kan vurderes for oppdatering. Utviklingen i omgivelsene har ikke i stor nok grad utfordret de strategiske målene. Anbefalingen om revisjon av handlingsplanen er i tråd med NUFA- og NUIT-medlemmenes innspill. Strategikontoret planlegger å arbeide videre med utviklingen av strategiske indikatorer for innsatsområdene i 2020, for å kunne forenkle prosessen med vurdering av strategisk måloppnåelse. Det vil også utarbeides et strategisk veikart, som forespurt av utvalgene i styringsmodellen.

Covid-19-pandemien utløste en utvikling i digitalisering av helsetjenesten, og kan blant annet ha ført til høyere tempo i realisering av tiltak som er beskrevet i handlingsplanen. Det kan også ha skapt utfordringer, som for eksempel at det er implementert mange ulike løsninger eller endringer i arbeidsprosesser som ikke er tilpasset den nye digitale virkeligheten. Nye behov kan også ha oppstått. Det vil samles innsikt om dette gjennom sommer og høst 2020. Utviklingen vil vurderes og sees opp mot strategi og handlingsplan.

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no