

# Høringsvars skjema: Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren

Det vedlagte høringsdokumentet oppsummerer fire tema som vi ønsker tilbakemelding på:

- Strategiens rolle
- Visjon, overordnende mål og målgrupper
- Fem prioriterte strategiske mål med målindikatorer
- Strategisk styring og oppfølging av strategien

Der høringsinstansen har innspill, er det ønskelig med begrunnelse og eventuelt forslag til endringer.

Merk skjemaet med «Saksnummer 22/414», lagre som PDF og send på e-post til [postmottak@ehelse.no](mailto:postmottak@ehelse.no)

Frist: 01.10.2022

## Kryss av for type organisasjon/virksomhet:

- Statlig etat, ombud eller fagråd
- Fylkeskommune/Statsforvalteren
- Kommune/KS
- RHF/Helseforetak
- Fag- og interesseorganisasjoner
- Pasient- og brukerorganisasjon
- Forskning- og utdanningsorganisasjon
- Privatperson
- Privat virksomhet/næringsliv
- Annen enn nevnt ovenfor

## Kontaktinformasjon

Navn på virksomheten

Fagområdet for allmenntilleggsmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitet i Bergen

Kontaktperson: Øystein Hetlevik

E-postadresse: [oystein.hetlevik@uib.no](mailto:oystein.hetlevik@uib.no)

**1) 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

Vi har i dette høringssvaret tatt et allmennt medisinsk perspektiv. Allmenntjenesten i Norge har gjennom flere tiår vært langt framme når det gjelder å ta i bruk digitale løsninger for eget journalsystem, kommunikasjon med andre aktører i helsetjenesten og de siste årene med en utstrakt bruk av ulike former for elektronisk kommunikasjon med pasienter. Allmenntjenesten som gruppe har i mindre grad vært involvert i innovasjon knyttet av behandlingsrettede initiativ til bruk i klinisk direkte pasientbehandling. Vi støtter helt klart strategiens visjon. Når det gjelder overordnede mål er førsteinntrykket at de speiler en betydelig optimisme om hvordan informasjons- og teknologi skal hjelpe oss til bedre tjenester. Det er helt klart mange nyttige, mulige tiltak, samtidig er kunnskapsnivået relativt moderat om effekten av mange tiltak. Vi støtter også målet om å skape en kultur for innovasjon der man lærer av tidligere feil og suksesser er viktig kommer og at dette gjøres i nær kontakt med aktørene som skal være målgruppe, altså pasienter og de som arbeider i sektoren. Vi knytter videre noen kommentarer til de enkelte målene.

**2) Har dere tilbakemelding på de fem strategiske målene med målintikatorer?**

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

**Mål 1:** Vi støtter arbeidet med å bedre pasientens mulighet til å ta del i beslutninger og kunne være informert om egen helse og helsetjenestens tiltak. Det er ikke gitt at økt digitalisering gir mer likeverdige tjenester, det kan like gjerne virke motsatt. Parallelt med at det legges til rette for økt digital kompetanse blant pasienter må vi ta høyde for at ikke alle oppnår den kompetansen eller kan oppnå den. Det er viktig å nevne i strategien at det ikke alle vil kunne oppnå god bruk av digitale tjenester og at teknologien ikke må hindre kontakt med tjenesten for å få rettmessig helsehjelp. Vi merker oss at målintikatorene her er relativt enkle, knyttet til bruk av tjenestetilbud og tilfredshet. Vi savner kvalitetsmål både når det gjelder kontinuitet i tilbudet og effekt på helse.

**Mål 2: Enklere arbeidshverdag**

**Mål 2** om en enklere arbeidshverdag er særdeles viktig, og vi støtter punktet om at det vektlegges brukervennlige digitale arbeidsverktøy, som både gir mulighet for å samarbeide og gir hjelp til beslutninger. Det er fortsatt stort potensiale for å bedre brukeropplevelse, dette går både på grensesnitt og på utbygging av samlede dataløsninger. Vi vil spesielt fremheve første kulepunkt der brukermedvirkning i utviklingen av nye digitale arbeidsverktøy har fremhevet. Dette svært viktig fremover, da det er vårt inntrykk er at disse modellene ofte er drevet frem av andre yrkesgrupper og med andre målsettinger enn å gjøre arbeidshverdagen enklest mulig for eksempelvis allmenntjenesten. Vi støtter sterkt det som går igjen flere steder, nemlig å registrere informasjon effektivt for å unngå dobbeltregistrering. Og at det samtidig er lett for helsepersonell og pasienter å få tilgang til nødvendig informasjon. Samtidig er det viktig å sikre kvalitet på data som legges inn, slik at de blir mest mulig pålitelige og nyttige. Et

eksempel fra klinisk hverdag i kommunehelsetjenesten er utfordringer knyttet til Kommunalt pasient og brukerregister. Registeret baserer seg på administrative rutinedata fra blant annet fastleger. Det er gjort minimalt for å bedre kvalitet på inndata for eksempel å fremme riktig bruk av diagnoseklassifikasjoner, men akseptert åpenbart uriktig bruk kodeverk, med å bruk av uspesifikke koder og administrative koder. Dette handler ikke om digital kompetanse. Det bør derfor inn et nytt kulepunkt om å behov for kunnskap om kodeverk for å skape forståelse for nytten av slike data til bruk i kvalitetsutvikling og forskning. Et annet eksempel er hvordan legene (og andre) koder aktivitet basert på avtaler for betaling, for legen «Normaltariffen». Slike administrative databaser kan gi mye kunnskap om aktivitet i helsetjenesten, men det er tilsynelatende ingen plan om gjenbruk av data når disse avtalene revideres. Et eksempel fra fastlegene er det ikke er mulig å skille mellom telefonkonsultasjoner, videokonsultasjoner og tekstbaserte e-konsultasjoner, kontakttypen som er ganske ulike. Om dette var tatt høyde for i de administrative systemer ville vi nå kunne utvikle kunnskap om bruk og konsekvens av de ulike typer «nye» konsultasjoner vært tilgjengelig for kvalitetsutvikling og forskning. Her bør det inn et kulepunkt om at når data registreres av administrative årsaker bør de struktureres for å ivareta behov for forskning og kvalitetsutvikling. Det må spesifikt advares mot en utvikling som svekker datagrunnlaget i KPR (validitet og spesifikasjoner), og som i verste fall kan fremtvinge en rasing av nytten av KPR, og en utvikling med egne registreringsverktøy for monitorering, nasjonal statistikk og forskning, med et svært dobbeltarbeid som følge av en i utgangspunktet ønsket digitalisering. Det er også et interessant poeng i det siste kulepunkt om persontilpasset medisin som vi støtter, men samtidig vil vi også her påpeke at e-helse teknologi føre til en reduksjon i personsentrert medisin som tar utgangspunkt i hele pasienten og ikke den sykdomstilpassede medisin som er ligger begrepet persontilpasset. Antagelig bør vi ha et kulepunkt om utfordring om å ivareta personsentret medisin ved innføring av teknologi i kommunikasjon og klinisk oppfølging. Strategien har her et relativt begrenset sett med måleindikatorer som går på bruk av journalsystem. Det er mulig dette er gode verktøy, men vi savner også her bruk av utfallsmål i form av bedre pasientbehandling som for eksempel kan måles i kliniske data fra pasientene i registrene.

### Mål 3: Helsedata til fornying og forbedring

Mål 3 omhandler helsedata som vi også har omtalt over. Det har et optimistisk mål i første kulepunkt, men det er mangler et kulepunkt om hvordan oppnå dette punktet. Denne e-helsestrategien kan selvsagt ikke omhandle alt, men et stort hinder for tilgang til helsedata er hvordan data administreres og kostnadene som brukere av data må dekke til offentlige instanser. Det bør legges inn et kulepunkt om at det skal utvikles effektive og lav-byråkratiske systemer for å få tilgang til data, og at kostnader for brukere holdes lave. Det er i dag dårlig sammenheng mellom visjoner og offisielt selvbilde omkring datatilbudet fra den kommunale helsetjenesten og det som er virkeligheten sett fra forskernes ståsted. Vi tror også, som nevnt over, at de må legges større vekt på datakvalitet helt fra brukerregistrering, med et eget kulepunkt om opplæring for å fremme bedre kvalitet på inndata. Her er også måleindikatorer bruk, og eventuelt kvalitetsforbedringer, i egen praksis. Et annet viktig mål å registrere tid på søknadsbehandling og tilrettelegging av data i de offentlige instanser som håndtere data. Vi støtter helt klart at tilgjengelig informasjon bør være oppdatert og korrekt og lettere

tilgjengelig, både for tjenestene selv og for forskning.

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

**Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**

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

**Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**

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

Oppsummering basert på høringsdokumentet Vi ser særlig 3 hovedutfordringer som bør følges i forskning:-

Forhold mellom lege og pasient som kontinuitet i tjenesten er viktig, spesielt dokumentert i allmennlegetjenesten. Dette kan bli betydelig endret med økt bruk av elektroniske konsultasjonsformer. Her er det behov for følgeforskning og helhetlig evaluering for å gi kunnskap om hvordan e-helseløsninger dette virker på lege-pasientforhold og pasientens helse og effektivitet i legearbeid. - Det er heller ikke gitt at økt datautveksling bedrer samhandling. Det er de siste årene blitt utvekslet stadig større mengder pasientinformasjon på grunn av e-helseløsninger, men det er store mangler på sortering, struktur og utvelgelse av hva som er viktig for hvem. Vi er i en situasjon der informasjonsflyten allerede er for stor til at den enkelte helsearbeider kan absorbere all tilgjengelig informasjon. Det trengs forskning om hvordan informasjon best kan gjøres tilgjengelig når det trengs.- Når det gjelder å ta i bruk teknologiske innovasjoner i direkte pasientoppfølging ja dette er et felt i stor utvikling og kunnskapsgrunnlaget er usikkert. Dette så langt i stor grad styrt av spesielt interesserte miljø, antagelig fordi utviklingen av teknologi er sterkt knyttet opp mot enkelte spesifikke fagmiljø og sykdomsgrupper. Det vil antageligvis være viktig at teknologisk pasientoppfølging som er sykdomsrettet også har primærhelsetjenesten som førstelinje. Dette er et stort og viktig felt der følgeforskning på effekt av e-helseløsninger, både med hensyn til helseutfall og organisering, vil være viktig fremover. Det er svært positivt på at strategien er tydelig på et opplegg med målindikatorer. E-helse i vid forstand slik denne strategien omhandler er et nytt og hurtig voksende område i helsetjenesten. Det er relativt begrenset kunnskap om positive og negative effekter på pasienters helse og tjenestens effektivitet. Vi savner en tydeligere strategi for å utvikle forskning og kvalitetsvurdering av hvordan dette påvirker pasientforløp og pasientenes helse.

### **4) Andre innspill og tilbakemeldinger?**

**Behov for satsing på fagområdet klinisk informatikk i primærhelsetjenesten**E-helsestrategien er preget av en optimisme på hvordan teknologien vil bedre tjenestene. Noen ganger er det viktig å ta i bruk teknologi for å effektivisere helsetjenestene når det er ressursknapphet. Samtidig må vi da antageligvis også akseptere at det gir oss gode nok tjenester, men ikke nødvendigvis bedre tjenester. Slike avveininger kan kun gjøres basert på god følgeforskning som ser på det totale tilbudet med nye e-helseløsninger integrert del av den totale tjenesten. Dette perspektivet er i liten grad del av e-helsestrategien, som har fokus på å følge e-helseløsningene dels fristilt fra resten av tjenesten. Det er heller ikke omtalt behovet for sentrale kompetansemiljø for å følge, utvikle og innovere kunnskap og kompetanse på dette området.Klinisk informatikk er navnet på det kunnskapsfeltet som tar seg av disse problemstillingene, teoretisk og praktisk og gjennom FOU. Mange miljøer innen

spesialisthelsetjenesten har allerede opprettet sentra, seksjoner og andre typer kompetansemiljøer. Det finnes kurs- og utdanningstilbud og det er kommet lærebok i emnet. Ledelsen i Helseplattformen (Helse Midt) har i avisinnlegg etterlyst en satsing på dette feltet i kommunehelsetjenesten/primærhelsetjenesten, det samme har Legeforeningen. For allmennmedisinens del vil det neppe være formålstjenlig å organisere et slikt kompetansemiljø spredd utover. I tråd med mange viktige satsinger for allmennmedisinen bør det utredes et felles nasjonalt senter. Virksomheten ved et slikt Senter for klinisk informatikk for primærhelsetjenesten/allmennpraksis må være å ha en «følge med»-rolle og et samfunnsoppdrag som kan eksempelvis sammenfattes i følgende punkter:

- Bidra til nasjonal og internasjonal faglig utvikling innen fagfeltet

- Etablere nødvendige nasjonale faglige standarder
- Bidra til, og delta i, forskning innen fagfeltet
- Etablere og kvalitetssikre registre/nasjonal statistikk/monitorering innen fagfeltet
- Sikre nasjonal kompetansebygging og spredning av kompetanse
- Gi råd og faglig støtte praksisfeltet

- Delta i undervisning, både i grunn-, etter- og videreutdanning
- Gi råd, høringssvar og gjennomføre utredninger

Et slikt senter må være offentlig finansiert og ha et stort nok kjernemiljø som sikrer stabilitet, responsevne og basiskompetane innen forskning, datahåndtering og prosjektutvikling. Vårt miljø ved Fagområde for allmennmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitet i Bergen, har lang erfaring med å utrede, utvikle og drifte slike fellesfunksjoner på vegne av det primærmedisinske fagfellesskapet. Eksempler er Noklus (laboratoriekvalitet), NKLM (legevakt) og SKIL (kvalitet i legekantor). I tillegg er instituttet vertskap for erfaringsbasert masterutdanning i helseledelse der kursmoduler i helseinformatikk inngår. Vi stiller oss til disposisjon for et utredningsoppdrag med tanke på en slik satsing som omtalt ovenfor. Konklusjon Vi er svært positive til hovedtrekkene i høringsbrevet og viser til detaljerte kommentarer ovenfor. Vi konkluderer ellers med at som del av en omfattende e-helsestrategi er behov for et definert opplegg for følgeforskning. Vi vil foreslå opprettet et nasjonalt senter for e-helse/klinisk informatikk i primærhelsetjenesten som tilføres ressurser til å forske på samhandling, lege-pasientforhold og helserelaterte endepunkter som sykdomsutvikling og død. Et slik senter kan også være bidragsyter i kvalitetsarbeid gjennom tilbakemeldinger til de enkelte aktørene i helsetjenesten.