

# Høringsvarskjema: Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren

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

- Strategiens rolle
- Visjon, overordnede mål og målgrupper
- Fem prioriterte strategiske mål med målintikatorer
- 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

Universitetet i Oslo,

*Kontaktperson:*

Mette Sollihagen Hauge, seniorrådgiver,  
Ledelse og støtteenheter

Avdeling for forsknings- og innovasjonsadministrasjon

*E-postadresse:*

[m.s.hauge@admin.uio.no](mailto:m.s.hauge@admin.uio.no)

## INNSPILL fra Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

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

De fem strategiske målene er relevante og sentrale for å oppnå de overordnede målene, samtidig savne vi en tydelig konkretisering på enkelte områder innenfor hver av de strategiske målene. Det gjelder spesielt en konkretisering av hvilken rolle forskning og utdanning skal ha og hvordan forsknings- og utdannings-institusjonene skal inngå i samarbeid og dialog. Se også kommentarene nedenfor.

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

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

I kulepunkt 2 står det «Innbygger er aktiv i forebygging, behandling og oppfølging av egen helse gjennom enkle og brukervennlige verktøy og selvbetjeningsløsninger, og har tilgang til kvalitetssikret og tilpasset informasjon». Vi mener det her bør presiseres at denne kvalitetssikringen bør være evidensbasert og bygge på forskning. For å sikre aktiv medvirkning, foreslår vi et ekstra kulepunkt i listen: «Fremme og prioritere forskning som involverer brukere». På s.11, nest siste avsnitt, foreslår vi å inkludere kvalitetssikring og forskning: «... Videre forutsetter målet videreutvikling av arbeidsprosesser, kvalitetssikring og forskning for å dra nytte av de nye mulighetene digitaliseringen åpner for.» Forslag til en målindikator 1.4: «Involvering av innbyggere og pårørende i forskning og innovasjon. Måle tildeling til nye forsknings- og innovasjonsprosjekter og aktive prosjekter som har en brukerorientert tilnærming slik at forskning på utvikling, effekter av og implementering av nye e-helseløsninger er tilpasset innbyggernes behov og gir økte muligheter for medvirkning

Målet er for øvrig rettet mot de som allerede har forutsetningene for å delta aktivt. Den demografiske utviklingen tilsier at det fortsatt vil være mange innbyggere som ikke klarer å delta aktivt, dvs. selv tar initiativet til å søke informasjon, men like fullt kan ha ønske om å være informert. Målet må i utformes slik at det reflekterer bredden av behov blant innbyggerne. Hvordan behovet for universell tilgang skal utformes må også tydeliggjøres og presiseres (eksempelvis må det være informasjonssystemer for de ikke-digitale og for blinde eller med annen funksjonshemming). Ad. måleindikatorer må det også innhentes kunnskap/informasjon om hva som gjør at målene ikke oppnås.

### **Mål 2: Enklere arbeidshverdag**

I kulepunkt 7 foreslår vi å legge til «evidensbaserte», slik at det står: «Helsefaglige vurderinger støttes i større grad av evidensbaserte beslutningsverktøy». Vi foreslår videre å inkludere to ekstra kulepunkt: «Fremme og stimulere til forskning på utvikling, effekter og implementering av digitale arbeidsverktøy som gir en enklere arbeidshverdag og økt pasientsikkerhet» og «Fremme undervisning og opplæring av nåværende og fremtidig helsepersonell om bruk av digitale arbeidsverktøy og digital sikkerhet og for å øke digital kompetanse». Det må presiseres at det skal arbeides med styringssystemer som letter det daglige koordineringsarbeidet. I kommunene er det pasienter som skal ha tjenester over lang tid. Systemene i dag er mangelfullt utviklet til å ta høyde for å få oversikter og knytte informasjonen inn i et langsiktig tjenesteforløp. Dvs. at mye fokus er på spesifikke diagnosegrupper og sykdomsforløp og ikke på et økende behov for informasjon knyttet til ulike typer tjenesteforløp. Mer fokus må også legges på forholdet mellom informasjon som er på individnivå som finnes i pasientjournalen og behovet for koordinerings- og styringsverktøy som gir relevant informasjon på gruppenivå. I måldata må det inn indikatorene som kartlegger andre arbeidsverktøy enn bare EPJ/journalsystemene.

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

I tillegg til å øke tilgjengelighet av helsedata fra kliniske områder, foreslår vi at det også beskrives hvordan data fra befolkningsrettede undersøkelser kan benyttes i forebyggingssammenheng for å fremme god helse. Eksempler på slike data kan være nasjonale kostholdsundersøkelser, landsomfattende helseundersøkelser, osv. Vi foreslår et ekstra kulepunkt: «Øke bruk av opplysninger fra helseregistre i forskning for å studere effekter av velferdsteknologi og e-helseløsninger som implementeres i helsetjenesten». Mål 3, kulepunkt 5 «Samarbeid mellom sektoren, næringsliv og forskning for å utnytte helsedata til innovasjon og næringsutvikling» er særlig utfordrende på grunn av at næringsinteresser kan komme i konflikt med vitenskapelige interesser eller

personverninteresser. Personvern i den forstand at det antakelig vil være mange personer som ikke ønsker at noen beriker seg økonomisk på deres helsedata. For andre er det antakelig helt greit. For å ivareta begge disse kategorier må det legges føringer fra toppen og ned på prosedyrer for å trygge at begge interesser ivaretas. Systemer må forenkles og ledelsen må klargjøre hva som er ønsket aktivitet og ikke. Smarte wearables vil for eksempel bli vanligere og vil kunne bli en viktig datakilde både for kvalitetskontroll, oppfølging, behandling og forskning. Dilemmaer vil vokse frem i skjæringspunktet personvern versus effektivitet. Personer som ikke ønsker å dele sin data i digital teknologi kan få dårligere behandling, det vil si at et samtykke om å gi data kan gi bedre behandling, omtrent som alt man samtykker til internett for at det skal fungere smidig. Vi ønsker også å melde at i tillegg til å gjøre data tilgjengelig så trenger vi høykvalitetsdata som kan integreres med andre data. Dette vil kreve økt basalforskning og FoU innen «-omics», forskning med fokus på epigenetikk, herunder innhenting av epigenomiske profiler, utvikling av kunstig intelligens (KI)-baserte analysemetoder for økt throughput og integreringsmuligheter med andre type data, som metabolomics og imaging. Under «Fram mot 2030 skal vi oppnå» foreslår vi å legge til «Økt integrering av et bredt dataspektrum gjennom forskning på høy-throughput pasientdata (inkl. genomrelaterte data) innhenting og KI-baserte analyse- og predikeringsmetoder. Det mangler for øvrig indikatorer som måler kontinuitet.

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

Det er bra at det er et eksplisitt mål at informasjon skal være tilgjengelig på tvers av aktører og sektorer. Informasjon og informasjonsflyt er viktig for informasjonskontinuitet, men det styrker ikke samhandlingen alene. Dersom samhandling skal være et mål, så må målene utdype samhandlingsverktøyene ut over de informasjonskildene som er beskrevet. Det foregår mye kunnskapsdeling og erfaringsutveksling mellom tjenestenivåene. Nye samhandlingsstrukturer er under utvikling og det må reflekteres tydeligere i e-helsestrategien. Et forslag er at dette målet fokuserer på informasjon og at samhandling flyttes til mål 5 for å tydeliggjøre og for å unngå begrepsforvirring. I avsnittet etter kulepunktene bør forskning inn i siste setning: «Effektiv informasjonsflyt legger også til rette for bruk av data til kvalitetsforbedring, forskning og innovasjon».

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

Kulepunkt 6: «Økt samarbeid og partnerskap med næringsliv og forskning». Vi savner en konkretisering av hvordan dette skal muliggjøres og legges til rette for i praksis. Under beskrivelse av forutsetninger for måloppnåelse (avsnittet før FNs bærekraftsmål) på s. 19, foreslår vi å presisere at forskning også har en sentral plass: «Bedre samarbeid, økt forskning på nye og eksisterende e-helseløsninger, videreutvikling av finansieringsmodeller og regelverk er viktige forutsetninger for måloppnåelse på de øvrige fire målene i strategien». Det er utydelig hvordan målet er knyttet til bærekraftsmål 10 Mindre ulikhet.

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

En del av prosessen er å ha en tydeligere og mer målrettet strategi på hvordan man når ut til sluttbrukerne i helsetjenesten slik at de er kjent med strategien og veivalgene. Vi har kommentarer til Detaljering av målindikatorer per strategiske mål. Vedrørende «Målindikator 2.1. Modenhet i journalsystem (HIMSS EMRAM17)» er utgangspunktet med helsepersonells erfaring viktig. Brukere av DIPS opplever stadig alvorlige problemer av typen at et journalnotat på en pasient havner i en annen pasients journal, eller at det forskrives resept på en pasient som er forbyttet med en annen. Siden noen feil er svært alvorlige, mens andre bare er til irritasjon må det dette rangeres på en fornuftig måte. De alvorlige feilene dukker gjerne opp først etter lang tids bruk av mange, på samme måte som alvorlige bivirkninger av nye medikamenter ikke oppdages før millioner av mennesker har vært eksponert. Først da blir medikamentet avregistrert. Det er trolig at Målindikator 2.2. Tilfredshet med EPJ (spørreundersøkelse) vil være arvet av

eksisterende systemer, som DIPS (sykehussystem). I en slik spørreundersøkelse vil antakelig enhver endring oppleves som en stor forbedring, selv om et eventuelt nytt system kanskje ikke er særlig bra vil det derfor kunne gi toppskår i en spørreundersøkelse. Derfor bør spørreundersøkelsen innrettes slik at de som bruker god systemer i dag (de fleste fastleger) vil være langt mer krevende å tilfredsstillere enn de som bruker dårlige systemer som DIPS. Målindikator 3.1, 3.2 og 3.3, som alle er relativt «myke» indikatorer foreslås utvidet ved å innføre en måleindikator på «antall publiserte artikler» eller bøker eller patenter (f.eks. Cristin poeng) som har direkte utspring i helseregisterdata. Samt antall prosjekter som får bevilgninger fra større utlysninger som fra EU, NHI, Helseforetakene, NFR, Novofondene, Jepsensentere, Thon-fond/pris osv.

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

Vi savner en større tydeliggjøring og konkretisering av hvilken rolle forskning og forsknings- og undervisningsinstitusjonene skal spille i oppnåelse av de fem strategiske målene. Det beskrives f.eks. i bakgrunnen at teknologiutviklingen gir oss muligheter og at vi får en større tilgang til helseapper og større tilgang på informasjon. Det bør presiseres i e-helsestrategien at det er viktig å forske på effekter og implementering av nye digitale løsninger. Det bør sikres at løsninger som tas i bruk i helsetjenesten er evidensbaserte og oppleves som brukervennlige av både innbyggere/pasienter, pårørende og helsepersonell. På s. 6 der overordnede mål beskrives, foreslår vi et 4.mål om Evidensbaserte løsninger og e-helsetjenester. Dette vil bidra til å synliggjøre at forskning bør spille en sentral rolle i utvikling og implementering av fremtidens e-helseløsninger. Det nevnes på s.6 at utdannings- og forskningsmiljø har en viktig rolle i å medvirke til å oppnå målene i strategien. Et slikt 4.mål, som foreslått, vil kunne synliggjøre på hvilken måte dette skal foregå. Undervisning av fremtidens helsepersonell og undervisningsinstitusjonenes rolle i den forbindelse, kan vi ikke se inngår i strategien. Dette bør synliggjøres. Det er positivt at utfordringene med tilgjengelighet av helsedata og digital samhandling synliggjøres i strategien. Dette er i dag ineffektivt, og det er en betydelig utfordring at helsedata som genereres ikke i større grad kan tilgjengelig gjøres og lede til styrket samhandling og nyttiggjøres i forskning og innovasjon. Samlet sett er det mye bra, men på et så overordnet nivå og i så generelle vendinger at det er krevende å feste stor lit til gjennomføringsevnen. Det står lite om hvordan man vil kunne få gjennomslag for nødvendige forskriftsendringer, hvilke politiske prosesser som er nødvendig å igangsette så raskt som mulig, hvordan Helsedirektorat og Departement vil få dette implementert i en travel helsehverdag i rutinevirksomhet/kjernevirksomhet, der enhver forandring ofte oppleves som rusk i maskineriet og akutt syke naturligvis prioriteres over all annen aktivitet. Det må arbeides med kvalitative mål for å få mer forståelse og innsikt i hva som fungerer, hvorfor det fungerer/ikke fungerer og hva som må til for videreutvikling. Følgeforskning i utvikling og implementering kan gi verdifull kunnskap som supplerer de kvantitative målene og som kan bidra til mer treffsikre valg i utviklingsarbeidet framover. Det er også grunn til å påminne om at det må sikres strategiske og konkrete planer for tverrgående kompetanseutvikling for å styrke sektorens gjennomføringsevne innen e-helsefeltet

«Helsedata til fornying og forbedring» er mål 3 i den nasjonale e-helse strategien. Implisitt i dette målet ligger det en forståelse av at en ved å utnytte datatilgangen fra nasjonale registre, elektroniske pasientjournaler og egeninnsamlede data skal prøve ut nye måter å organisere og levere helsetjenester på til beste for pasienter, pårørende, helsearbeidere og samfunnet i stort. Strategien beskriver imidlertid i liten grad at tjenesteutvikling og utprøving krever en systematisk tilnærming, inkludert en kvalitetssikret evaluering. Det må tydeliggjøres at det er behov for forskning på tjenesten, og at måling av effekter på helseutbytte og ressursbruk må ligge til grunn for eventuelle endringer.

Det er positivt at strategien konkretiserer indikatorer for måloppnåelse innenfor hvert delmål. Det kan være klokt å utvikle dette i en pågående prosess i dialog med sektoren og brukere, men strategien sier lite om hvordan dette i praksis skal gjøres. Det er avgjørende at indikatorene blir konkrete og mulig å benytte for å vurdere måloppnåelse. For delmål 3 er indikatorene foreløpig kun antydninger av hva som ønskes målt. Vi vil foreslå at det legges inn et mål om «kortere saksbehandlingstid på søknader om koblede datasett» til forskning. Dette er den viktigste forutsetningen for å forske på tjenesten med det for øye å utvikle og innovere. En annen og nærliggende indikator kan knyttes mot «antall søknader til dataleverandør» om denne typen koblinger. Eventuelt også antall innvilgede søknader til Forskningsrådet hvor prosjektet utnytter det store tilfanget av data i form av koblede datasett.

Det har i mange år vært en helsepolitisk målsetning å øke antallet e-konsultasjoner i primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette har tatt lang tid, men utviklingen skjøt fart under pandemien. Hvorvidt bruken av e-konsultasjoner fortsatt er på et høyt nivå eller om dette nå er tilbake til normalen før pandemien er et empirisk spørsmål, men pandemien viste iallfall at dette er mulig å få til. Hvorvidt en e-konsultasjon er en digital kommunikasjon med lege for eksempel via Helse Norge, om det er en telefonhenvendelse eller om det er en videokonsultasjon er ikke helt tydelig, og den nasjonale e-helse strategien bør bidra til å tydeliggjør dette. Vi vet også lite om innholdet i disse konsultasjonene, og om pasientens helseutbytte er like god som ved ordinære konsultasjoner. En nasjonal e-helse strategi bør ivareta denne typen problemstillinger og legge opp til forskning på innhold og effekt av e-konsultasjoner for pasient, helsepersonell og ressursbruk.

For øvrig ville det vært naturlig at en nasjonal e-helse-strategi sa noe om helseutdanningene og deres behov for endret undervisning inn mot en digital hverdag. Dette kan vi ikke se er omtalt i det foreliggende dokument.