



## Hørings svar til Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren

Vi viser til høring om Nasjonal e-helsestrategi fra Direktoratet for e-helse, og oversender med dette høringssvar fra Nasjonalt senter for e-helseforskning.

Vi vil først og fremst applaudere Direktoratet for e-helse sitt initiativ til revidering av nasjonal e-helsestrategi, og det arbeidet som er gjort i utarbeidelsen av strategien. En nasjonal e-helsestrategi er til for sektor, og skal være en rettesnor for utvikling. Tydelige mål og kunnskapsbaserte målintikatorer er utvikling i riktig retning. Det er viktig å undersøke i hvilken grad e-helseløsningene faktisk tas i bruk, fører til forbedringer og kommer til nytte for pasientene og helsepersonell.

Våre viktigste innspill til høringen:

- Vi støtter hovedtanken bak og utforming av strategien inkludert oppdelingene i de tre overordnede og fem strategiske målene.
- Vi mener kunnskapsbasert utvikling og aktiv bruk av forskning bør framheves tydeligere i strategien.
- Vi mener at det er viktig å ha målintikatorer, men synes mange av de som ligger i høringen er for umodne til å bli brukt i sin nåværende form, og vi har innspill på andre som kan være aktuelle å inkludere.
- Vi mener at måleindikatorerne i større grad skal måle kvalitet i helse- og omsorgstjenestene.
- Vi foreslår at spesielt forskningsaktører, som vårt senter og andre, involveres i den videre utvelgelsen og utformingen av målintikatorer.

Direktoratet for e-helse ønsker svar på konkrete spørsmål i sitt høringsbrev, som utdypes her.

*Kan dere stille dere bak de fem strategiske målene, gitt strategiens rolle for å skape en felles langsiktig og forutsigbar retning for digitalisering på tvers av aktørene i helse- og omsorgssektoren?*

Ja, utdyp gjerne       Nei, utdyp gjerne       Vet ikke, utdyp gjerne

Nasjonalt senter for e-helseforskning støtter hovedtanken bak, og utforming av strategien. Dette inkluderer oppdelingen i de tre overordnede og fem strategiske målene. Vi mener strategien kan gi en felles omforent retning for digitalisering i helsetjenesten. Senteret ser at strategien forsøker å ivareta alle perspektiv: pasienten, ansatte, befolkningen, samhandling og gjennomføring. Siden strategien skal gjelde for så mange, må den nødvendigvis være på et overordnet nivå.

Strategien peker på viktigheten av å legge til rette for forskning og næringsutvikling. Som forskningssenter mener vi at forskning må tas med i prosessen etter hvert som løsninger breddes. Det trengs følge- og implementeringsforskning samt gode kunnskapsopsummeringer for å sikre at



tiltak i størst mulig grad er kunnskapsbaserte, og at man kan justere kursen om nødvendig. Det samme gjelder i stor grad for helsenæringen.

Strategien må få en handlingsplan slik at de ambisiøse målene kan nås. Det kan tenkes at tidsperspektivet er noe kort. Enten bør tidsperspektivet forlenges, eller man kan prioritere mål som skal oppnås innen 2030.

Utfordringsbildet kunne vært tydeligere beskrevet, men dette er i stor grad ivaretatt i grunnlagsarbeidet til strategien. Måloppnåelsen burde vært risikovurdert, for eksempel hjelper det ikke å si at helsepersonell skal øke sin digitale kompetanse når en av de største utfordringene til helsepersonell er mangel på tid. I tillegg er noen av målene utydelige/uklare - og innehar ikke målbare indikatorer.

Tilstrekkelig forskning på e-helse er nødvendig for å lage gode indikatorer, og også for å etablere en lærende helsetjeneste. Vi mener at det påbegynte arbeidet med målindikatorer er viktig og stiller oss bak dette. Å måle utbredelse av e-helse er et steg i riktig retning.

#### *Har dere tilbakemelding på de fem strategiske målene med målindikatorer?*

Vi har delt svaret i tre hoveddeler. Først om de de fem strategiske målene i seg selv, så om behov for forskning, og til slutt kommentarer til målindikatorer for hvert av de fem strategiske målene.

#### **De fem strategiske målene**

Som kommentert over, støtter vi oppdelingen i de fem målene, og vi synes oppdelingen er velegnet. Vi har to konkrete innspill.

Det ene er på formulering av strategisk mål 3, hvor vi foreslår at det endres fra: «Helsedata til fornying og forbedring» til «Helsedata for bedre folkehelse». Begrunnelsen er at de to første målene er mer individorientert (pasient og helsearbeider), og det tredje bør også være et mål som har et befolkningsperspektiv. Videre gjelder målet virkemiddelet i sin nåværende form, noe som ikke er gjort i de to første målene. Så selv om helsedata har en viktig rolle i å overvåke og forbedre befolkningens helse, bør målet være hva som ønskes oppnådd. Og det mener vi er bedre folkehelse, forstått som knyttet til tiltak og overvåking på gruppenivå. For å få til dette må det både være god kvalitet på, og tilgang til helsedata, som også bidrar i retning av fornying og forbedring.

Det andre punktet omhandler prioritering mellom målene. Vårt innspill er at dette bør utdypes noe. Bakgrunnen er at det kan oppstå konflikter mellom målene. Eksempelvis så kan en prioritering av aktiviteter knyttet til økt pasientsikkerhet medføre merarbeid for helsepersonell og utkonkurrere mål 2 om enklere arbeidshverdag for helsepersonell.



### Kommentarer til målindikatorer for hvert strategiske mål

Vi mener at det er viktig å ha målindikatorer, men synes mange av de som ligger i høringen er for umodne til å bli brukt i sin nåværende form og vi har innspill på andre som kan være aktuelle å inkludere.

Vi foreslår at spesielt forskningsaktører, som vårt senter og andre, involveres i den videre utvelgelsen og utformingen av målindikatorer.

Vi mener at måleindikatorene i større grad skal måle kvalitet, for eksempel ved å ta utgangspunkt i beskrivelse av hva god kvalitet er i punkt 3.5 i «... og bedre skal det bli» Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (IS-1162). Kvalitet i helse- og omsorgstjenestene kjennetegnes ved at tjenestene skal være virkningsfulle; trygge og sikre; involvere brukere og gi dem innflytelse; være samordnet og preget av kontinuitet: utnytte ressursene på en god måte; og være tilgjengelig og rettferdig fordelt.

#### *Mål 1: Aktiv medvirkning i egen og næres helse*

- Målindikator 1.1. Bruk av tjenester på Helsenorge som innebærer medvirkning
- Målindikator 1.2. Tilfredshet med digitale helsetjenester (spørreundersøkelse)
- Målindikator 1.3. Utbredelse av digital hjemmeoppfølging
- Målindikator 1.4. Utbredelse av velferdsteknologi

Et godt og viktig mål, forutsetning for å lykkes med strategien at de som skal motta tjenester blir aktive aktører i eget liv og behandling.

Det er lite synlig hvordan «Innbygger er aktiv i forebygging» følges opp gjennom målindikatorer. Det bør på plass en målindikator som ivaretar forebyggingsperspektivet. Denne må inkludere tilgjengelige verktøy, bruk av verktøy rettet mot forebygging og styrking av helse og måling av løsnings effekt og virkning.

Et mål bør være å identifisere behov for tjenester for innbyggere, pasienter, pårørende og helsepersonell. Vi har ikke samme behov i rollene som innbygger, pasient eller pårørende. Det ville være naturlig å måle hva innbyggere og pårørende opplever: økt fleksibilitet, muligheter for medvirkning, mulighet for å være proaktiv (forebygging og styrking av helse), mulighet til å lære om egen sykdom (empowerment) og god samhandling.

Nasjonale forskningsinfrastrukturer som PraksisNett gjør det mulig å målrette undersøkelse av pasientenes aktive medvirkning i egen helse. Med disse nye mulighetene kan man undersøke i hvilken grad verktøy rettet mot spesifikke pasientgrupper faktisk gjøres tilgjengelig for, tas i bruk av og fører til forbedringer for målgruppen. Slike undersøkelser vil være langt mer presise og oppleves mer relevante for de pasientene som inviteres til å gi tilbakemeldinger. Dette kan igjen føre til forbedret svarprosent på undersøkelser.



Digitalt utenforskap bør løftes og tydeliggjøres, og lages indikator for. Det er en av de store utfordringene i dag, og burde få en mye større plass i en e-helsestrategi. Ca. 14 prosent av befolkningen i Norge over 16 år er ikke-digitale. Strategien bør kobles tettere opp mot den nasjonale strategien for å øke befolkningens helsekompetanse. Bruker- og pasientorganisasjoner må med andre ord involveres i all utvikling av digitale tjenester og verktøy (inkludert helsepersonell som brukere).

Bruk av loggdata som målindikator bør benyttes der det er mulig, samtidig måler loggdata utbredelse, ikke involvering. Man bør måle nye tjenester som bidrar til medvirkning. Hvis strategien har som ambisjon å måle for så å justere kursen, er det ikke nok å måle antall og utbredelse. Hvis vi f.eks. skal øke volum, må vi først vite hvorfor volumet ikke er større enn det er.

Det å måle bruk av, holdning til og tilfredshet med digitale verktøy krever at man arbeider kunnskapsbasert. Det er viktig å ikke evaluere seg selv, men bruke annen uavhengig kompetanse til å gjennomføre undersøkelser. Forskningsmiljøer kan også brukes både til utvikling av indikatorer, (metodikk), valg og styrkeberegning. Dette er spesielt viktig når man ønsker å vurdere utvikling over tid. Dette er noe f.eks. Nordic ehealth Research Network (NeRN) kan bidra med.

Man kan også måle nytteverdi ved å måle antall brukere som ved hjelp av digital hjemmeoppfølging får muligheten til å ivareta egen helse og deretter undersøke opplevelsen av nytte. Hvis digital hjemmeoppfølging gir mulighet til å ivareta egen helse, da kan man måle de som 1) faktisk benytter seg av slike tilbud sammenlignet med 2) de som får vanlig tilbud. Dette krever en systematisk datainnsamling.

Mål på utbredelse er ikke nødvendigvis en indikator på at tjenestene er vellykket implementert og har effekt. Hvem skal tilbys digital hjemmeoppfølging (hvilke pasientgrupper, når i forløpet), hva er konsekvensene for kommunehelsetjenesten? Dette vet vi lite og ingenting om i dag og økt utbredelse av digital hjemme oppfølging vil gi økt belastning på primærhelsetjenesten, inkludert fastlegene. Er det tilstrekkelig å måle antall kommuner som tilbyr velferdsteknologiske løsninger til sine innbyggere, eksempelvis trygghetsalarmer, medisindispensere, digitalt tilsyn/romovervåking og GPS-sporing? Det bør måles hvor mange løsninger som er tatt i bruk og hvor mye de brukes i forhold til bl.a. innbyggerstørrelse, geografi og aldersfordeling.

#### *Mål 2: Enklere arbeidshverdag for helsepersonell*

- Målindikator 2.1. Modenhet i journalsystem (HIMSS EMRAM17)
- Målindikator 2.2. Tilfredshet med EPJ (spørreundersøkelse)

I EMRAM settes søkelys på "antall funksjoner/tilstedeværelse av funksjoner" uten å se på kvalitet. Det er et mål som kan brukes til å sammenlikne seg med andre, men det er utydelig hvordan EMRAM kobler seg til kvalitetsmål for helse og helsetjeneste. Et annet aspekt er om funksjonene faktisk benyttes av helsepersonell og om helsepersonell har mottatt opplæring i bruk av funksjonene for å unngå misbruk og feil bruk av løsningene.



De to indikatorene reflekterer ikke så godt det som er målet. Er målet å ta i bruk gode journalsystem, eller er det å få en enklere arbeidshverdag gjennom digitale arbeidsverktøy? Kanskje bør man ha det som er beskrevet under «Frem mot 2030 skal vi oppnå» formulert som delmål, og da ha indikatorer for hvert delmål.

Det bør beskrives en strukturindikator som sier at det skal settes av tid, rom og ressurser/penger for nødvendig opplæring helsepersonell. Det er en stor utfordring i dag at helsepersonell ikke har tid til å lære seg de nye tjenestene, derfor ikke tar de i bruk, og vi får ikke utnyttet potensialet.

Tilfredshetsundersøkelsen må være kunnskapsbasert. Igjen, loggdata bør brukes der det er mulig. Et representativt utvalg til gjentakende undersøkelser er komplisert. Annen metodikk bør også vurderes, gjerne ved bruk av kvalitative undersøkelser. Er det riktig endepunkt å følge utviklingen i oppfatninger og holdninger, eller kan bedre helsetjenester, økt kvalitet i pasientforløpet være mer nyttig? Tilfredshet gir ikke så mye nyttig informasjon. Man bør måle effekter.

### *Mål 3: Helsedata til fornying og forbedring*

- Målindikator 3.1. Tilgang til, og bruk av datanalseløsninger
- Målindikator 3.2 Kvalitetsforbedringer med utspring i dataanalseløsninger
- Målindikator 3.3. Antall søknader til Helsedataservice og kvalitetsregistre

Vi mener at mål 3 ikke er godt nok formulert. Vi foreslår å endre navn på strategisk mål 3 til «Bedre folkehelse». Uansett om dette følges eller ikke, bør det inn en ny indikator på folkehelse.

Det Europeiske helsedataområdet (EHDS) vil ha mye å si for hvordan helsedata forvaltes i norsk og europeisk sammenheng. På hvilken måte er fortsatt uklart, men vil være en viktig ekstern faktor videre. Strategien må ta hensyn til disse og følge med på de europeiske prosessene.

Det er vanskelig å få én indikator til å måle tilgang til, og bruk av, dataanalseløsninger til kvalitetsforbedring og bedre ressursbruk, på alle nivå i sektoren. Det kan være nyttig å prøve å klassifisere ulike løsninger for dette målet. Her snakkes det for eksempel om dataanalseløsninger for at helsepersonell skal ta gode beslutninger (kunstig intelligens, beslutningsverktøy), helsedata til forskning, helsedata til kvalitetsforbedring og bedre ressursbruk, osv. Er disse bedre identifisert/klassifisert/beskrevet, blir det lettere å kartlegge dem og måle tilgang til og bruk av. Strategien må ha sterkere søkelys på hvordan man kan overkomme utfordringene relatert til tilgang, strukturelle utfordringer, juridiske barrierer, osv.

Kvalitetsforbedringer er relatert til omfang av ulike løsninger. Noen kan gi bedre beslutninger, dvs. økt sikkerhet, bedre helse, osv. Noen kan gi bedre effektivitet/ressursbruk. Det holder ikke med en indikator. En tydeligere overbygging, f.eks. rammeverket Learning Health Systems (LHS), som sier noe om forventninger og faktisk måler evnen til å gjøre nytte av løpende ny kunnskap i sektoren, samt hvilken rolle e-helse har i dette.

Det er usikkert hvorvidt antall søknader vil si noe om behovet. De som sender inn søknader, vet hvilke data som er tilgjengelig. Det er behovet for data, hvilke tilganger til hvilke data som er



nødvendig for å ta de riktige beslutningene – som burde måles. Mål også hvor mange som får tilgang på ønskede data, tid for å få tilgang og resultat fra studiene. I tillegg til å måle antall søknader til Helsedataservice og kvalitetsregistrene kunne man måle noe mer, for eksempel hvor mange registre som er inkludert i gjennomsnittet i søknadene, eller hvor mange registre som er koblet i helsedata, osv.

#### *Mål 4: Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling*

- Målindikator 4.1. Helsepersonells tilgang til pasientinformasjon (spørreundersøkelse)
- Målindikator 4.2. Modenhet på samhandling (HIMSS CCMM19)
- Målindikator 4.3. Innføring av samhandlingsverktøy

Det er for mye overlapp med mål 2, og delvis med mål 3. Man bør ha mer spesifikke indikatorer som ser på: 1) tilgjengelig informasjon (helsepersonell får tilgang til relevant, oppdatert og korrekt informasjon på tvers av aktører og sektorer) og 2) styrket samhandling (på tvers av aktører og sektorer), og 3) deling av informasjon med innbyggere.

I hovedsak må en spørreundersøkelse gjøres kunnskapsbasert og i samarbeid med forskningsmiljøer. Et samarbeid med NeRN vil sikre muligheten for å kunne sammenligne data på tvers av de nordiske landene.

Det er noe usikkerhet knyttet til hvor mye HIMSS CCMM reflekterer samhandling. Her finnes det en liste med eksempler på samhandlingsverktøy. Er det forventet at det blir påbudt for kommuner/helseforetak å bruke disse? Man kunne mer enkelt måle adopsjon (antall virksomheter som har tatt i bruk et samhandlingsverktøy / antall virksomheter som kan bruke et samhandlingsverktøy) og bruk (hvor mye et samhandlingsverktøy blir brukt av hver virksomhet).

Man kan ikke måle innføring av samhandlingsverktøy. Man kan kartlegge virksomheter og, for hver virksomhet, undersøke innføring av ulike samhandlingsverktøy. Men vi tror adopsjon og bruk dekker både innføring og modenhet.

#### *Mål 5: Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft*

Mer samarbeid og partnerskap med næringsliv og forskning er viktig, strategien bør synliggjøre og tydeliggjøre bidrag og rollen forskning og næringsliv skal ha.

Som påpekt tidligere er forskning et verktøy for gjennomføringskraft. Det bør knyttes forskning og følgeforskning til implementering av strategien. Forskning vil være kvalitetssikrende, enten den finansieres gjennom prosjektene eller ved utlysninger gjennom f.eks. Norges forskningsråd.

Finansieringsmodellen er en utfordring som gjentas ofte. All den tid helsetjenesten er organisert med innsatsstyrt finansiering i HF vs. rammefinansiering i primærhelsetjenesten, kommer dette til å være vanskelig å løse. Derfor bør det legges en ekstra innsats inn i dette, og myndighetene bør være årvåkne på at ikke finansiering blir et hinder for utbredelse (gjelder alle digitale tjenester som inkluderer flere nivå av helsetjenesten).



### *Har dere tilbakemeldinger på prosessen for hvordan strategien skal følges opp?*

Nasjonal styringsmodell er revidert og endret til en rådsmodell, og det er naturlig at strategien følges tett opp i denne strukturen. Rådsmodellens suksess forutsetter at aktørene bruker den som et strategisk verktøy i sektor. For å måle om modellen fungerer som et styringsverktøy er det etter E-helseforsknings syn behov for følgeforskning. Dette inkluderer også utvikling og evaluering av strategiens måleindikatorer.

Strategien må tas aktivt i bruk av aktørene, og det er avgjørende at hver aktør støtter opp under og bygger videre på den når egne strategier og planer skal revideres eller utarbeides.

I handlingsplanen bør man presentere en overordnet tidsplan for prosessen, når skal de ulike stegene være realisert, og det må klargjøres hvilke aktører som har ansvaret for hva, dvs det må defineres et ansvarskart.

Det er bra at det legges opp til en iterativ prosess (ref. figur 4) «der oppfølging og justering står sentralt», men vi savner tydeliggjøring av forskningens plass i denne modellen. Kjernejournal (KJ) er tidligere nevnt som et eksempel: Hvis oppfølging og evaluering baseres på hvor mange sykehus og fastleger som har innført KJ, og at få helsepersonell slår opp i KJ, vet vi allikevel ikke hvorfor de ikke benytter systemet. Den kontinuerlige prosessen som beskrives i strategien bør inkludere forskning som metode for å følge opp og justere kursen.

Manglende implementering er en av de store utfordringene for e-helsefeltet. Strategien bør utvikle en helhetlig plan for forskning, læring og evaluering. Overgangen fra visjon/strategi til delmål burde gå via en dynamisk strategisk analyse som skal lede frem til disse målene. Sammenhengen mellom visjon, strategi og handlinger bør tydelig komme frem gjennom konkretisering, prioritering og gjennomføring.

### *Andre innspill og tilbakemeldinger?*

Strategien påpeker viktigheten av at tiltakene skal legge til rette for forskning og næringsutvikling. Men den bruker ikke disse som verktøy for å lykkes. Både forskning og næring er viktige faktorer for å lykkes, og må bringes inn som suksessfaktorer i løpet av implementeringen, ikke bare at tiltakene skal legge til rette i etterkant.

Det er ønskelig med mer bruk av kvalitative indikatorer. Det er f.eks. mer interessant å se på om kritisk info fra pasient blir brukt av legene, enn å telle hvor mange som har lagt inn infoen.

Det er lite tydelig hvordan vi retter fokus – og endrer fokus - over tid basert på utviklingstrekkene og utfordringene helsevesenet står overfor. Strategien kan si noe om hvordan vi forholder oss og lærer når nye utfordringer blir synlige.