

Justis- og beredskapsdepartementet
Postboks 8005 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 21/332-2
Saksbehandler: Ingvild Einemo-Eriksen
Dato: 31.05.2021

Direktoratet for e-helse høringsvar på koronakommisjon rapporten.

Direktoratet for e-helse viser til høringsbrev NOU 2021:6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien.

Vedlagt finnes Direktoratets høringsvar.

Vennlig hilsen

Karl Stener Vestli e.f.
direktør

Siv Ingebrigtsen
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Høringsuttale

Tittel: Myndighetenes håndtering av koronapandemien

Høringsbrev og – notat fra det kongelige justis – og beredskapsdepartement datert 03.05.2021, ref. 21/2652

Frist: 31.05.2021

Direktoratet for e-helse avgir høringssvar til Koronakommisjonens rapport Myndighetenes håndtering av koronapandemien, jf. Høringsnotat fra Justis- og beredskapsdepartementet datert 03.05.2021.

Direktoratet for e-helse – sammendrag av uttalelsen

- Direktoratet for e-helse støtter anbefalingene beskrevet i boks 8.1 *systemer for overvåking og kunnskapsproduksjon*, og trekker her frem bedret infrastruktur, digitalisering av overvåkningssystemer. Å digitalisere overvåkningssystemene og integrere relevante systemer vil øke omfang av data for analyse, gjøre de raskere tilgjengelig, øke kvaliteten og redusere arbeidsbelastningen på helsepersonell. Pandemien så langt har vist at gjenbruk av plattformer har fungert tilfredsstillende for å relativt raskt dekke nye behov. Systemer som bygges i fremtiden bør være åpne plattformer som gjør det enklere og raskere å legge til ny funksjonalitet av flere aktører og dele data med flere aktører.
- Direktoratet for e-helse har observert en høy belastning hos kommunene under pandemien, blant annet fordi store grupper helsepersonell ikke hadde gode nok digitale verktøy da pandemien inntraff. Bedre journal- og samhandlingsløsninger er reelle behov, og mangler på gode digitale løsninger blir synlige når denne type kriser inntreffer. At stat og kommune er forberedt på digitalisering er viktig for å være rustet mot fremtidige epidemier og pandemier.
- Direktoratet for e-helse støtter kommisjonens vurdering av at dialog og koordinering mellom statlig sektor og kommunene er en hovedutfordring som bør tas med i forbedringsprosesser som må komme i kjølvannet av covid-19-pandemien. Det at de ulike styringslinjene i helse- og omsorgssektoren er delt mellom stat og kommuner, gjør det nødvendig å samhandle på andre måter enn de tradisjonelle. Felles arenaer hvor stat og kommune deltar sammen bør benyttes i det kriser inntreffer.
- Direktoratet for e-helse har fått noen egne oppdrag relatert til pandemien, men har hovedsakelig bidratt til oppdrag som er gitt til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Samarbeidet mellom de statlige forvaltningsmyndighetene oppleves godt og fleksibelt. Det bør vurderes om Direktoratet for e-helse skal ha en tydeligere rolle i beredskapsarbeidet i fremtiden, slik at dette er avklart og øvelser gjennomført før neste krise inntreffer.

Direktoratet for e-helse vil løfte frem følgende kapitler

Kapittel 8. Systemer for overvåking og kunnskapsproduksjon

Når en krise som en pandemi inntreffer er det ofte for sent å sette i gang med digitaliseringstiltak for overvåking og kunnskapsproduksjon. Direktoratet for e-helse er enig i læringspunktene og støtter anbefalingene beskrevet i boks 8.1 *systemer for overvåking og kunnskapsproduksjon*.

Å digitalisere overvåkingssystemene og integrere systemene vil øke omfang av data for analyse, gjøre de raskere tilgjengelig, øke kvaliteten og redusere arbeidsbelastningen på helsepersonell og andre som har måttet bruke tid på papirbaserte skjema og dobbeltregistreringer.

Bedre analysemuligheter på et bredt datagrunnlag vil være nyttig også utover kriser som en pandemi og andre store smitteutbrudd, som eksempelvis til folkehelsearbeid og forskning. Det bør vurderes muligheter for å dekke flere kjente behov, og også tilrettelegge for fleksibilitet til bedre folkehelsestøtte både før og under den neste krisen – som vi ikke vet hva blir.

Arbeidet så langt under koronapandemien viser at gjenbruk av eksisterende plattformer har fungert tilfredsstillende for å relativt raskt dekke mer akutte behov som eksempelvis e-konsultasjon og tilgjengeliggjøring av prøvesvar på Helsenorge. Gjenbruk har fungert der hvor plattformene er laget med hensyn på å ha en slik fleksibilitet. Systemer som bygges i fremtiden bør være åpne plattformer som gjør det enklere og raskere å legge til ny funksjonalitet av flere aktører, og dele data med flere aktører.

For å ha en felles forståelse og nytte av data som utveksles og innrapporteres er det viktig med et omforent felles språk. Pandemien har tydeliggjort konsekvensene av at forskjellige løsninger og aktører har benyttet ulike kodeverk eksempelvis med laboratorieprøver. Usikkerhet rundt forståelsen av dataene kan føre til merarbeid, mistolkning eller andre utfordringer. Bedre struktur i fagsystemene og et felles språk på struktur og innhold vil både øke kvaliteten og gjøre analyser bedre.

Under denne pandemien, i tenkte fremtidsscenario og ikke planleggbare hendelser vil det ofte være behov for utveksling av informasjon på tvers av landegrenser, som for eksempel nærkontakter, vaksinasjonsstatus og identitetsnummer / hjelpenummer. I arbeidet med systemer for overvåking og kunnskapsproduksjon vil det være positivt å lære av og bidra i internasjonalt arbeid.

Kapittel 17. Testing, isolering, sporing og karantene

Direktoratet for e-helse er enig i de vurderingene og anbefalingene som er beskrevet i kapittel 17.4 *kommisjonens vurderinger og anbefalinger*. Gjennom deltakelsen i prosjektgruppen "TISK IKT" har Direktoratet for e-helse bidratt med faglige råd, avklaringer, koordinering og gjennomføring av ulike aktiviteter innenfor digital smittesporing og karanteneoppfølging. Fra dette arbeidet mener vi følgende læringspunkter er spesielt viktige:

Informasjonskjeden som støtter de samlede smitteverntiltakene (TISK) er lang og kompleks. En rekke systemer og aktører skal utveksle informasjon på en trygg og effektiv måte. En unik personidentifikator er avgjørende, og bruk av fødselsnummer (F-nummer) eller D-nummer har ivarettatt dette behovet for de aller fleste. For personer som ikke har F- eller D-nummer har man

benyttet felles nasjonalt hjelpenummer (FHN) for identifikasjon. Pandemien har vist at det er behov for en tredje personidentifikator, og at den må utstedes sentralt.

Gode, digitale verktøy for smittesporing og karanteneoppfølging eksisterte ikke før pandemien. Slike verktøy er nå tatt i bruk av de fleste kommuner, og det mest brukte verktøyet (ReMin) leveres av en privat virksomhet som ble etablert for å løse dette behovet. Kommunene kan nå velge mellom ulike verktøy som tilbyr lignende funksjonalitet. Myndighetene (staten) må innenfor dette området bidra med tilrettelegging i form av krav til eksempelvis funksjonalitet, standarder for informasjonsutveksling og lignende for å sikre at verktøyene støtter informasjonskjeden.

Kapittel 19. Myndighetenes styring og samhandling under koronakrisen

Kommisjonens vurdering av koordinering i helse- og omsorgssektoren er omtalt i kapittel 19.3. Direktoratet for e-helse støtter vurderingene som er beskrevet. At roller og ansvar mellom ulike aktører og forvaltningsnivå er tydelig kommunisert, som del av den nasjonale helseberedskapsplanen, er avgjørende for fremtidige situasjoner.

Direktoratet for e-helse har fått noen egne oppdrag under pandemien, men har hovedsakelig bidratt til oppdrag som er gitt til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Samarbeidet mellom de statlige forvaltningsmyndighetene oppleves godt og fleksibelt. Det bør vurderes om Direktoratet for e-helse skal ha en tydeligere rolle i beredskapsarbeidet i fremtiden, slik at dette er avklart og øvelser gjennomført før neste krise inntreffer.

Kommisjonen har vurdert hvordan hensynet til kommunene har vært ivaretatt og håndtert. Direktoratet for e-helse støtter kommisjonens vurdering av at dialog og koordinering med kommunene er en hovedutfordring som bør tas med i forbedringsprosesser som må komme i kjølvannet av covid-19-pandemien.

Store helsepersonellgrupper og kommunene hadde ikke gode nok digitale verktøy da koronapandemien inntraff. Bedre journalløsninger og samhandlingsløsninger er et reelt behov, både i kommuner, mellom kommuner og mellom kommuner og sykehus. På noen områder har koronapandemien gitt økt bruk av teknologi i helsetjenesten, mens den kommunale sykepleietjenesten i stor grad fremdeles mangler tilstrekkelige digitale løsninger. Tilstrekkelige digitale løsninger krever også styrking av digital kompetanse, og organisasjonsendringer er normalt mer avgjørende enn å bare ta teknologi i bruk. Dette er mangler som spesielt blir synlig når denne type kriser inntreffer.

Digitalisering handler ikke bare om IT og arkitektur, men mest om hvordan helse- og omsorgstjenestene kan arbeide sammen rundt felles behov, prosesser og mål. Det at de ulike styringslinjene i helse- og omsorgssektoren er delt mellom stat og kommuner, gjør det nødvendig å samhandle på andre måter enn de tradisjonelle. Felles arenaer hvor stat og kommune deltar sammen bør benyttes i det kriser inntreffer. Den nasjonale styringsmodellen for e-helse, som er etablert for å styrke gjennomføringsevnen av digitaliseringen i helse- og omsorgstjenesten, er en felles arena hvor kommuner, spesialisthelsetjeneste og stat møtes for å se sammen på felles behov, utfordringer og mål. Grunntenkningen i en slik type koordineringsarena for helse- og omsorgstjenestene kan overføres og aktiviseres i krisetid, med rolle og ansvar beskrevet, som del av den nasjonale helseberedskapsplanen.

Gjennom samarbeidet med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Norsk Helsenett SF, Kommunesektorens organisasjon og de regionale helseforetakene i den innledende fasen av pandemien er følgende læringspunkter spesielt viktige:

- Digitale løsninger hjelper i håndteringen av koronasituasjonen. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet opprettet Direktoratet for e-helse en digital forslagskasse der privatpersoner, leverandører og andre virksomheter kunne sende inn digitaliseringsforslag. Innspillene som ble mottatt ble registrert og kategorisert inn i en oversikt som ble kalt koronaporteføljen. Det var også tett dialog med IKT- og helsenæringen om arbeidet med digitale løsninger som kunne bidra til å løse krisen.
- Et styre ble opprettet for å beslutte hvilke forslag som skulle prioriteres og få finansiering. Arbeidsgrupper som bestod av representanter fra Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Norsk Helsenett og Folkehelseinstituttet gjennomgikk alle forslagene som ble mottatt. KS og de regionale helseforetakene var også representert i prioriteringsstyret. De viktigste kriteriene var at løsningen raskt kunne nå ut til hele befolkningen, innføres og tas i bruk. Dette innebar at løsninger som kunne koples på nasjonale systemer og plattformer ble prioritert. Eksempler på tiltak som fikk finansiering er videreutvikling av innbyggertjenester som prøvesvar på koronatest og videokonsultasjonsstøtte.
- Direktoratet for e-helse vurderer at man bør trekke lærdom av digitaliseringsarbeidet under koronapandemien. Koronapandemien har ført til økt bruk av teknologi, og på mange måter fremskyndet digitaliseringen i helsesektoren. Helsemyndighetene har lagt til rette for mer fleksibel oppgaveløsning og nye måter å arbeide på, og erfaringer fra dette bør videreføres.

Kapittel 29 Spesialisthelsetjenesten under pandemien og kapittel 30 Den kommunale helse- og omsorgstjenesten under pandemien

Direktoratet for e-helse støtter funn og vurderinger i kapittel 29 (Spesialisthelsetjenesten under pandemien) og kapittel 30 (Den kommunale helse- og omsorgstjenesten under pandemien). Det blir pekt på at det var en stor økning i bruken av telefon- og videokonsultasjoner. Dette har vært en ønsket utvikling fra myndigheter og helsetjenesten.

Direktoratet for e-helse bidro aktivt til en slik utvikling i arbeidet med koronapandemien, ved blant annet å tidlig etablere anbefalinger om bruk av videokonsultasjoner og veiledningsmateriell til helsepersonell som ville ta i bruk e-konsultasjon. Vi støtter at det er behov for å utarbeide retningslinjer for når en e-konsultasjon er egnet og når det ikke bør anvendes.

Den økte bruken av e-konsultasjoner under pandemien ga oss verdifull kunnskap som kan oppsummeres i læringspunkter til nytte for anbefalinger om videre utvikling av retningslinjer og tiltak om e-konsultasjon i helsetjenesten:

- Det forelå lite tilgjengelig kunnskap om etablerte og tilgjengelige løsninger for helsepersonell i spesialist- og primærhelsetjenesten. Det var også lite tilgjengelig kunnskap om bruksmønster og forutsetninger i tjenesten som grunnlag for beslutninger om økt bruk av e-konsultasjon
- Det viste seg at å bygge på sentraliserte funksjoner var raskeste vei til å nå mange innbyggere og helsepersonell med tilfredsstillende løsninger. Norsk helsenetts økosystem knyttet til

digital dialog på Helsenorge ble videreutviklet i tråd med det økte behovet for e-konsultasjon.

- For at helsepersonell skulle få full utnyttelse av e-konsultasjon og video, var det en forutsetning at de private aktørene av elektroniske pasientjournalssystem prioriterte arbeidet med å legge til rette for gode, integrerte løsninger, også inn mot sentraliserte funksjoner. Koronaporteføljens styringsgruppe ledet arbeidet med å prioritere mellom koronatiltak, avklare finansiering og anskaffe løsninger. Dette skjedde i tett samarbeid med KS, RHFene, Norsk Helsenett, Helsedirektoratet og EPJ-løftet.

Kapittel 33 Helsemessige konsekvenser

33.2.3 Konsekvenser av økt bruk av ekonsultasjoner i helsetjenesten

Direktoratet for e-helse støtter det som fremkommer i kap. 33.2.3 om *Konsekvenser av økt bruk av e-konsultasjoner i helsetjenesten*. Elektroniske eller digitale konsultasjoner erstatter fysiske konsultasjoner mellom helsepersonell og pasienter. Disse består primært av telefon-, video- og tekstkonsultasjon, men vi vil også trekke inn videomøter i vår tilbakemelding.

I helse- og omsorgstjenestene er tilgjengelighet til tjenestene og forsvarlig helse- og omsorgshjelp sentralt. Det er direktoratets vurdering at digitaliserte helse- og omsorgstjenester i første fase av pandemien i så måte har understøttet helse- og omsorgstjenesten. Våre erfaringer og observasjoner gjennom pandemien har blant annet vært:

- Det er behov for faglige veiledere og retningslinjer når e-konsultasjon (video-, tekst og telefon) egner seg og er kvalitativt likeverdige som fysiske konsultasjoner
- Når venterommene ble stengt og fysiske konsultasjoner ble umulige pga. smittevernfare, fikk helsepersonell og helsetjenesten via disse digitale helsetjeneste ekstra fleksibilitet og verktøy til å opprettholde et forsvarlig helsetilbud
- Videomøter var effektive kommunikasjonskanaler mellom helsepersonell og helsevirksomheter som bla. la til rette for tverrfaglig habilitering- og rehabiliteringsmøter
- Videomøter (via nettbrett o.a.) la til rette for at pårørende, helse- og omsorgspersonell og sykehjemsbeboere kunne opprettholde kontakt under vanskelige omstendigheter i mange kommuner.
- I første fase av pandemien måtte helsepersonell, pasienter og virksomheter bruke tilgjengelige kommunikasjonsløsninger i markedet. Markedsløsningene er gode og sikre, men som "stand alone"- løsninger ligger de utenpå de elektroniske fagsystemene. Når løsningene ikke er godt integrert i pasientens- og helsepersonellens arbeidsflyt, så hindrer det effektiv bruk av e-konsultasjon og videomøter. Blant annet observerte vi at når fastlegene i april fikk samme økonomisk kompensasjon for telefonkonsultasjon som for video- og fysisk konsultasjon, gikk mange tilbake til telefonkonsultasjon. Det er derfor behov for å vurdere og eventuelt normere via faglige retningslinjer når video- og tekstbasert konsultasjon gir merverdi sammenlignet med den tradisjonelle telefonkonsultasjonen.