

NORSK HELSENETT SF  
Abels gate 9  
7030  
TRONDHEIM

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202000051

Dato: 09-06-2020

### **Høringsuttalelse: NORSK HELSENETT SF STRATEGI 2026**

Legeforeningen takker for anledningen til å gi innspill til Norsk helsenetts (NHN) utkast til strategi 2026 og takker for utsatt frist. Det er med store forventninger vi ser frem til utviklingen av Norsk helsenett som ny tjenesteleverandør for nasjonale e-helseløsninger.

Gjennom ett av hovedmålene, som er "å gi helsepersonell enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger", ønsker Legeforeningen å fremheve at IKT-verktøy først og fremst skal understøtte god arbeidsflyt og god klinisk praksis. IKT-verktøy plassert i klinisk sammenheng skal ikke fortrenge dialog og ansikt-til-ansikt-kontakt, men fasilitere og supplere dette. Brukervennlige løsninger er helt sentralt.

Det savnes derfor en tydelig beskrivelse i hvordan NHN skal involvere brukere (helsepersonell og pasienter) for å få relevante bestillinger og korreksjoner fra den helsetjenesten NHN skal være en serviceinstitusjon for. Erfaringene med "styringsmodellen" brukt av Direktoratet for e-helse og tidligere Helsedirektoratet har vært at sentrale behov ikke blir fulgt opp. Her kan NHN gjøre en betydelig forskjell ved å lytte til helsetjenestens behov.

### **Legeforeningens erfaringer med Norsk helsenett**

Legeforeningen har tradisjonelt hatt et godt samarbeid med NHN, og NHN har hatt stor betydning for fastlegene og avtalespesialistene i Norge. Overgang fra papir til elektronisk korrespondanse i helsetjenesten har vært banebrytende også i en internasjonal sammenheng. Antall meldinger som går i helsenettet er svært høyt og tjenesten er meget stabil. Viktige tjenester som hjemmekontor og video har blitt levert inkludert i prisen, med døgnåpen støttetjeneste og gode veiledere. Det har stort sett vært fin utvikling av de tjenestene som har vært levert.

NHN har nå overtatt driften av svært sentrale systemer av stor betydning for den daglige driften hos landets fastleger, avtalespesialister og sykehusleger. E-resept, Helsenorge med DDFL og Kjernejournal utgjør stadig viktigere IKT-elementer i en EPJ-verden som blir mer modulbasert og standardisert. Det er viktig at disse videreutvikles i tråd med de behov som helsepersonell opplever i hverdagen.

Digital dialog fastlege (DDFL) organiserer grenseflaten mellom fastlege og innbygger, via helt avgjørende funksjonalitet som timebestilling, reseptfornyelse, kontakt til kontoret, e-konsultasjon og videokonsultasjon. Utviklingen av DDFL har tatt lang tid, vært meget kostbar og har vært skjemmet av vesentlige mangler. Det har i lang tid vært gode kommersielle DDFL-løsninger i det norske markedet som har løsningene allerede, og dette illustrerer tydelig at NHN kan oppnå bedre resultater ved å dyrke fasilitator-rollen sterkere enn produktleverandør-rollen.

I perioden 2014-2020, som NHN beskriver som sentral for utvikling av sin virksomhetsstrategi, er det særlig innføring av en rekke kliniske IKT-systemer i sykehussektoren med manglende brukervennlighet og svak integrasjon mellom systemer, som har preget legers brukererfaring med e-helseløsninger i sykehus. Mange av disse systemene, kanskje med unntak av digitale løsninger for radiologi, har vist seg å bli «tidstyver» i travle kliniske hverdager med liten evne til å forenkle pasientbehandling eller forbedre pasientsikkerhet. Dette er ikke NHNs ansvar, men er viktig å ha kjennskap til når en strategi skal legges. Legeforeningen ønsker et høyt fokus på brukervennlighet i strategien.

## **Hva skal norsk helsenett være i fremtiden?**

### **1) En nasjonal tjenesteleverandør (for utøvende helsetjeneste)**

#### **Brukermedvirkning, behovsdrevet strategi og nyttevurderinger**

NHN vil i fremtiden være en viktig partner for både kommuner, små næringsdrivende virksomheter og RHF-ene. Legeforeningen mener at NHN bør avstemme sine strategiske tiltak slik at NHN blir en ekte fasilitator som legger til rette for at helsetjenesten selv kan videreføre digitalisering raskere enn tidligere.

Sett i lys av hvor stor betydning en slik del av porteføljen til NHN har for de profesjonelle brukerne (helsepersonell) bør det fremkomme langt tydeligere og mer konkret hva som er NHN sin strategi for brukerstyring og brukermedvirkning. Vi vil anbefale at NHN velger en strategi for brukermedvirkning som kan bidra til at man leverer de beste løsningene, som ikke står tilbake for det man ellers kan finne i et åpent marked. Sterkere nasjonal styring forutsetter mekanismer som sikrer at leger, annet helsepersonell og pasienter får en reell innflytelse og medvirkning på prosessene som forutgår viktige veivalg. Brukerstemmen må også være sterkt representert i alle nivåer i NHN.

En klar strategi for å innhente det beste grunnlaget for prioritering, tjenesteutvikling og drift vil være helt vesentlig for at NHN skal klare å beholde dagens renommé som en solid leverandør av ettertraktede og velfungerende løsninger. Vi vil anbefale at NHN legger vesentlig vekt på å utvikle gode metoder for brukerinvolvering, som et sentralt element i virksomhetsstrategien til foretaket. Da vil helsepersonell i større grad erfare at tjenestene som leveres, oppleves som nyttige og relevante.

Det er helt sentralt at nytte i klinikken er det som styrer prioriteringene. Vi har nå vært gjennom en lengre periode der "grad av tilknytning til nasjonal strategi" har vært det primære målet for prioritering. Dette må nå endres, og det vil også bli mer givende også for NHN når de tjenestene som leveres oppleves som nyttige av helsepersonell.

Legeforeningen vil spesielt peke på NHNs styre og organene kalt "områdeutvalg", og hvordan mandatene til disse skal henge sammen slik at det reelt sett blir den utøvende helsetjenesten som er bestiller for NHN.

### **Kliniske systemer og samhandlingsplattform**

Digitalisering av arbeidsoppgaver og bedre sammenheng i pasientforløp bør fokusere på å bedre samhandling og muligheter for hjelpeapparatet og klinikere til å få oversikt, som i Pasientens legemiddelliste. Dette er noe av det viktigste man kan gjøre innenfor IKT-utvikling for å bedre pasientsikkerheten. Mer ambisiøse tiltak som mer strukturert utveksling av pasientinformasjon er erfaringsmessig svært komplisert. Legeforeningen anbefaler derfor avvente erfaringer fra Helseplattformen før man iverksetter tiltak på dette området.

Kjernejournal ble allerede i 2008 - i strategien Samspill 2.0 - beskrevet som en komponent for å forbedre samhandlingen. Legeforeningen anser at det haster med å ferdigutvikle Kjernejournal fordi dagens samhandlingsarkitektur er effektiv og vil fortsette å være i bruk i minimum 15 år til.

Blant nye tjenester som behøves er tilgang til planlagte timer i helsetjenesten via kjernejournal. Disse timebøkene eksponeres i dag via diverse pasientportaler allerede, så grensesnittene finnes for å gjøre dem raskt tilgjengelig for helsepersonell på tvers i Kjernejournal.

At systemene ikke er på en felles teknisk plattform er mindre viktig i den fasen digitaliseringen er i nå. Vi anbefaler at NHN unngår "digitaliseringsperfeksjonisme", altså forsøker å strømlinjeforme egne produkter og forvaltning, fremfor å etablere gode nok løsninger for å løse gjenstående behov i helsetjenesten. Ressursbruk på å samle løsninger på en plattform, uten at helsepersonellet opplever fremskritt, bør ikke skje de nærmeste årene.

### **Helsesdata**

Helse- og omsorgstjenesten er en meget informasjonsintensiv sektor. Området innebærer å utnytte kraftfulle analysemuligheter for å koble og bearbeide store datamengder i forskning, styring, helseovervåking og kvalitetsutvikling. Den økte lysten etter nye og bedre data for forskning, registre og styring gjør at personvern stadig blir «skubbet» på. Legeforeningen mener at alle helseregistre bør være basert på presumert samtykke, og at de må ha en reservasjonsmulighet for de innbyggere som ønsker det. Erfaringsmessig vil en meget liten andel av befolkningen reservere seg slik at kvaliteten av data for analyse ikke vil bli kompromittert.

Det vil stille store krav til NHN å forvalte offentlige helsedata på vegne av hele sektoren, blant annet trengs det detaljert kunnskap om selve dataene som inngår, og hvordan de kan brukes av andre i f.eks. forskningssammenheng. Det bør vurderes om dataansvaret skal legges nærmere datakilden, eller om NHN kan bygge opp nødvendig kompetanse og ressurser til en effektiv forvaltning.

### **Finansiering**

Nasjonal styring forutsetter bærekraftig finansiering. Dette innebærer at eventuelle nye modeller må utarbeides i fellesskap med alle aktørene i sektoren, både private og offentlige. Det er også helt

avgjørende at det sikres finansiering av e-helse som understøtter den utviklingsretningen man enes om. Prinsipper for organisering og finansiering og statens rolle i e-helsesatsingen må gjøres gjenstand for en grundig drøfting der alle partene i helsesektoren deltar fra starten. Det er lang erfaring for at manglende ende-til-ende-finansiering av e-helseprosjekter medfører at man ikke lykkes i å realisere dem innen rimelig tid. Allikevel er det ikke grunn til å anta at å samle full kontroll over investeringene i porteføljen på én hånd vil medføre større gjennomføringsevne. Legeforeningen vil påpeke risikoen for at tjenestepricing, avgift på bruk av tjenester, i praksis vil kunne fungere som tollsatser og hindre heller enn fremme ibruktakelse av ny teknologi. En såpass dyr infrastruktur må i hvert fall sørge for å levere det tjenesten selv etterspør.

### **Sentralstyring eller distribuert ansvar**

Det er så langt et mindretall av fastlegene som har valgt å bruke DDFL. Andre leverandører dekker det samme behovet, dels på en bedre måte. Helsenorge.no har ikke greid å tilby innbyggerne en portal som er åpen for at brukerne, fastlegene, fritt kan bruke de beste løsningene og få presentert dette via den portalen man mener bør være den ene veien inn til alle helsetjenester. Dette er en proprietær og dels ekskluderende måte å innrette en viktig portaltjeneste på.

Vi vil anbefale at NHN velger en strategi som er samlende, åpen og lydhør for brukerønsker som kan innebære valg av ulike løsninger. "One size fits all" vil ikke kunne levere det brukerne og innbyggerne trenger.

Ifølge utkast til strategi er et av premissene for NHN som nasjonal leverandør av e-helsetjenester en felles plattform for tjenester. Plattformen skal tilgjengeliggjøres for innovasjon, men «løsninger på tvers og med nasjonalt potensial skal flyttes til nasjonale driftsløsninger der det er hensiktsmessig». Å flytte løsninger over til nasjonale driftsløsninger for tidlig i en prosess vil kunne hindre innovasjonen som trengs. Hvem er det som bestemmer hva som har et «nasjonalt potensial», og når i en utviklingsprosess det skal flyttes til nasjonale driftsløsninger? Hva er kunnskapsgrunnlaget for at en slik tilnærming med store, nasjonale prosjekter, er hensiktsmessig og effektivt? Legeforeningen mener at kun det som absolutt bør være nasjonalt, bør nasjonaliseres.

Legeforeningen støtter i utgangspunktet arbeidet med å få på plass viktige sentrale felleskomponenter for IKT-løsninger i offentlig sektor, men strategien fremstår uklar. Legeforeningen er bekymret for omfanget av en felles plattform slik det er skissert, og frykter at å tvinge komponenter over i nasjonale løsninger, utviklet av forvaltningen alene framfor i et samarbeid mellom forskere, industri og sektor, vil forsinke og fordyre prosessen og til slutt kunne ende i et dårligere og dyrere produkt. Man bør kun sentralisere de løsningene som åpenbart gir synergier hvis de er nasjonale.

### **Nettleverandør**

De nærmeste årene vil det bli en betydelig overgang til skybasert EPJ for små legekontorer. Dette fordrer at NHN kan levere kostnadseffektivt nett med redundant tilgang til nett via 4G/5G. Det haster med dette arbeidet. Sist Legeforeningen spurte NHN var det bare mulig å levere slik oppkobling til ca.

1/3 av alle legekantor i Norge. Man vil ikke kunne få en mer moderne infrastruktur i helsetjenesten hvis ikke helsenettet er tilrettelagt for dette.

## **2) Felles tjenestesenter for helseforvaltningen**

Legeforeningen har ingen innspill til denne delen av Norsk helsenetts oppgaver. Legeforeningen vil allikevel påpeke at det fremstår som et helt annerledes oppdrag enn det primære. Det er ikke åpenbart at norsk helsetjeneste er tjent med at disse to oppgavene er samlet i samme organisasjon. Behovene for IKT-støtte i helseforvaltningen og helsetjenesten er vidt forskjellig, så synergiene synes små. Det er risiko for stordriftsulemper mer enn -fordeler. Finansiering og ledelse av dette feltet bør holdes helt avskilt fra rollen som tjenesteleverandør for den utøvende helsetjeneste, og sistnevnte skal alltid ha prioritet ved ressursmangel.

Med hilsen  
Den norske legeforening

Geir Riise  
Generalsekretær

Kari Jussie Lønning  
Fagdirektør/lege

Jan Emil Kristoffersen  
Fagsjef/lege