

# Innspills dokument

HOD - Helseministeren

Dokumentnavn:  
Innspills dokument - HOD - Helseministeren

30/3 2023

DNV Imatis

Viser til rundbordskonferansen der DNV Imatis prestanterte sine innspill. Vi sender som avtalt over en mer detaljert redegjørelse.

Vi ønsker gjerne å bli kontaktet for å klargjøre innholdet i dokumentet eller på anen måte bidra til å få relevante innspill til det arbeidet som nå skal utføres av HOD og Helseministeren.

Vi ønsker lykke til med det videre arbeidet, og vil takke for at vi fikk muligheten til å gi våre innspill i prosessen.

Mvh

Morten Andresen, direktørens rådgiver og gründer av selskapet



# 1 Spørsmål fra HOD

Spørsmål fra HOD:

**Er det behov i tjenesten, utover de prioriterte digitale samhandlingsområdene (pasientens legemiddelliste, dokumentdeling, pasientens prøvesvar, kritisk informasjon og datadeling for digital hjemme oppfølging), som bør prioriteres i planperioden og på lenger sikt?**

Generelt fra DNV Imatis ønsker vi å adressere følgende elementer:

- 1) Det må bli en mye tydeligere avklaring på hva det offentlige selv ønsker å utvikle, og hva leverandører kan bidra med. I dag er det slik at det investeres store beløp i det private (og det offentlige). Man opplever at det offentlige kopierer og bygger mye av de samme tingene, noe som gjør at det å drive næringsutvikling i helse kan være krevende. Det medfører og at det må brukes unødig mye penger av det offentlige til å utvikle løsninger som også må forvaltes i et livsløps perspektiv.

Ved at mer kan utvikles av leverandører kan man bidra til næringsutvikling, eksport og inntekter til fellesskapet. Eksempler kan være verktøy til Helsenorge og operative samhandlingsverktøy for ansatte i kommune og sykehus. Effektiv samhandling dreier seg ikke bare om klinisk informasjon, men også flyt og logistikk som omfatter andre personalgrupper <https://dnvimatis.com/hospitals/clinical-logistics/>. Det kan bidra til at flere sykepleiere og leger kan fokusere på kjernekompetansen, som er og vil bli en stor mangelvare, mens man får arbeidsglidning til andre personalgrupper.

- 2) Mange av de digitale samhandlingsområdene som det satses på i dag er svært vellykkede, et strålende eksempel er Helsenorge appen for innbyggerne <https://dnvimatis.com/hospitals/patient-portal/>. Når vi derimot ser på de samhandlingsverktøyene som i dag benyttes av ansatte i kommunehelsetjenesten og på sykehus, så er samhandlingen svært begrenset. Mye av det man har behov for etter DNV Imatis sin erfaring, er mer operative verktøy som letter samhandlingen i sann tid, der og da. Mange av de verktøyene som i dag benyttes blant annet av klinikere, stykker opp arbeidsdagen ved at man må bevege seg til eksempelvis en skrivestue for å registrere- og lese informasjon. DNV Imatis har hatt stor suksess i mange kommuner og sykehus i å tilby verktøy som er mye mer tilpasset den praktiske hverdagen. Dette er verktøy vi har tatt fram sammen med brukere, men som aldri har vært nevnt i noen nasjonale eller lokale strategiprosesser. Disse verktøyene vil kunne bidra til bedre informasjonsdeling mellom yrkesgruppene som følger pasientflyten (lege, sykepleiere, ergoterapeuter, portører, renholdere osv.) <https://dnvimatis.com/hospitals/support-services/>, der informasjonsdelingen foregår trygt og sikkert i sann tid. Oppfølging av pasienter kan gjøres bedre på tvers av avdelinger på sykehus, men også mellom kommuner og sykehus. DNV Imatis leverer helselogistikk til mer enn 70% av alle sykehus og mange kommuner i Norge. Det har vist seg å være svært effektive verktøy som gir store gevinster internt mellom avdelinger i sykehus og kommuner <https://dnvimatis.com/blog/portfolio/ostfold-hospital-trust/> <https://dnvimatis.com/about-us/innovation-and-research/samkad/>.

Ved å bidra til at lovverket tillater at dette også kan leveres på tvers av kommuner og sykehus vil store samhandlingsgevinster kunne oppnås i forhold til pasientflyt, pasientsikkerhet og tjenestekvalitet <https://rapporter.haraldsplass.no/2019/pasientsikkerhet/>.

DNV Imatis tilbyr både applikasjoner på mobil <https://dnvimatis.com/no/sykehus/mobilitet/>, store elektroniske samhandlingstavler <https://dnvimatis.com/no/portfolio/kinn-kommune/> med mer <https://dnvimatis.com/no/sykehus/pasientlogistikk/>.

Vi har og en helseplattform der vi i sykehus og kommuner har integrert mer enn 100 ulike systemer, det innebærer både systemer for klinisk informasjon, pasient administrasjon, booking, automatiske betaling via Vipps og Mastercard dirkete linket til bank (mikrobetaling), byggautomasjon, portør, kjøkken, rengjøring og mye mer. Plattformen <https://dnvimatis.com/no/om-oss/teknologi/fundamentum-plattformen/> er skalerbar og er nå installert i 3 helseregioner i Norge, og hos en rekke kommuner. Vi har og flere internasjonale leveranser av betydelig størrelse. Her er det store muligheter for å ta dette i bruk for å nå målet om å få til samhandling mellom kommuner, sykehus og pasienter som bor i eget hjem. Vi har og et stort EU-prosjekt sammen med 9 internasjonale sykehus, der løsningen skal tilpasset kreftpasienter som bor hjemme. Prosjektet ble startet i år og utviklingen skal pågå i 3 år finansiert av EU. OUS er sentral deltager.

Det er og et viktig poeng at det ikke nødvendigvis er journalen som er den eneste løsningen til god samhandling og logistikk, erfaringen er vel heller tvert imot at den er en begrensende faktor. En av grunnene til dette har vært at journal i Norge har vært lite standardisert, det har vært mangel på åpne grensesnitt for å få sydd systemene sammen, og det er krevende å få finansiert denne type utvikling om man er et privat selskap.

Pasientene bør og involveres mer i alle beslutningsprosessene knyttet til egen behandling. Her er blant annet Helsenorge appen viktig, men den bør og kunne berikes med gode løsninger fra det private. En utfordring med det kan være finansieringen av slike private initiativ, da det ikke er å anbefale at det er noe som pasienten selv bør betale for. Eksempel på en app som enkelt kan tas i bruk i Helsenorge kan være Visual Health som benytter Snomed CT og en terminologi oversetter for å vise pasientens Journal i en visuell kontekst. Dette utviklet vi sammen med region Sjælland i Danmark, der alle Pasient journaler på tvers av hele Danmark kan vises <https://www.youtube.com/watch?v=zU8U6I2KvDY&t=1s>.

### **Hvilke behov i tjenesten, utover de prioriterte samhandlingsområdene, løses ikke med dagens rettslige handlingsrom og hvilke konkrete bestemmelser bør eventuelt endres for å imøtekomme behov?**

Man kan teoretisk overføre data mellom eksempelvis sykehus og kommunene for å forbedre logistikk, arbeidsflyt og samhandling. Det rettslige handlingsrommet setter idag flere begrensinger i hva og hvordan og om man kan overføre data som er relevante for god arbeidsflyt og operative arbeidsoppgaver i sann tid. Ved å etablere gode verktøy for å håndtere samtykke i den kontekst at data også deles automatisk mellom de juridiske enhetene effektivt kan gi store gevinster og bedre pasientsikkerheten. *DNV og DNV Imatis har over flere år utviklet et samtykkeverktøy som kan bidra til å forenkle og sikre at data kan deles på tvers mellom juridiske enheter der pasienten gir samtykke på en enkel måte <https://samtykkeformidleren.no/legal/terms>.*

God samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er viktig for å sikre en helhetlig og koordinert behandling av pasienter. DNV Imatis kan bidra spesielt på det operative nivået i organisasjonene. Arbeidsgliding mellom profesjoner vil og kunne bidra positivt.

DNV Imatis sin e-helseplattform (Fundamentum) har en rekke tjenester og integrasjoner som gjør samhandlingen enklere. Vi har i dag ca. 150 + ferdig utviklede apper som kan tilbys kunder (alle er implementert i kommuner og sykehus allerede) gjennom vårt øko-system. Det er åpne API og det er benyttet internasjonale standarder som SnomedCT

<https://www.youtube.com/watch?v=zU8U6I2KvDY&t=1s> , ICD 10, HL7, FHIR og SMART on FHIR.

## Hvordan sikre utvikling, innføring og etterlevelse av nasjonale standarder i helsesektoren?

*Først vil vi påpeke at nasjonale standarder bør unngås der det finnes internasjonale standarder.* Bruk av standarder bidrar og til at det er enklere å anskaffe løsninger og produkter som det blir billigere å forvalte. Ofte koster det å benytte standarder mer i starten, da man ofte må rydde i gamle systemer som har benyttet proprietære løsninger som er spesiallaget. Det er fortsatt slik at det synes mye når det gjelder bruk av standarder i sektoren. Det er mange grunner til dette, blant annet kompetanse, uklare kravspesifikasjoner, svak finansiering (koster ofte noe mer første gangen kan etablerer standarden i bruk, gevinsten kommer i forvaltning og senere oppgraderinger).

Standarder bidrar og til bedre kvalitet på data. Som produktleverandør vil krav om bruk av Internasjonale Standarder alltid være å foretrekke, det gjør oss mer konkurransedyktige når vi leverer til kunder over hele verden. Så får man og fullt ut gevinst av dette arbeidet i Norge.

Andre momenter:

**Tydelig lederskap og styring:** En tydelig og engasjert ledelse som prioriterer standarder og arbeider aktivt for å sikre innføring og etterlevelse av disse, kan være en viktig faktor for suksess. Ledelsen bør også ha klare retningslinjer og krav til etterlevelse.

**Tilgang til ressurser og opplæring:** Helsepersonell og andre involverte parter må ha tilstrekkelig opplæring og ressurser for å kunne forstå og etterleve standardene.

**Overvåking og evaluering av etterlevelse av standarder** kan hjelpe til med å identifisere områder der det er behov for forbedring – her kan DNV som en stiftelse ta en rolle sammen med myndighetene.

Til slutt kan bruk av regelverk og sanksjoner være nødvendig for å sikre etterlevelse av standarder. Dette kan inkludere krav til sertifisering eller akkreditering, samt økonomiske sanksjoner eller andre typer sanksjoner for manglende etterlevelse.

Standarder vi anbefaler at man vurderer: SnomedCT, FHIR, HL7, OpenID Connect, SMART on FHIR og Rest er noen kandidater som vi også ser at mange benytter mer og mer internasjonalt. HL7 bør ikke vært noen stor satsing, men det er en av verdens mest benyttede og mange leverandører vil støtte denne i mange år ennå, derfor bør vi også ha den med i noen år, selv om FHIR gradvis vil overta.

Det bør etableres nasjonale sertifiseringsordninger for hvordan vi nasjonalt benytter lokale profiler av de internasjonale standardene. Det er viktig at man går relativt langt ned i detaljene på hvordan

standarder benyttes for å løse de helt praktiske oppgavene og at man ikke kun legger vekt på standarden på et overordnet nivå. Integrasjoner og standarder omhandler detaljer, og de må håndteres hvis ikke kan standardene bli feil brukt, noe man ofte ser i praksis.

## Har aktørene innspill til forslaget til innretning av en helseteknologiordning som beskrevet i utredningen fra Direktoratet for e-helse?

«Det er i Norge flere «piloter» enn det er flygere i Norwegian», det man trenger er initiativer for å få ut løsninger i stor skala og mye raskere enn det man gjør i dag. Næringsdepartementet og Innovasjon Norge har gode støtteordninger for piloter, men alt for få blir noe mer enn et lokalt initiativ. Helseregionene er i dag organisert for å ta imot store komplekse leveranser og har verken kultur, kompetanse eller verktøy for å få mindre løsninger ut og skalere dem.

Når det gjelder Direktoratet for e-helse så er det vel ingen som i praksis har som jobb å følge opp private / offentlige initiativ. Ønsker man næringsutvikling på området, må de få en mye mer tydelig rolle for dette i sine oppdrag fra HOD. I dagens modell leier man inn masse konsulenter for å løse mange behov, men det ender med store investeringer og lite fokus på å bygge løsninger og produkter som kan skales og selges internasjonalt, dette er ikke rollen til et konsultentselskap.

Man må invitere mer av produktselskapne som har dette som målsetning inn i samarbeidet. De er trent på og jobber med å kommersialisere, noe som kan gi rot til at næringen vokser, og at vi i tillegg til å løse behov i Norge, vil kunne skape eksportinntekter og skatteinntekter til Norge. Slik modellen er nå vil sektoren få bedre verktøy, men til en høy kostnad. Her bør vi ha mer fokus på at dette skal skape eksportinntekter for landet. DNV Imatis har allerede etablert seg i flere land og har mange store leveranser internasjonalt. Med eierskapet fra DNV, er ambisjonen klar på at man vil jobbe for internasjonal vekst, med utgangspunkt i norsk produktutvikling. DNV står klar til å investere mer i helseteknologi selskaper, og har store internasjonal og nasjonal mål med satsningen <https://www.dnv.no/news/dnv-kjoper-mbi-healthcare-technologies-237494> og <https://www.dnv.com/news/dnv-to-acquire-norwegian-digital-health-pioneer-imatis-in-first-step-of-strategic-expansion-into-e-health-market-203154> er eksempler å oppkjøp utført av DNV.

Man bør og ha en klar rolleforståelse mellom hva det offentlige gjør, hva typiske konsulent selskaper levere og hva e-helsenæringen (produkthusene) leverer.

Produkthus som DIPS, Checkware og DNV Imatis leverer standardiserte løsninger som kan selges i stor skala i mange land. Konsulenthusene driver rådgiving, tjenstedesign osv. og lager ikke produkter og løsninger som kan skales og internasjonaleses slik produkthusene gjør. I tillegg så anbefaler vi at myndighetene har en mer tydelig politikk på hva det offentlige skal levere så de ikke oppfattes som konkurrenter til næringslivet. Hvilken politikk man velger er ikke vårt ansvar, men det er svært ønskelig med forutsigbarhet da investeringer i helseteknologi krever mye midler/ressurser og tid før man kan lanserer og høste gevinster (for pasienter og for de som utvikler teknologien). Det er da uheldig om det offentlige lanserer en konkurrerende løsning, slik det nå er mange eksempler på. Vi ser og ofte at utredningene som gjøres av myndighetene oftest har liten plass til de private initiativene, men det fokuserer i all hovedsak på de offentlig eide selskapene og Direktoratet.

Det bør etableres flere offentlige og private samarbeid, i tråd med den erfaringen man blant annet har fra Equinor (tidligere Statoil). Man bør se på lovverket om offentlige anskaffelser som en

mulighet og ikke en begrensende faktor, slik man ofte gjør i Norge og Sverige spesielt, mens andre land i EU og Danmark utnytter mer mulighetene regelverket gir. De Norske myndighetene hadde i sin tid stor suksess med opprettelse av Telenor og Statoil der de ble delprivatiserte. Hva med å gi Stiftelsen DNV og DNV Imatis ta rollen med å delprivatisere og børsnotere Helsenor, og skape en stor internasjonal e-helsenæring med utgangspunkt etter modell av Telenor og Statoil (Equinor)?

Rapporten fra Direktoratet viser at det er bred støtte for etableringen av en helseteknologiordning i Norge og at det er enighet om at en slik ordning bør bidra til å sikre kvaliteten og pasientsikkerheten i helsetjenesten samtidig som den stimulerer til innovasjon og nyskaping i teknologimarkedet.

Det er også enighet om at en helseteknologiordning bør ha en åpen og transparent prosess for å sikre likebehandling av alle teknologileverandører og at det bør være tydelige kriterier for hvilke teknologier og standarder som skal godkjennes og støttes gjennom ordningen.

Vi ønsker Helseministeren lykke til med arbeidet.

DNV Imatis AS

v/ Morten Andresen – deleier, gründer og rådgiver for Imatis AS

(Morten Andresen er og styreformann og hovedeier av Palla Pharma AS som er den tidligere Weifa fabrikken i kragerø som produserer smertestillende medisiner og råvarer for eksport over hele verden)