

DIREKTORATET FOR E-HELSE
PB 6737, St. Olavs plass
0107
Oslo

Deres ref.: 22/414

Vår ref: HSAK202200249

Dato: 30-09-2022

Høringsuttalelse - Nasjonal e-helsestrategi

Legeforeningen takker for muligheten til å gi høringsuttalelse om forslag til nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren.

Overordnet

Legeforeningen støtter strategiens rolle for å skape en felles, langsiktig, forutsigbar retning for digitalisering på tvers av aktørene i helse- og omsorgssektoren. De overordnede målene "kvalitet og sammenheng i tjenesten", "bærekraftig helse- og omsorgstjeneste" og "innovasjonskraft i sektoren" gir en retning som Legeforeningen ønsker og mener er nødvendig. Samtidig vet vi at det er langt fra ord til riktig handling. Det er vanskelig å etterleve dette i en sektor som er kompleks og på veldig ulikt digitalt modningsnivå. Gjennomføringskraft bør være et sentralt fokus.

Utkastet til strategi bærer på flere felt preg av at kulepunktene som er foreslått er lite konkrete. Således er nasjonal strategi for e-helse slik som den er forelagt her, delvis fremdeles en visjon som trenger konkretisering.

Erfaringer fra forrige strategiperiode er at det er vanskelig å spå i fremtiden. Dagens drivere og premisser endrer seg hurtig. Det har frem til nylig vært mange gode prosjekter som har blitt nedprioritert i påvente av store prosjekter som skulle komme, men som aldri kommer, eller som ligger svært langt frem. Dette må vi unngå i den nye perioden. Det vil langt på vei være viktigst å peke på retning og ikke så mye på innhold. Myndighetenes rolle må i større grad være fasilitatorer og lage infrastrukturen.

Legeforeningens medlemmer var tidlig ute med digitalisering av sine elektroniske pasientjournaler (EPJ) og har vært fremoverlente i utvikling av digitaliserte hjelpemidler, både fastleger og avtale-spesialister. For våre medlemmer er det viktig at en strategi bygger opp under at digitalisering skal ha gevinster utover de økonomiske, og at det må ligge medisinskfaglige vurderinger i bunn for innføring av nasjonale standarder og nye metoder. Det er også viktig at en hensyntar at digitalisering kan medføre økt arbeidsbyrde i deler av helsetjenesten. Der dette er tilfellet må det følge ressurser med oppgavene.

Det fremgår av strategien en forventning til at digitalisering skal gi store effekter som avlastning, økt kvalitet og effektivisering. Det er dessverre lite vitenskapelig dokumentasjon som støtter denne optimismen. Vi kan ikke forvente at all digitalisering har positive effekter, og må derfor nøye vurdere

verdien av hvert enkelt tiltak, ut fra flere parametere som bl.a. konsekvenser for kvalitet, for effektivitet, for etterspørsel m.v. Det er et for ensidig fokus på «produktivitetsøkning».

Legeforeningen mener at kontinuerlig økning av faglig kvalitet bør prioriteres for å fortsatt levere gode helsetjenester. Det finnes derimot utålmodige markedskrefter som har mye å tjene på at prosjekter settes i gang på alle nivåer. Vårt råd er at en større skepsis får plass i strategien, slik at det legges tydelige føringer på å velge de tiltakene som faktisk er etterspurt i den operative helsetjenesten.

Legeforeningen mener at en forutsetning for å oppnå flere av målene er å legge til rette for et konkurrerende marked ved å etablere standarder for infrastruktur og sikker kommunikasjon innenfor e-helse. Vi mener Direktoratet for e-helse har en viktig rolle i etableringen av disse standardene og at det burde vært beskrevet enten som en forutsetning for strategien eller beskrevet i strategiske målområder.

Samspillet mellom alle aktørene i helsevesenet må fungere sømløst og er aldri sterkere enn det svakeste ledd. Myndighetene må jobbe for at ingen ledd er for svake, og for at de svakeste ikke unødig bremser øvrige ledd.

Både kommunene og helseforetakene er premissgivere for utviklingen, men vi oppfatter at utviklingen med dagens modell går for sakte. Enkle funksjonaliteter som innbyggere kjenner godt fra ellers i samfunnet, er mange år unna innen helse-IKT. Slik burde det ikke være. Det bør være rom for å tenke enkle løsninger som kan brukes i komplekse sammenhenger.

Finansieringsmodeller må understøtte bruk av ny teknologi og gi riktige incentiver. Norske fastleger og avtalespesialister må i dag regne med å betale selv for å være fremoverlent og ta i bruk ny teknologi. Under koronapandemien så vi vilje fra myndighetene til å innføre sterke incentiver for å ta i bruk og levere tjenester, noe som var nyttig for alle parter. Lærdom fra dette vil være avgjørende framover.

Spørsmål vi mener må stilles er om den nye strategien vil legge til rette for og gi muligheter for gode initiativer fra brukerne/klinikkene, eller vil også fremtiden oppleves som massiv og tung uten mulighet for grasrota å nå frem? Er det fortsatt utvikling gjennom (for) store prosjekter som skal drive utviklingen fremover, eller vil den nye nasjonale strategien klare å gjøre utviklingen iterativ nok? Vil man kunne klare å utvikle og gjennomføre ting stegvist nok?

Nedenfor følger noen utdypende kommentarer til de strategiske målene.

Mål 1: Aktiv medvirkning i egen og næres helse

Digital kompetanse er viktig. Funksjonalitet må være gjenkjennbare løsninger som det brukere møter ellers i samfunnet. Helse må ikke utmerke seg med særegne funksjonaliteter og måter for bruk. Det må tilstrebes at man ikke overfører mye av den tungvinte digitalisering på innsiden av helsevesenet til brukersiden på utsiden. Brukersiden er relativt ny og kan formes fra start. «Innsiden» er kompleks med til dels mange gamle systemer, men bør kunne tilpasses et brukervennlig ytre.

I etiske regler for leger Kap I, §12 ([Etiske regler for leger \(legeforening.no\)](https://www.legeforening.no/etiske-regler-for-leger)) står det: "Legen må bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenne etiske normer. En lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel."

Legeforeningen har en reell bekymring for digitalt utenforskap. Vi tror en del vil falle utenfor i den nasjonale e-helsestrategien, og vi savner et punkt som omhandler dette. Mange mangler ressurser til å kunne nyttiggjøre seg av e-helsetiltak, pga. lav helsekompetanse, lav digital kompetanse, manglende økonomi til digitale ressurser, mangler eller klarer ikke bruke e-id-mulighetene. Ved høyere alder og større sykdomsbyrde vil også evnen og muligheten til å nyttiggjøre seg av digitale ressurser bli mindre blant annet fordi synet blir dårligere, fingrene stivere osv.

Også innbyggere uten sykdomsutfordringer, pasienter og pårørende har alle behov for å følge med på egen helsetilstand. Målinger av helsen har blitt spådd å kunne gi tips til endret livsførsel og andre forebyggende tiltak. Slike tiltak vil kunne øke belastningen på helsetjenesten – det kan bli tatt unødvendige prøver hos tilbydere som er designet for å generere behov for ytterligere helsetjenester. Videre er det å tilby og å designe helsetjenester for friske personer ikke i tråd med rådene i Kloke valg-kampanjen ([Gjør Kloke Valg \(legeforening.no\)](https://www.legeforening.no/gjor-kloke-valg)). Overbehandling må unngås, og man må unngå å sykeliggjøre den friske delen av befolkningen.

Jo mer komplekse helsetilstander, dess vanskeligere er det å løse problemer digitalt, men det er også hos den pasientgruppen det er størst gevinster å hente. Det er stor variasjon i hvor stor grad innbygger ønsker å ta aktiv del i beslutninger. Noen vil støtte seg mer på helsepersonell, mens andre vil ha hånden på rattet selv. Innbyggere som i utgangspunktet har høy motivasjon og evne til å løse sine behov med digitale verktøy har ikke nødvendigvis det når helsesituasjonen endres. Motivasjon og evne til å løse problemer digitalt er ikke faste størrelser.

Vil f.eks. eldre, og svake grupper opprettholde kompetanse til å håndtere innlogging, endring av brukergrensesnitt, vedlikeholde enheter med oppdatering av apper og programvare? Å ha en oppdatert smarttelefon koster mye penger.

Digitalt utenforskap blant barn og unge er omhandlet i en rapport fra Redd barna ([Digitalt Utenforskap Blant Barn og Ungdom \(reddbarna.no\)](https://www.reddbarna.no/digitalt-utenforskap-blant-barn-og-ungdom)). Den peker på følgende barrierer: (a) e-ID, (b) geografi og infrastruktur, (c) foreldres innflytelse, (d) lavinntekt og (e) funksjonsnedsettelse.

Ungdomshelse i en digital verden ([Ungdomshelse i en digital verden DIGI-UNG Innsiktsarbeid \(del 1\) Rapport IS-2718](https://www.digi-ung.no/ungdomshelse-i-en-digital-verden-digi-ung-innsiktsarbeid-del-1-rapport-is-2718)) peker på at ungdom ønsker digitale tjenester som er tilpasset deres brukermønstre, for eksempel tjenester som er tilgjengelige på kvelden og på relevante sosiale medier, og som er anonyme og enkle å bruke. Det er viktig å skille mellom helseopplysning og rådgivning på den ene siden og det som defineres som helsehjelp på den andre siden. Slik helsehjelp kan ikke være anonym. ([Ytter du helsehjelp på nett? | DIGI-UNG \(digiung.no\)](https://www.digi-ung.no/ytter-du-helsehjelp-pa-nett))

Legeforeningen ønsker at helsekompetanse løftes frem som selvstendig premiss for strategien, og at Helsedirektoratets definisjon tas inn: *Helsekompetanse er personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse.*

Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten. ([HLS19-rapport Befolkningens helsekompetanse del I \(helsedirektoratet.no\)](#), [Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023 – \(regjeringen.no\)](#)) Legeforeningen mener god helsekompetanse er en forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg digitale helsetjenester. Strategien beskriver "digital kompetanse" som et klart premiss, men helsekompetanse er enda viktigere, og det kommer ikke klart nok frem i utkast til strategi.

Det har lenge vært en trend at helsedata i økende grad blir samlet inn og sammenstilt for sekundærformål. Det er viktig å øke befolkningens kunnskap om slike prosesser og hvilke formål slike behandlingsprosesser er ment å ivareta. Kjennskap til at ulike behandlingsaktiviteter faktisk skjer og har sine legitime formål kan bidra til at tilliten til myndighetene og helsetjenesten likefullt kan bevares, og vil ikke minst vil dette være viktig dersom det skulle skje sikkerhetsbrudd.

Målinndikatorer for Mål 1

Økt bruk av e-helse er et virkemiddel, ikke et mål i seg selv. Målet må være bedre helsetjenester for alle for på den måten å bidra til bedre helse og gode liv for flest mulig, så lenge som mulig.

Det savnes en indikator på likeverdig tilgang på og bruk av nye helsetjenester på tvers av bosted, alder, språk og etnisitet. Det må etableres en måleindikator som kan følge utviklingen av digitalt utenforskap og en eventuell utvikling mot et to-delt helsevesen.

Tiltak som ennå ikke har dokumentert klinisk nytte bør underlegges kliniske studier. Det er en viktig diskusjon som må tas nå før samfunnet bruker store ressurser på tiltak som kanskje ikke er nyttige. Et eksempel som har betydelig overføringsverdi er kravene som stilles i "[Nye Metoder](#)". Vi kan ikke se at dette er drøftet i strategien, da premisset er at "alle digitale tiltak rettet mot pasienter er bra" – noe som ikke nødvendigvis stemmer.

1.1. Bruk av tjenester på Helsenorge som innebærer medvirkning

Legeforeningen savner at man har en måleindikator for helsepersonellens tilfredshet med den pasientrettede løsningen. Helsepersonell som skal bruke dette som sitt viktigste verktøy ut mot pasientenes digitale kontaktpunkt må bli tatt på alvor.

Så lenge man skal jobbe frem helsenorge.no som en felles inngang til digitale helsetjenester medfører det en forpliktelse for myndighetene å levere verktøy som klinikere kan bruke. I dag har man for eksempel nesten ikke mulighet til å legge ut konkrete meldinger til pasienter. Ett eksempel er ved ferieavvikling hvor mange legekantor ønsker å skru av mulighet for e-konsultasjon. Pasientene får ikke melding om dette når de forsøker å kontakte legen på helsenorge, og tror at det er noe feil med tjenesten. Dette fører til at mange henvendelser rutes inn til legekantoret på feilaktige måter og skaper merarbeid. Dette illustrerer at de enkle tingene alltid må være med, selv om man tenker store tanker. Visjon må i langt sterkere grad ta innover seg at det skal leveres verktøy som helsepersonell skal bruke ut mot pasientene. Disse verktøyene er avgjørende for hvor gode løsninger man klarer å få befolkningen til å bruke. Først må man sikre at det leveres gode løsninger som kan brukes formålstjenlig i helsetjenesten, deretter kan den tas i bruk og brukes i stor utstrekning.

1.3 Utbredelse av digital hjemmeoppfølging og 1.4 Utbredelse av velferdsteknologi

Premisset for måleindikatorerne fremstår som at tiltakene har effekt, noe som ikke er dokumentert. Det første som må dokumenteres er om tiltaket faktisk har de effektene man ønsker. Å måle utbredelsen på noe som ikke gir gevinster er ikke viktig, da bør utbredelsen i så fall være så liten som mulig.

Legeforeningen opplever at velferdsteknologi i mange sammenhenger blir fremsnakket som et paradigmeskifte. Realiteten etter mange års forsøk er at man fortsatt ikke klarer å vise sikker helse- eller samfunnsøkonomisk nytte. Det er viktig å være fremoverlent og innovativ, men samtidig må det i sterkere grad lyttes til fagmiljøer med kompetanse til å si noe om verdi av tiltak og nytte i klinisk hverdag. Kampen om helsekronene strammes til og blir tydeligere med den demografiske utviklingen. Tiltak som ikke kan vise til nytte må i sterkere grad avvikes og ikke testes ut i mange omganger til høy økonomisk kostnad.

For digital hjemmeoppfølging gjelder det samme bildet. Det har nylig blitt publisert to rapporter som viser store utfordringer med å dokumentere statistisk signifikante effekter med disse tiltakene. Det må gjøres en betydelig jobb med kliniske studier for å dokumentere effekt før vi bør anbefale bred innføring av slik teknologi. ([Abelsen et al \(2022\) DHO Sluttrapport 07.01.22](#) og [Meneses-Echavez et al \(2022\) Digital hjemmeoppfølging og ressursbruk i spesialisthelsetjenesten: en oversikt over systematiske oversikter \(revidert utgave\)](#))

Mål 2: Enklere arbeidshverdag

Dette målet er veldig viktig for legene. I delmålene som skal oppnås frem mot 2030 skrives det om «økt brukermedvirkning i utvikling av nye og eksisterende digitale arbeidsverktøy og helhetlig og mer tilpasset brukeropplevelse». Dette er for lite konkret og det er vanskelig å forstå hva direktoratet egentlig mener.

Helsetjenesten må alltid være brukerorientert, men samtidig ta vare på arbeidsmiljøet til helsepersonell. Digitale løsninger står for en økende del av arbeidshverdagen, og det er nødvendig at disse forenkler (og ikke vanskeliggjør) arbeidshverdagen.

Brukervennlighet for journalsystemene må måles og følges opp. Myndighetene bør vurdere en ordning som systematisk følger opp dette og stiller krav ovenfor alle virksomheter i helsetjenesten. Hvis vi skal ha bærekraftige helsetjenester i fremtiden, må vi optimalisere tiden helsepersonell bruker på de digitale løsningene. Mindre tid til PC-en, mer tid med pasientene.

Dessverre opplever Legeforeningen det motsatte. Etter hvert som forvaltningsorganer digitaliserer sine egne systemer og prosesser, får legene oftest kun tilgang til en digital portal og krav om å føre inn informasjon. Det nye systemet integreres ikke inn i pasientjournalen. Gevinstene kommer forvaltningsorganet til gode, men legene må slite med økt tidsbruk. Det handler om tid brukt til å logge på løsningene, data som må kopieres fra pasientjournal til løsningen, og manuell journalføring fordi automatisert tilbakeskriving ikke er mulig.

Et eksempel er HELFOs portal for søknad om individuell refusjon på blå resept. Denne skaper ekstra arbeid for legene, og gevinsten tas ut av HELFO. Manglende bruk fra helsetjenestens side førte til en forskriftsfesting av plikt til bruk av portalen, noe som da går ut over pasientene til slutt.

Et annet eksempel er prosjektet med triageringsløsning i primærhelsetjenesten som piloteres i regi Helse- og omsorgsdepartementet. Dette er et prosjekt som begynner i feil ende med en for detaljert bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet. Deretter søker man støtte i klinikken, men lytter ikke til innspill om behov. Per i dag ser det ut som et prosjekt som ikke skulle blitt realisert. Det genererer mye informasjon som verken er nyttig, ressurs- eller arbeidsbesparende. I dag fører det til en mye mer tungvint vei inn til legen for pasient, hvor man må fylle ut en rekke informasjonselementer. Informasjon som genereres er tidkrevende for legen som må ta stilling til den, men hvor innholdet fører klinikerer veldig lite fremover i den diagnostiske prosessen.

Digitalisering av journaldokumentasjonen gir rom for overfylte notater som dekker behandlerens rygg (jf. pasientjournalforskriften), men som ikke øker den reelle pasientsikkerheten. Det blir enda viktigere at det som er klinisk nyttig får plass, og at det som er mulig, men mindre nyttig, blir tatt bort fra arbeidsflaten. En av de største utfordringene for legene i dag er den enorme informasjonsstrømmen som følger med digitaliseringen. Potensialet er i utgangspunktet nesten ubegrenset, og systemer og strukturer som utvikles fremover må ta dette aspektet til nøye overveielse.

Legeforeningen mener at en optimalisering av søkefunksjon og automatisert koding innad i klassifikasjonssystemer og i den elektroniske pasientjournalen (EPJ) er av høyeste viktighet for at systemet skal oppleves relevant og for at det skal bidra til en god arbeidshverdag.

En annen viktig funksjon som må få plass er automatisk koding av sykdomsdiagnoser og intervensjoner gitt i spesialisthelsetjenesten direkte til pasientens EPJ hos fastlegen. På denne måten kan pasientenes «problemlister» bli komplette og oversiktlige, noe som vil bidra til bedre pasientsikkerhet og flyt i arbeidshverdagen hos fastlegen.

Det vil være helt avgjørende for å berge fastlegeordningen og å sikre et likeverdig helsetilbud i hele landet at utviklingen medfører mindre og ikke mer arbeid av administrativ karakter. Det er dessuten like viktig å sikre at det heller ikke innføres ordninger som ytterligere øker tidsbruken for legene, eksempelvis spørsmål knyttet til tolkning av helsedata, dobbeltarbeid med medikamenter i forbindelse med verifisering av forskrivninger mellom nivåer og liknende. Dette kan med fordel konkretiseres i strategien.

Det er en rivende utvikling av løsninger basert på kunstig intelligens og høyteknologi, men ofte støter klinikere fortsatt på tidsstyver som er å anse som enkle tekniske problemstillinger som for eksempel at innloggingsdata ikke er synkronisert mellom programmer og at det genererer behov for manuell overføring av digital informasjon mellom to digitale løsninger. Etablering av team med IT-utviklingskompetanse nært helsepersonell, spesielt på store sykehus, kan bistå med kommunikasjon mellom sluttbruker og IT-leverandør samt implementering og innovasjon i nye løsninger. Slike team kan koordineres nasjonalt og utveksle ideer og løsninger, men bør i stor grad være tett på

fagmiljøene. I arbeid med tjenesteutvikling er det særdeles viktig å involvere sluttbrukere og at dette kan være en av nøklene til suksess for den nye strategien.

Målintikatorer Mål 2

2.1. Modenhet i journalsystem (HIMSS EMRAM)

Legeforeningen kjenner HIMSS EMRAM godt. Dette er en meget kontroversiell måleindikator. HIMSS, Healthcare Information and Management Systems Society, er en bransjeorganisasjon som jobber for industrien som leverer IKT-systemer til helsetjenesten. De har utviklet forskjellige skåringsystemer som vel så mye måler hvor mye IKT-systemer man har kjøpt, mer enn det måler hvilken effekt disse har for helsetjenesten og pasientene. HIMSS EMRAM måler i liten eller ingen grad samhandling mellom helsevirksomheter. Legeforeningen ser behovet for en måte å måle hvorvidt man har gode IKT-systemer, men man kan dessverre få en meget høy skår på EMRAM selv om systemene er tungvinte, tidssløsende og dårlige. Norge har kommet langt i digitaliseringen, og det er mulig EMRAM ikke har noen verdifull rolle i norsk helsetjeneste.

2.2 Tilfredshet med EPJ (spørreundersøkelse)

Legeforeningen mener måleindikatorene bør følge opp elementer som går på involvering av aktører og sluttbrukere. I skissert brukerundersøkelse kunne man kartlagt om helsepersonell ser muligheter for forbedringer i sine EPJ og stille oppfølgingsspørsmål med hvor lett en opplever å kunne få til faglig begrunnede og forankrede endringer i sine EPJ.

For å lykkes med strategien er det minst like viktig for pasientsikkerhet og for helsepersonell at det er et mål at informasjon hver yrkesgruppe får om pasienten må være relevant og presenteres på en forståelig og oversiktlig måte.

Måleindikator 2.2 synes å være egnet som et øyeblikksbilde, men egner seg lite til å følge med utvikling i måloppnåelsen. De fem spørsmålene som foreslås senere i teksten, er meget generelle og egner seg ikke til å identifisere svakheter i dagens e-helseløsninger. Her bør det åpnes for fritekst.

Legeforeningen vil foreslå en regelmessig (frivillig) registrering over hvor mye tid helsepersonell bruker i direkte pasientrelatert arbeid som en god indikator på hvor effektive og tidsbesparende de elektroniske verktøy er som brukes.

Mål 3: Helsedata til fornying og forbedring

Moderne medisin er i stor grad bygget på data. Data til forskning og styring kan være nyttig. Gjenbruk er kanskje enda mer nyttig. Samtidig er det viktig at man selekterer hva man trenger og hva som ikke er nyttig. Det kan genereres mye data og målinger som stort sett er pseudomål. Alt som kan måles, skal ikke måles.

Datafangst fra primærhelsetjenesten har noen åpenbare kvalitetsmessige svakheter. Mye hentes ut fra registre som det kodes manuelt inn i. Kodingen kan til dels påvirkes av ytre rammebetingelser. Det bør jobbes videre med å kunne høste data automatisk i bakgrunnen og utvikle teknologi som klarer dette med dagens skybaserte systemer - innenfor rammen av GDPR.

Det er viktig å være klar over utfordringene med konteksten som data er samlet inn i. Et forskningsprosjekt der man spesielt spør om data fortløpende til forskningen (prospektive studier) vil få helt andre data kvalitetsmessig enn typiske registerstudier eller studier basert på data fra løpende pasientjournal. Det handler om å få med tilstrekkelig kontekst til at dataene kan tolkes korrekt. Legeforeningen har beskrevet disse utfordringene i rapporten ([Om strukturering av medisinsk informasjon i elektroniske pasientjournaler \(legeforeningen.no\)](#))

Strategien mangler noe om hvordan digitale verktøy og helsedata systematisk kan brukes i grunnutdanning av helsepersonell, praktisk videreutdanning i sykehus og regional utdanning. Et eksempel er hvordan ta i bruk virtuelle og holografiske verktøy for ferdighetstrening, veiledning, og supervisjon mellom leger i spesialisert enhet og helsepersonell i front. Et annet eksempel er videoer av kirurgiske inngrep som opplæringstiltak.

I avsnittet om helsedata til fornying er det også lite vekt på data som genereres av medisinskteknisk utstyr som en kilde til fornying og forbedring. Her er det et stort potensial, særlig hvis dette kan lagres i standardiserte format og på en måte som gjør det mulig å koble til andre registre. Norge har et helt særegent fortrinn ved at vi har mulighet til å samle denne typen data ved å etablere felles datalagring fra medisinsk teknisk utstyr og samordning av utstyr/datalagring på tvers av foretak og helseregioner.

Klare kriterier for innføring og bruk av KI-baserte beslutningsverktøy bør etableres. Det er ofte kommersielle/proprietære black-box systemer og dokumentasjon har sterk slagside basert på den pasientpopulasjonen som ble brukt under opptrening av systemet. Det er et betydelig metodisk problem at moderne KI (AI) ikke kan forklares (non-explainable), og at felles rammeverk for testing av behandlingseffekter tilsvarende RCT ikke eksisterer. Det bør utvikles retningslinjer for metodevurderinger og krav til benchmarking av slik teknologi.

Måleindikatorer Mål 3

3.2 Kvalitetsforbedringer med utspring i dataanalyseløsninger

Legeforeningen er kritisk til denne måleindikatoren. Helsetjenesten er særdeles vid og kompleks, og det vil være meget krevende å lage en slik indikator som kan gi troverdige data. Det viktigste er at det faktisk skjer helsetjenesteutvikling som gir økt kvalitet, ikke hvorfor tiltaket oppstår.

3.3. Antall søknader til Helsedataservice og kvalitetsregistrene

Legeforeningen er kritisk til denne måleindikatoren. I forskningen internasjonalt er det vanlig å måle antall artikler som blir publisert og antall siteringer samt antall doktorgradsarbeider årlig. Rammebetingelsene for disse tallene ligger i finansieringen av forskningen. Man kan tenke seg at helsedataservice blir en flaskehals for forskerne, men for å avdekke dette må måleindikatoren snus på hodet – "hvor mange forskningsprosjekter ble forsinket pga. forsinket tilgang til data fra helsedataservice?"

Mål 4: Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling

Legeforeningen støtter viktigheten av bedre tilgang på informasjon om pasienten, men det er viktig at denne er oversiktlig for at e-helseløsninger skal være støtte og ikke støy for helsepersonell og pasienter.

Den akkumulerte informasjonsmengden om hver pasient vokser raskt med aldrende befolkning, lang oppfølgingstid i helsevesenet og digitalisering av alle pasientmøter. Det finnes situasjoner der det ikke er nødvendig eller nyttig med all informasjon på pasienten, spesielt ikke hvis den foreligger usortert og vanskelig søkbar.

En kort samtale med de pasientene som kan gjøre rede for seg, er ofte mer enn nok for å gi god behandling. Tidsløsingen ved informasjonsoverflod og for omfattende journalnotater ("note bloat") er godt dokumentert internasjonalt. Utfordringen er å tilpasse visning av relevant informasjon for den aktuelle behandleren, pasienten, og det problemet pasienten har akkurat nå – og filtrere vekk det uvesentlige.

Nasjonale felleskomponenter må være brukervennlige, gode og kunne brukes mot ulike systemer. De må være hurtige og fungere til formålet.

Legeforeningen støtter tekniske standarder for kommunikasjon. Samtidig ønsker vi at det må være åpent for konkurranse mellom leverandører. Strategien kan med fordel være tydeligere her. Utviklingen videre vil være avhengig av forutsigbarhet i valg av teknologi, og infrastruktur bør beskrives. Dette vil sikre at forskjellige aktører kan bidra til utvikling og fasilitere raskere måloppnåelse.

Standarder for kommunikasjon vil gjøre det enklere for nye aktører å implementere innovative løsninger som løser lokale/regionale/nasjonale problemer. Der det finnes bør disse standardene være basert på internasjonale standarder slik at utvikling for norsk sektor er attraktivt. Det vil styrke konkurransedyktighet for nasjonale utviklingsprosjekt og kan legge til rette for importering av gode løsninger fra utlandet. En strategi med åpne standarder og tydelige krav til leverandør om å benytte disse standardene kan legge til rette for hurtigere implementering av små moduler fra et åpent konkurransedyktig leverandørmarked.

Personvern, databehandleransvar og regelverk knyttet til disse områdene, gjør ofte samhandling og bruk av gode fellesløsninger vanskelig. Mange gode prosjekter har strandet og fortsetter å strande i juridiske betraktninger mellom involverte parter. Det bør i større grad være et myndighetsansvar å ta et sektorovergripende ansvar i slike sammenhenger. Hvis lovverket setter hindringer for å oppnå god informasjonsflyt, må lovverket endres.

Måleindikatorer Mål 4

Målindikator 4.1. Helsepersonells tilgang til pasientinformasjon (spørreundersøkelse)

Legeforeningen støtter dette tiltaket, og vil peke på bl.a. finske undersøkelsen NuHISS som et mulig utgangspunkt. ([Hyppönen et al \(2018\) Validating the National Usability-focused HIS Scale \(NuHISS\) for Physicians \(Preprint\)](#))

Målindikator 4.2. Modenhet på samhandling (HIMSS CCMM)

Se kommentar til HIMSS EMRAM. Det er problematisk å bruke IKT-industriens målemetodikk i en offentlig finansiert helsetjeneste.

Målindikator 4.3. Innføring av samhandlingsverktøy

Legeforeningen støtter at man bruker dette som en indikator, og at man jevnlig publiserer resultater.

Mål 5: Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft

Ensidig ovenfra og ned styring har, som Legeforeningen tidligere har - beskrevet blant annet i vår høringsuttalelse til Videreutvikling av nasjonal styringsmodell ([Legeforeningens høringsuttalelse til Videreutvikling av nasjonal styringsmodell \(legeforeningen.no\)](#)) - ikke vist seg å være god strategi.

Den tidligere nasjonale e-helsemodellen bar preg av uklare og uoversiktlige beslutningslinjer. Følgelig har det dessverre skjedd mindre utvikling enn man kunne ønske seg. Hvorvidt dagens modell fungerer bedre, er uvisst. Utvikling innen e-helse må ha en langt bedre kontakt med fagfeltet som de skal levere tjenester til enn det som har vært til nå. Avstanden mellom Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse er for stor.

Klinikerinvolvering må være prioritert og ressurser må være avsatt til dette. Vi ser at den iterative utvikling i raskt tempo på etterspurte løsninger fra sektoren ble levert effektiv og godt under pandemien. Denne lærdommen for å videreutvikle på en bærekraftig måte i fremtiden vil være viktig.

Helsefelleskap nevnes som en viktig aktør i sektoren, men foreløpig er det høyst usikkert hvilken rolle disse vil få innenfor digitalisering. Oppbygging og funksjon av helsefelleskapene er svært ulik og innehar ikke en gitt universell struktur som gjør at det er naturlig å se denne konstellasjonen som en viktig arena i utviklingen per nå. Skulle det vise seg at helsefelleskapene får en tydelig og sentral rolle, endrer selvfølgelig dette seg, men per nå må man sikte seg inn på andre arenaer for å skape .

Det er behov for klinikere med god forankring i klinisk virke, men med kompetanse i innovasjon og it-utvikling. Legeforeningen har lenge jobbet for at det utvikles utdanning og stillinger for klinisk informatikk i alle deler av helsetjenesten, inkludert styrking av norsk academia på feltet. Vi vet fra andre land at dette er nyttig.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Jan Emil Kristoffersen
Avdelingsdirektør

Eirik Nikolai Arnesen
Konst. seksjonssjef