

## Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref.:  
22/4487-14

Vår ref.:

Prosjektnummer / Referanse:  
102028629 Helse og velferd

Dato  
30.03.2023

### Skriftlige innspill fra SINTEF i etterkant av rundebordskonferanse om digitalisering i helse- og omsorgstjenesten

Vi takker for mulighet til å komme med muntlig innspill i forbindelse med rundebordskonferansen 28. mars. Her følger en skriftlig utdyping av det muntlige innspillet og noen perspektiver på de andre områdene der det ble invitert til innspill. Tilbakemeldingen er gruppert i henhold til spørsmålsstillinger oppgitt i innkallingen til konferansen.

- 1. *Er det behov i tjenesten, utover de prioriterte digitale samhandlingsområdene (pasientens legemiddelliste, dokumentdeling, pasientens prøvesvar, kritisk informasjon og datadeling for digital hjemmeoppfølging), som bør prioriteres de neste fire årene og på lenger sikt? Behovene bør ta utgangspunkt i regjeringens overordnede rammer for e-helsepolitikken***

Vi er enige i at de foreslåtte prioriterte områdene (Pasientens legemiddelliste, Dokumentdeling, Pasientens prøvesvar, Kritisk informasjon og Datadeling for digital hjemmeoppfølging) er svært viktige å realisere og bør prioriteres, framfor å starte mange nye tiltak. For å legge til rette for aktørene i helsesektoren, men også for næringslivs- og forskningsaktører er det viktig at de realiserte løsningene blir godt dokumenterte med tydelige definisjoner av grensesnitt (API-er).

De prioriterte digitale samhandlingsområdene vil hver for seg først og fremst «sette strøm på papir». Det er positivt og viktig at behandlere kan spare tid og arbeide sikrere basert på oppdatert og riktig helseinformasjon om sine pasienter. **Nå er det også viktig å sette i gang forskningsaktivitet for å begynne å utnytte disse tilgjengelige dataene.** Både pasienter og behandlere trenger tilgang til helhetlige framstillinger av behandlingsplaner og -forløp, og de tilgjengelige dataene vil også muliggjøre helt nye måter å drive operasjonell samhandling der sektoren kan planlegge optimerte behandlingsforløp med tilhørende optimering av ressursforbruk.

- 2. *Rettslig handlingsrom - Hvilke behov i tjenesten, utover de prioriterte samhandlingsområdene, kan ikke løses innenfor dagens rettslige handlingsrom og hvilke konkrete bestemmelser bør eventuelt endres for å imøtekomme behov?***

SINTEF er en forskningsaktør som står utenfor helse- og omsorgssektoren. Vi overlater derfor primært til aktørene i sektoren å peke på rettslige utfordringene de opplever i sin daglige førstelinjetjeneste.



Vi vil imidlertid beklage at det fortsatt ikke fins løsninger for effektiv forskning basert på sekundærbruk av helsedata. Det er positivt at Norsk helsedataservice nå har fått myndighet til å behandle søknader om tilgang til registerdata. Med bortfall av Helseanalyseplattformen venter vi fortsatt på tilgang til god, alternativ lukket og sikker analyseinfrastruktur for helsedata. Dette rammer særlig næringslivet og andre aktører uten egne løsninger.

### **3. Hvordan sikre utvikling, innføring og etterlevelse av nasjonale standarder?**

Med mange aktører involvert er det viktig at norske e-helseløsninger i størst mulig grad følger et sett av felles standarder. Vi fraråder at det bygges særnorske standarder. Legg heller opp til å følge internasjonale og harmoniserte standarder, og gjør om nødvendig nasjonale tilpasninger der internasjonale standarder ikke strekker til. Bruk av harmoniserte standarder gjør det enklere å skape løsninger der ulike leverandører kan levere sine komponenter hver for seg med akseptable integrasjonskostnader og med god systempålitelighet.

Harmoniserte standarder gjør det enklere å anskaffe løsninger fra internasjonale leverandører, og vil også gjøre at norske leverandører kan demonstrere at løsninger fungerer på sin hjemmearena, samtidig som den oppfyller krav i et større, internasjonalt marked.

EU-kommisjonen har lansert et forslag til regulering for et «European Health Data Space», som er ment å bli et helsespesifikt økosystem av felles reguleringer, standarder, prosedyrer og myndighetsstyring, og med mål om at EUs innbyggere vil få tilgang og kontroll over egne helsedata, inkludert muligheten for å ta disse med seg over landegrensene. Tiltaket vil skape et stort og helhetlig EU-marked for e-helseløsninger, og vil kunne skape viktige synergier mellom landene og senke kostnader for e-helseløsninger. Dette vil også fremme forskningssamarbeid og utveksling av sekundærbruk helsedata på vel-regulerte og etisk akseptable måter mellom landene i Europa. **Vi mener det er viktig at utviklingen av standarder for Norge også følger dette arbeidet og tilpasser harmoniserer norske regler med EU.**

Forskningsmiljøene har både systematikken, metodikken og kompetansen som skal til for å gi viktige bidrag til standardiseringsarbeid, så bruk oss gjerne. I høringsdokumentet for Helseteknologiordningen er ikke forskningsmiljøene nevnt som aktør for utvikling av standarder (ref figur 2). I realiteten skjer standardiseringsarbeid ofte som del av internasjonale forskningsprosjekter, slik for EU-prosjekter. Som et eksempel er SINTEF koordinator for et nystartet EU-prosjekt kalt NEMECYS: «*NEw MEDical CYbersecurity assessment and design Solutions*» der EU-kommisjonen har tildelt 5,8 millioner Euro til arbeidet. Prosjektet vil jobbe for å utvikle verktøy og prosedyrer som hjelper utviklere, systemintegratorer og helsetjenesten realisere cyber-sikre løsninger gjennom design for nett-koblet medisinsk utstyr. En av arbeidsaktivitetene vil være å foreslå forbedringer til veiledningsteksten *MDCG 2019-16 - Guidance on Cybersecurity for medical devices*.



- 4. Helseteknologiordningen** *Gitt formålet med ordningen, hvilke nasjonale virkemidler er det viktig at inngår i en helseteknologiordning?  
Er det særlige hensyn som er viktige under de enkelte tiltakene?  
Hvilke tiltak i en helseteknologiordning bør prioriteres?*

Vi er enige i at det er behov for en styrking av kommunal helse- og omsorgstjeneste bruk av digitale støtteløsninger og annen helseteknologi, og særlig for kommunenes organisering av pleie- og omsorgstjenester i kommunale institusjoner og hjemme hos pasient/bruker. Det er utilstrekkelig journalløsninger, mangelfull samhandling, og mange steder utnyttes ikke potensialet i e-helseløsningene som tross alt fins godt nok. En viktig grunn til at arbeidet ikke har kommet lenger, er at kommunene har ventet på avklaring om utredninger av store fellesløsninger som Akson, Helseplattformen og/eller Felles kommunal journal (FKJ). Derfor er det viktig at det nå kommer reelle alternativer, gitt at arbeidet med FKJ er stoppet.

Helsepersonellkomisjonens NOU «*Tid for handling*» har gitt oss et godt kunnskapsgrunnlag for hvorfor det nå blir enda viktigere å realisere en helsetjeneste som ikke bare er likeverdig for alle og av høy kvalitet. **Den må også være bærekraftig.** Da blir det enda viktigere med tiltak som bidrar til at helsepersonellet vårt kan jobbe mest mulig effektivt. Støtte gjennom helseteknologi er et sentralt og viktig tiltak. Forslaget til helseteknologiordning bærer imidlertid preg av å være skrevet før «*Tid for handling*» ble presentert, og bærekraftutfordringene som drivkraft for å innføre teknologi er ikke tydelig i dokumentet. Blant 23 effektmål skissert for tiltakene, er det bare ett som handler om bedre helsepersonellutnyttelse (pga velferdsteknologi). Det er viktig å legge til rette for at kommunene kan anskaffe nye og bedre løsninger, men også at **en nå gjøre gode prioriteringer av helseteknologi som gir effekter på behandlingskvalitet og mer effektiv utnyttelse av helsepersonell.** Disse effektene kommer ikke av seg selv, så det må settes tydeligere mål for hvordan løsningen skal bidra til sosial bærekraft i sektoren. «*Tid for handling*» må tolkes som «*Tid for å gjøre gode prioriteringer*» og ikke som «*Tid for shopping*».

Vi legger til grunn at anskaffelser av helseteknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste i utgangspunktet er et kommunalt ansvar og skjer over kommunale budsjetter. Vi savner en tydeligere redegjørelse i beskrivelsen av Helseteknologiordningen for forventede totale kostnader kommuner kan forvente for å innføre blant annet journalløsninger, og ikke bare angivelser av kostnader til selve tilskuddsordningen. **Hva den egentlige støttegraden for kommunene vil bli, er ikke forsøkt estimert, selv om dette er svært viktig for å kunne vurdere effektene av ordningen.**

Det foreligger ikke et helhetlig anskaffelsesgrunnlag for kommunene for å anskaffe nye journalløsninger i dag. I utredningen av ordningen anbefales det å se hen til, og bygge på arbeid og erfaringer som kommer fra strukturene og nettverkene som er etablert i regi av KS på dette området, samt trekke lærdom fra innføring av Helseplattformen i Midt-Norge. Vi er enige i at dette er et kunnskapsgrunnlag, men **dette kunnskapsgrunnlag gir ikke helhetlige og entydige anbefalinger om veien videre.** Det er derfor viktig at Helseteknologiordningen virkelig støtter kommunene i arbeidet med å etablere samarbeidskonstellasjoner og i arbeidet med å utvikle felles behovs- og kravbeskrivelser.



Som innspill, ikke først og fremst om helseteknologiordningen, men om innretningen for Nasjonal helse- og samhandlingsplan, vil **vi oppfordre til også å bruke forskningsmiljøene i disse prosessene framover**. Gjennom stort sett hele prosessen «*Én innbygger-én journal*», Akson, Helseplattformen og FKJ, så har forskning i svært liten grad vært brukt som virkemiddel. Riksrevisjonen kom med skarp kritikk til Akson-arbeidet for manglende involvering av forskningsmiljøene. Likevel har forskningsmiljøene også blitt holdt utenfor i videre arbeidet med FKJ og i arbeidet med Helseplattformen, og det er først i den endelige versjonen av Nasjonal e-helsestrategi innført 2023 at sektoren har tatt inn (følge-)forskning som et aktuelt virkemiddel!

Helseteknologi og digitalisering er svært viktige virkemidler for å skape god behandling. **Framover blir det enda viktigere å vite hva som er gode og effektive tjenester, og vi trenger å prioritere tiltak som gir best effekt**. Den beste måte å sikre dette på er å skrive inn forskning som et strategisk virkemiddel i Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Og det er viktig at det skrives inn her, for **sektoren har gjennom de siste 10 årene vist at involvering av e-helseforskning ikke skjer av seg selv**.

Videre, når det gjelder behov for kunnskapsgrunnlag for innføring og implementering av helseteknologi, vil vi minne om at vi ved SINTEF har omfattende innovasjons- og implementeringserfaring for e-helseløsninger. SINTEF er også det desidert største norske forskningsinstitutt når det gjelder omfang av samarbeid med helsenæringen som skaper helseteknologiløsninger som nå skal tas i bruk, ifølge en kartlegging av Forskningsrådet. Disse forsknings- og innovasjonsaktivitetene har i all hovedsak skjedd gjennom innovasjonsprosjekter delfinansiert i de åpne forskningsvirkemidlene (Regionale forskningsfond, Forskningsrådet og EU) og det har skjedd så godt som uten midler fra organisasjoner i den sentrale helseforvaltningen. **SINTEF har trukket sammen leverandørbedrifter, kommunale helse- og omsorgstjenester, brukerorganisasjoner og forskningsmiljøer i prosjekter og bygget kunnskap om hvordan innføring- og implementeringsarbeid kan gjøres og hvordan effekter kan skapes og dokumenteres**. Dessverre er begrensningen for mange av disse prosjektvirkemidlene at tiltakene ikke har hatt gode virkemidler for videre skalering. Den manglende koblingen mellom disse prosjektene på åpne konkurransearenaer og aktivitetene som foregår på strategisk plan i helsesektoren har også gjort at synergier har gått tapt – både for forskningen og for utnyttelsen av forskningsresultatene i norsk helse- og omsorgstjeneste.

Framover trenger helsesektoren e-helseforskning. Dette gjelder både følgeforskning av pågående tiltak og forskning som ser framover og gjør tidlig-evalueringer av helseteknologiske løsninger under utvikling. Følgeforskning er en form for lærende evalueringsmetode der forskningsteamet følger et prosjekt gjennom lengre tid for å kunne samle inn data, tilbakeføre kunnskap og eventuelt forbedre prosessen i løpet av prosjektets gang. Nettopp denne rollen som en kritisk diskusjons- og refleksjonspartner opplever vi som veldig nyttig i utviklingsarbeid – hvor prosjektstyrer har stor nytte av tilgang på uavhengige diskusjonspartnere underveis. I ettertid gir denne forskningen også mulighet til å systematisere og generalisere innsikten. Framover trenger vi også forskningsmessig utprøving av ny teknologimuligheter, slik som for eksempel bruk av digital teknologi for planlegging, optimering og gjennomføring av behandling og i operasjonell samhandling. Våren 2023 er det svært nærliggende å peke på framveksten av dramatisk forbedrede teknologiplattformer for kunstig



SINTEF

intelligens som en viktig forskningarena. Forskningsaktører som SINTEF og en del universitetsmiljøer utenfor helsesektoren er de mest oppdaterte i Norge på disse teknologiene i dag. Vi mener det er viktig og nødvendig at Nasjonal helse- og samhandlingsplan legger inn planer for å følge denne utviklingen og utforske de mulighetene som skapes.

Vi i SINTEF opplever at det er mange barrierer mot å utnytte oss og andre ikke-kommersielle aktører utenfor sektoren, slik som universitets- og høyskoler. Dette går delvis på offentlige anskaffelsesregler, men **det går også på en motstand og holdninger mot å bruke ressurser på aktører utenfor sektoren**. For eksempel er Nasjonal e-helsestrategi veldig tydelig på at det er en strategi «for sektoren». Fraværet av aktører utenfor sektoren er oppsiktsvekkende tydelig i den nasjonale e-helseråd-strukturen, og den nasjonale piloten Helseplattformen organiseres uten signifikante forskningsaktiviteter (SINTEFs egen forskningsaktivitet på implementeringsaktiviteten av Helseplattformen er til orientering forskerinitiert og finansiert av Forskningsrådet). Vi oppfordrer og inviterer til at den nye nasjonale helse- og samhandlingsplanen i større grad vil legge til rette for mer aktivt samarbeid mellom aktører i sektoren og de som står utenfor.

Vi takker igjen for muligheten til å komme med innspill. Vi gjør også oppmerksom på at vi har publisert en kronikk om temaet i Dagens medisin (papirutgave publisert i dag 30. mars 2023, nettversjon kommer trolig i løpet av de nærmeste ukene).

Ta gjerne kontakt om noe er uklart, eller om SINTEF kan bidra i en dialog om hvordan vi sammen kan skape verdens beste, bærekraftige helsetjeneste!

Med vennlig hilsen  
for SINTEF

Frode Strisland  
Seniorforsker og leder for SINTEFs konsernsatsing Helse og velferd.

Vedlegg: Faksimile fra Dagens Medisin 30. mars 2023



## DEBATT



## Kvinnehat er farleg, men mannsforakt er også eit fenomen

Lisbeth Homlong, spesialist i allmenntilleggsmedisin og seniorrådgiver i Statens helsetilsyn, skriver i en DM-kommentar om debatten etter Kvinnehelseutvalgets rapport

## Bærekraft er «itjnå som kje

En ny helse- og samhandlingsplan kan bli en viktig marsjordre for helsesektoren. Statsråd Ingvild Kjerkol's plan vektlegger samhandling som viktig for å kunne skape en enda bedre helsetjeneste, men som man sier i Trøndelag: «Det é itjnå som kjem tå seg sjøl».

## Teknologi



**Morten Dalsmo**, sivilingeniør, doktoringeniør i teknisk kybernetikk og konserndirektør for Sintef Digital

I DEN NORSKE offentlige utredningen (NOU-en) «Tid for handling» fastslår Helsepersonellkommissjonen at det er tid for å handle for å løse bærekraftutfordringene i en presset helsesektor. AS Norge blir bærekraftig først når helsesektoren blir bærekraftig.

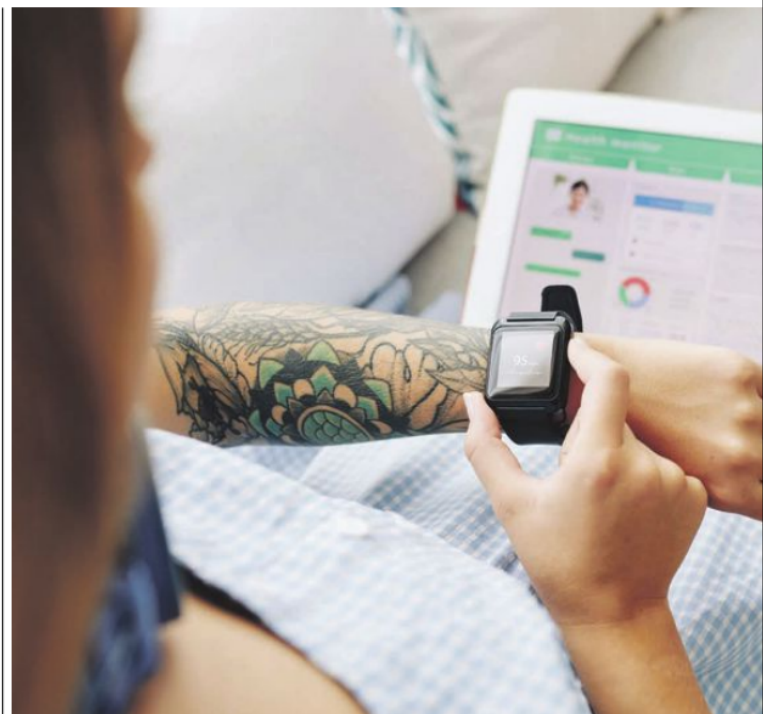
Kommissjonens utredning fikk terningkast 5 av Dagbladets litteraturkritiker. Dette er vel fortjent ettersom NOU-en slår tydelig fast hva som kreves fremover.

Helsesektoren står overfor særskilte utfordringer med å bli sosialt bærekraftig, herunder at vi blir flere syke og pleietrengende, men ikke flere helsearbeidere. Da må vi sikre at belastningen på helsepersonell blir akseptabel, at det er attraktivt og mulig å ha et godt og langt arbeidsliv i sektoren. Samtidig må vi sikre at pasienter og brukere fortsatt får gode og likeverdige tjenester selv om det blir færre helsepersonell per pasient. Hva hver innbygger kan gjøre selv og hvordan helseteknologi kan avlaste helsepersonell, blir viktige spørsmål.

**JAKTEN PÅ EFFEKT.** Helsepersonellkommissjonen fastslår at teknologi er en naturlig del av løsningen, og det kan vi selvsagt si oss helt enig i. Her er det viktig å understreke at vi ikke trenger å innføre flere nye tiltak, men at vi ved hjelp av teknologi frigjør kapasiteten til helsepersonell. Dessverre har mange tiltak vist seg å gi mindre effekter enn ønsket.

Programmet «Digital hjemmeoppfølging» er et viktig tiltak for å redusere belastningen på primærhelsetjenesten, men evalueringen viste at programmet verken hadde tydelig effekt på behandlingen eller bruken av tjenestene. Både pasienter og helsepersonell likte den nye teknologien. Dette er flott, men det gjør ikke helse- og omsorgstjenestene mer bærekraftige.

Vi må fortsette med hjemmeoppfølging selv om det ikke gir effekter med en gang: Det tar tid å skape gode løsninger, og da må vi jakte på effekter som virkelig monner. Da må også helsesektoren tørre å prioritere tøffere.



**NYTT FORSKNINGSPROGRAM.** I dag måler vi hvor mange kommuner som bruker velferdsteknologi, men vi bør heller måle hvilken effekt den innførte teknologien skaper.

Det er også liten vits i å måle antallet digitale meldingsutvekslinger som skjer i sektoren eller antallet pålogginger på Helsenorge-portalen, hvis ikke vi vet hvordan dette bidrar til kvalitet, likeverdig behandling og bærekraft. Derfor støtter vi Helsepersonellkommissjonens forslag om et stort forskningsprogram som skal ha som formål å redusere behovet

for helsepersonell. Vi må vekk fra lappeteppet av tiltak og tenke helhetlig.

Et forskningsprogram har noe for seg dersom vi vurderer og optimaliserer tiltak, slik at helsesektoren kommer ordentlig i gang med sin digitaliseringsreise. I første omgang må vi gjøre informasjon tilgjengelig digitalt i sanntid sånn at vi ikke kaster bort verdifull tid på å lete etter informasjon. Deretter starter den digitale transformasjonen, der vi også utnytter tilgang på data til å tilby nye og mer effektive tjenester.





# m tå seg sjøl»



**JAKT PÅ GODE LØSNINGER:** – Vi må fortsette med digital hjemmeopfølging, selv om det ikke gir effekter med en gang: Det tar tid å skape gode løsninger, og da må vi jakte på effekter som virkelige monner, skriver artikkelforfatterne.

FOTO: GETTYIMAGES

kommer. Helse er ikke en lukket sektor – helse angår alle. Da må det finnes arenaer der offentlig sektor, forskning, næringsliv og innbyggere kan utvikle løsninger som er gode.

Når vi jobber på EU-arenaen, opplever vi at det forventes at alle relevante aktører bidrar; at de jobber mot å skape impact mot et tydelig, felles mål. Leverandørene vil også ha stor nytte av å få bekreftet at løsninger fungerer, har effekter og møter faktiske behov: Dette er det beste argumentet helseindustrien som voksende eksportnæring kan få.

**PLAN FOR BÆREKRAFT.** Helseministeren jobber nå med ny helse- og samhandlingsplan – som kan bli en viktig marsjordre for sektoren. Her er NOU-en «Tid for handling» et viktig kunnskapsgrunnlag. Jeg vet allerede at planen vektlegger samhandling som viktig for å skape en enda bedre helsetjeneste, men som de sier i Trøndelag: «Det é itjną som kjem tå seg sjøl»

Helsesektoren er allerede Norge største sektor, og den kan ikke vokse videre. Nå er det tid for å handle. Vi har ikke lenger noen alternativ. AS Norge blir bærekraftig først når helsesektoren blir bærekraftig. ■

**Referanser:**

Se [www.dagensmedisin.no/debatt](http://www.dagensmedisin.no/debatt)

**Tilleggsinformasjon:**

Seniorforsker **Frode Strisland** i Sintef Digital har bidratt som medforfatter i denne kronikken.



*I stedet for å måle hvor mange kommuner som bruker velferdsteknologi, bør vi måle hvilken effekt den innførte teknologien skaper*

**ALLE BØR MED.** Det er viktig at forskningsprogrammet søker etter, og prøver ut nye tjeneste- og organiseringsformer som utnytter teknologien som

## DAGENS MEDISIN-PANELET



LEDELSE  
Stig  
Slørdahl



ØKONOMI  
Hans Olav  
Melberg



ALLMENN-  
MEDISIN  
Nils Kristian  
Klev



TEKNOLOGI  
Morten  
Dalsmo



ETIKK  
Kristine  
Bærøe