



Direktoratet for
e-helse

Møte i Nasjonalt e-helsestyre

Møte 4/22
8. juni 2022

Direktoratet for e-helse

Agenda

| | Emne | Innretning | Presenterer saken | Start |
|-------|--|-------------------|--|--------------|
| 19/22 | Godkjenning av innkalling og dagsorden | Godkjenning | Mariann Hornnes Direktoratet for e-helse | 10:00 |
| 20/22 | Godkjenning av referatet fra møtet 30. mars og ekstramøtet 13. mai 2022 i Nasjonalt e-helsestyre | Godkjenning | Mariann Hornnes Direktoratet for e-helse | 10:03 |
| 21/22 | Orientering fra Direktoratet for e-helse | Orientering | Karl Vestli og Lucie Aunan Direktoratet for e-helse | 10:05 |
| 22/22 | Stortingsmelding om helseberedskap | Orientering | Kristian Skauli Helse- og omsorgsdepartementet | 10:20 |
| 23/22 | Orientering om arbeidet med Felles kommunal journal (FKJ) | Drøfting | Håkon Grimstad FKJI AS | 10:40 |
| | Lunsj | | | 11:25 |
| 28/22 | Hvordan avlaste fastlegene ved innføring av pasientens legemiddelliste (PLL) | Drøfting | Ivar Thor Jonsson Direktoratet for e-helse | 12:10 |
| 24/22 | Videreutvikling av nasjonal styringsmodell og reviderte mandater for NUIT og NUFA | Anbefaling | Karl Vestli Direktoratet for e-helse | 12:40 |
| | Pause | | | 13:25 |
| 25/22 | Kostnadsfordeling av drift og forvaltning for de nasjonale e-helseløsningene | Anbefaling | Karl Vestli Direktoratet for e-helse | 13:40 |
| 26/22 | Ansvarsdeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger | Anbefaling | Karl Vestli Direktoratet for e-helse | 14:10 |
| 27/22 | Vurdering av alternativer for felles styring av PLL og PDS | Anbefaling | Lucie Aunan Direktoratet for e-helse | 14:40 |
| 29/22 | Eventuelt | | Mariann Hornnes Direktoratet for e-helse | 14:50 |



Direktoratet for
e-helse

Sak 19/22: Godkjenning av innkalling og dagsorden

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden.



Direktoratet for
e-helse

Sak 20/22: Godkjenning av referatet fra møtet 30. mars og ekstramøtet 13. mai 2022 i Nasjonalt e-helsestyre.

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre godkjenner referatet fra møtet 30. mars og ekstramøtet 13. mai 2022.



Direktoratet for
e-helse

Sak 21/22: Orientering fra Direktoratet for e-helse

Orientering fra Direktoratet for e-helse

1 Forordning om et Europeisk fellesområde for helsedata

2 Prinsipper for lagring av data

Forordningsforslag om et Europeisk fellesområde for helsedata



- EHDS (European Health Data Space) forordningsforslaget ble lagt frem av EU-kommisjonen 3. mai
- Målsetningen for EHDS er å fremme sikker *tilgang til* og *utveksling av* helsedata på tvers av landegrenser i EU
- Forordningen kan få stor innflytelse både på primær- og sekundærbruk av data også i Norge
- Lovforslaget skal nå behandles av EU-rådet og EU-parlamentet
- HOD har gitt tilleggsoppdrag til Direktoratet for e-helse på å vurdere konsekvenser av forordningen for norsk helse- og omsorgssektor og helsenæring

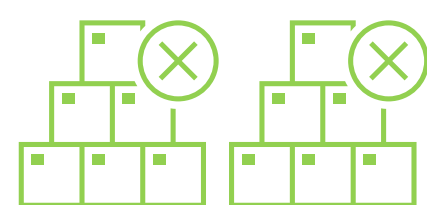
Orientering fra Direktoratet for e-helse

1 Forordning om et Europeisk fellesområde for helsedata

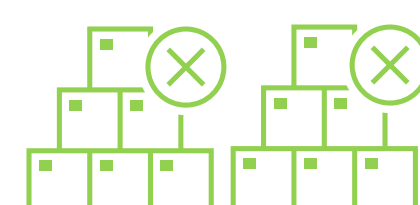
2 Prinsipper for lagring av data

Anbefale **prinsipper** for lokal og sentral lagring for å gjøre arbeidet med nasjonale e-helseløsninger **mer forutsigbart.**

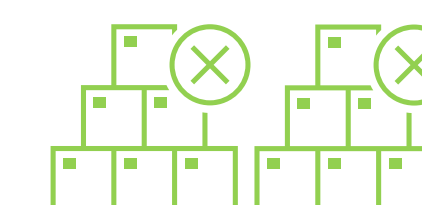
Frist 15. juni



Anbefale prinsipper for sentral og lokal lagring

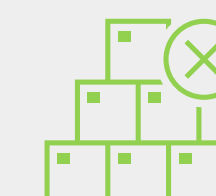


Gjøre rede for aktuelle problemstillinger



Vurdere konsekvenser for pågående arbeid

Arbeidet skal gjøres i samråd med sektor



Nasjonalt e-helsestyre tar sakene til orientering.



Direktoratet for
e-helse

Sak 22/22: Stortingsmelding om helseberedskap



Stortingsmelding om helseberedskap

Kristian Skauli

Nasjonalt e-helsestyre, 8. juni



Bakgrunn

- I **helseberedskapsmeldingen** vil vi trekke lærdom av pandemien og andre kriser, og tegne opp kartet for norsk helseberedskap fremover.
- Pandemihåndtering
 - Koronakommisjonens rapporter
 - Egenevalueringer
 - Bevarings- og forbedringspunkter
- Trussel og risikobilde
- Krig i Europa
- Totalberedskapskommisjon
- Forsvarskommisjon
- Norges tilkobling til EUs helseunion for å styrke beredskapen i Europa



Helseberedskapsmeldingen



Status og videre prosess strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren

Tildelingsbrev for 2021:

«Utarbeide strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren i tråd med anbefaling i rapport av 15. oktober 2020. Strategien skal være handlingsrettet og tilpasses sektorens sikkerhetsbehov. Strategien skal tydeliggjøre roller og ansvar, og identifisere relevante strategiske virkemidler og tiltak for å løfte arbeidet med digital sikkerhet i sektoren. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Helsedirektoratet, Helsetilsynet, Norsk helsenett SF, de regionale helseforetakene og kommunesektoren/KS. Som delleveranse skal det innen 1. juni utarbeides en tiltaksoversikt for helse- og omsorgssektoren med grunnlag i den nasjonale strategien for digital sikkerhet.»

- Økt trusselnivå
- Økt oppmerksomhet og utvikling på området
- Unngå duplisering

Nytt oppdrag til Direktoratet for e-helse

Direktoratet for e-helse mottok 16. mai endring av oppdrag om strategi og tiltaksoversikt digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren:

«Direktoratet skal, som erstatning for Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren, utarbeide et innspill om digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren til stortingsmeldingen om helseberedskap. Direktoratet sender innspillet på bred høringsrunde og innarbeider høringsinnspill. Frist: Innen 15. oktober 2022.»

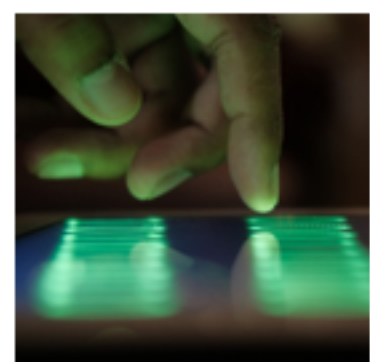
Departementets begrunnelse for endringen:

«Basert på en vurdering av hvordan vi kan få mest oppmerksomhet og raskest utvikling på området, i tillegg til det økte trusselnivået etter Russlands invasjon av Ukraina, har departementet besluttet å endre gjennomføring hvor HOD overtar eierskapet til strategien.

Parallelt med dette er det vedtatt at det skal legges frem en stortingsmelding om helseberedskap våren 2023. Stortingsmeldingen skal ta for seg flere scenarier hvor digitale trusler er ett av dem. For å unngå duplisering og minske antall dokumenter å forholde seg til, ser departementet det som hensiktsmessig å innarbeide strategi for digital sikkerhet i helse og omsorgssektoren inn i helseberedskapsmeldingen.»



Utfordringsbildet som legges til grunn



Sektoren står overfor et
skjerpet digitalt trusselbilde



Udekket kompetansebehov



Komplekst systemlandskap og mangelfull
implementering av grunnleggende
sikkerhetstiltak



Teknologiskifter og nye samhandlingsformer
og leveransemodeller for helsehjelp








Variierende oppfølging av
digital sikkerhet i verdikjeder





Uklare roller og ansvar

Mål og innsatsområder

-  Virksomhetene i sektoren har tilstrekkelig evne til å ivareta digital sikkerhet, understøttet av en robust digital infrastruktur og felles tjenester, ressurser og standarder.
-  Ansvar og roller med betydning for digital sikkerhet i og mellom sektorens virksomheter er avklart, kjent og ivaretatt.
-  Sektoren ivaretar sikkerhet i lange og komplekse digitale verdikjeder.
-  Det er høy tillit fra innbyggere og pasienter til hvordan sektoren ivaretar digital sikkerhet.
-  Virksomhetene evner å effektivt ta i bruk nye teknologier på en sikker måte robuste i møte med et risikobilde i endring.

 Videreutvikling av eksisterende nasjonale virkemidler

 Kompetanse og sikkerhetskultur

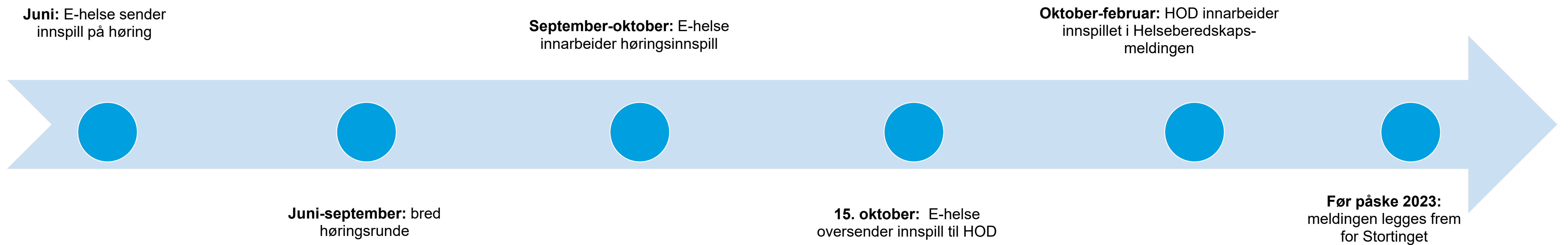
 Planverk og øvelser

 Etterlevelse og oppfølging

 Ny teknologi og digitale verdikjeder

 Støtte til mindre virksomheter

Fremdriftsplan



Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre tar orienteringen fra departementet til etterretning.



Direktoratet for
e-helse

Sak 23/22: Orientering om arbeidet med Felles kommunal journal (FKJ)

Presentasjonen fra saken vil bli publisert.



Direktoratet for
e-helse

Sak 28/22: Hvordan avlaste fastlegene ved innføring av
pasientens legemiddelliste (PLL)

PLL | Hvordan avlaste fastlegene?

- Organisering
 - Liten arbeidsgruppe forbereder underlag
- Prosess
 - Bi-ukentlige arbeidsmøter med nøkkelaktører/-personer
 - Se til erfaringer fra SKIL, Kvalitet i e-resept, utprøvingen i Bergen/SFM, NSE og Danmark
 - Drøfting i nasjonal arbeidsgruppe «PLL i praksis» - 28. april
 - Drøfting i Programstyret PLL – 25. mai
 - Drøfting i NEHS - 8. juni
 - Forankring i egne organisasjoner – leveranse 1. juli
- Trolige hovedbudskap
 - PLL bør gjennomføres til tross for høy belastning på fastlegene
 - Hovedansvarlig lege/fastlegen bør opprette første PLL
- Evalueringsmodell for foreslåtte tiltak
- Svar: Tiltak 1...N anbefales/bør utredes/anbefales ikke



Direktoratet for e-helse
Postboks 221 Skøyen
0213 OSLO

Deres ref

Vår ref
21/3662-36

Dato
8. april 2022

Tillegg til tildelingsbrev nr. 3 - Pasientens legemiddelliste - Utredning av tiltak for å avlaste fastlegene i utprøvnings- og innføringsfasen

Helse- og omsorgsdepartementet viser til sentralt styringsdokument for digital samhandling steg 2, mottatt 17. januar 2022, som inkluderer videre arbeid med å realisere pasientens legemiddelliste. Departementet viser videre til tildelingsbrevet til Direktoratet for e-helse for 2022 og oppdrag om å bidra til nødvendige forberedelser til gjennomføring av tiltakene i program digital samhandling steg 2 fra 2023.

Departementet viser til at det i forprosjektet er lagt til grunn at fastleger vil ha en sentral rolle i arbeidet med å opprette første pasientens legemiddelliste for innbygger i utprøvnings- og innføringsfasen, og at dette vil innebære merarbeid for fastlegene. Samtidig arbeider departementet med tiltak for å avlaste fastlegene for oppgaver. Høy arbeidsbelastning er en av hovedgrunnen til at mange kommuner har utfordringer med å rekruttere og beholde fastleger. Etter opprettelse og innføring av pasientens legemiddelliste vil fastlegene ha tidsmessig gevinst av løsningen, forutsatt at andre aktører gjør sin del av jobben.

Departementet ber om at Direktoratet for e-helse, i samarbeid med Helsedirektoratet, foreslår mulige tiltak for å redusere fastlegenes merarbeid i utprøvnings- og innføringsfasen av pasientens legemiddelliste. Som del av arbeidet bes det om at direktoratet gjør rede for økonomiske og administrative konsekvenser for aktører som blir berørt av de ulike tiltakene som foreslås. Videre skal det gjøres rede for hvordan eventuelle tiltak påvirker kostnader og gevinster slik dette er beskrevet i den samfunnsøkonomiske analysen, jf. vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse til sentralt styringsdokument av 17. januar 2022.

PLL | Hvordan avlaste fastlegene?

Evalueringskriterier

- Hvordan påvirker tiltaket pasientsikkerheten?
- Hvor mye avlaster dette fastlegene? En kvalitativ nyttevurdering
- Hvilket merarbeid påfører det andre? En kvalitativ kostnadsvurdering
- Hvilken støtte har tiltaket i sektor?
- Hva er risikoprofilen til tiltaket? Tror vi det vil bli realisert?
- **Andre?**

PLL | Hvordan avlaste fastlegene?

- Bedre kvalitet i e-resept vil avlaste fastlegene
 - Alle må slå opp, tilbakekalle uaktuelle resepter og oppdatere i Reseptformidler
 - Raskere utbredelse av e-resept til kommunene
 - Bedre systemstøtte for e-resept
- Tiltak i programmets gjennomføringsstrategi som vil avlaste fastlegene
 - Andre leger enn fastlegen oppretter PLL
 - Alle leger må vedlikeholde PLL
 - Innføre e-Multidose til fastlegene
 - Samtidig oppstart i et innføringsområde
 - God systemstøtte for fastleger (SFM)
 - Løpende opprettelse av PLL
 - God og tilpasset opplæring for alle i legemiddelkjeden
 - Godt planlagt og gjennomført utprøving som grunnlag for vellykket innføring
 - Økonomisk kompensasjon
 - Meldeplikt
- Tiltak som generelt gir bedre kvalitet i legemiddelbehandlingen vil avlaste fastlegene
 - Hyppigere legemiddelgjennomgang
 - Opplæring og systemstøtte av risikolegemidler/-pasienter
- Andre aktuelle tiltak
 - Redusere antall PLL'er som skal opprettes
 - Involvering av pasient og pårørende
 - Overgang fra resept til forordning/ordinasjon med tilknyttede resepter
 - Skjerpet forpliktelse i forskrift
- Frigjøre andre oppgaver fra fastlegen som ikke er direkte relatert til legemiddelbehandlingen

Anbefales trolig gjennomført

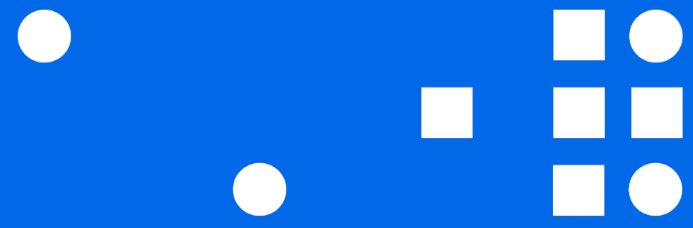
Bør trolig utredes nærmere

PLL | Hvordan avlaste fastlegene?

Diskusjon: Innspill til saksunderlaget?

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd mener at innføring av PLL er et svært viktig tiltak, og at innføringen bør gjennomføres på tross av merarbeid for fastlegen i forbindelse med opprettelse av første PLL. Program pasientens legemiddelliste tar med seg innspillene fra Nasjonalt e-helsestyre i det videre arbeidet med avlastende tiltak.



Direktoratet for
e-helse

Sak 24/22: Videreutvikling av nasjonal styringsmodell og reviderte mandater for NUIT og NUFA

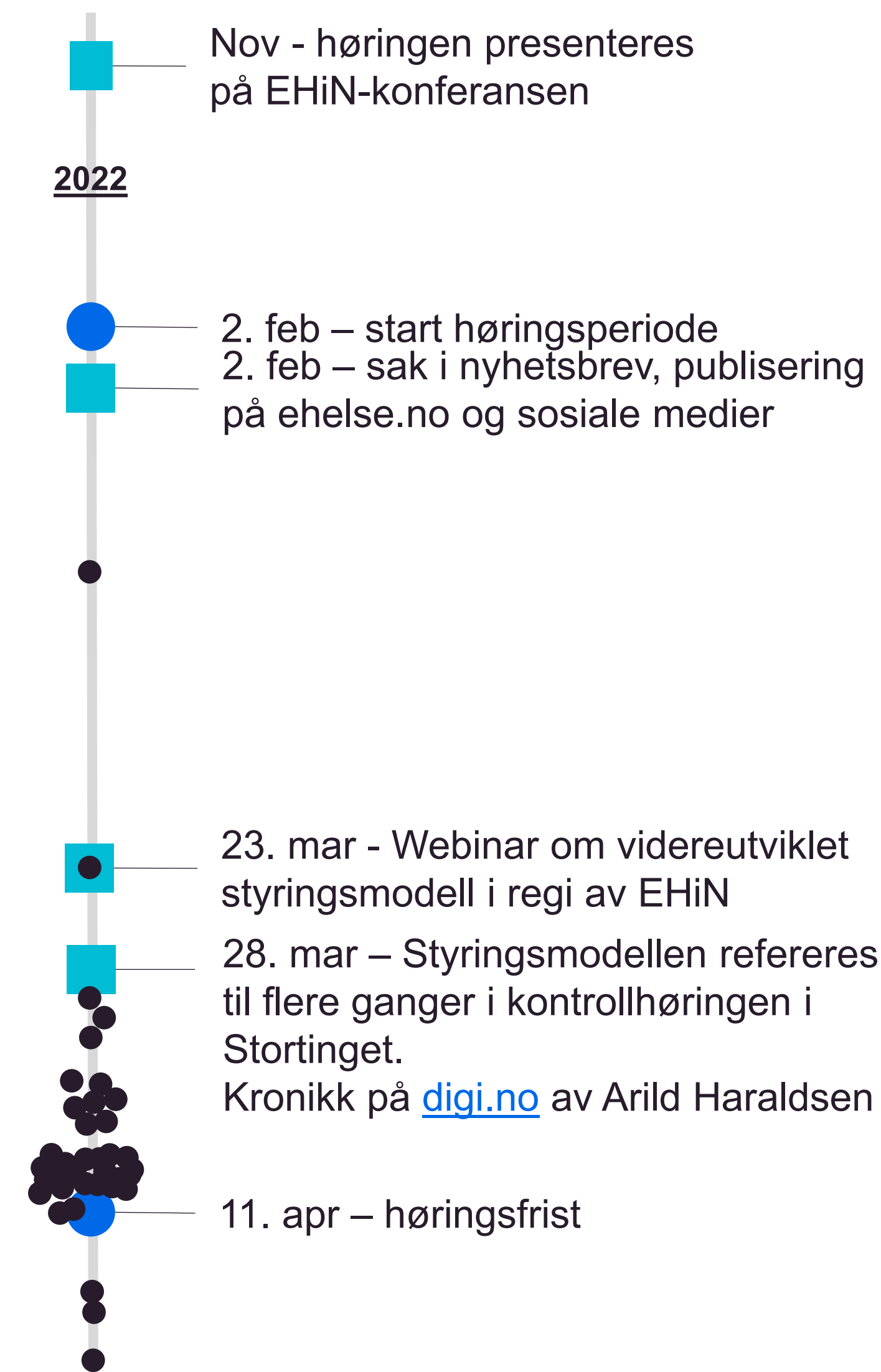
Om høringsperioden

- Høringsperiode fra 2. februar 2022– 11.april 2022 (10 uker)
- Høringsssvar er publisert fortløpende på høringssiden på ehelse.no
- Hva vi spesielt ønsket tilbakemelding på:
 1. Er dere enige i de foreslåtte endringene i styringsmodellen eller er det andre endringer og tiltak som Direktoratet for e-helse bør vurdere?
 2. Har dere forslag til konkrete endringer i de revidert mandatene?
 3. Har dere tilbakemeldinger på hvilke saker som skal/bør behandles i styringsmodellen?

- Kommunikasjonsaktiviteter
- Start + slutt høringsprosess
- Mottatt høringsssvar

TIDSLINJE

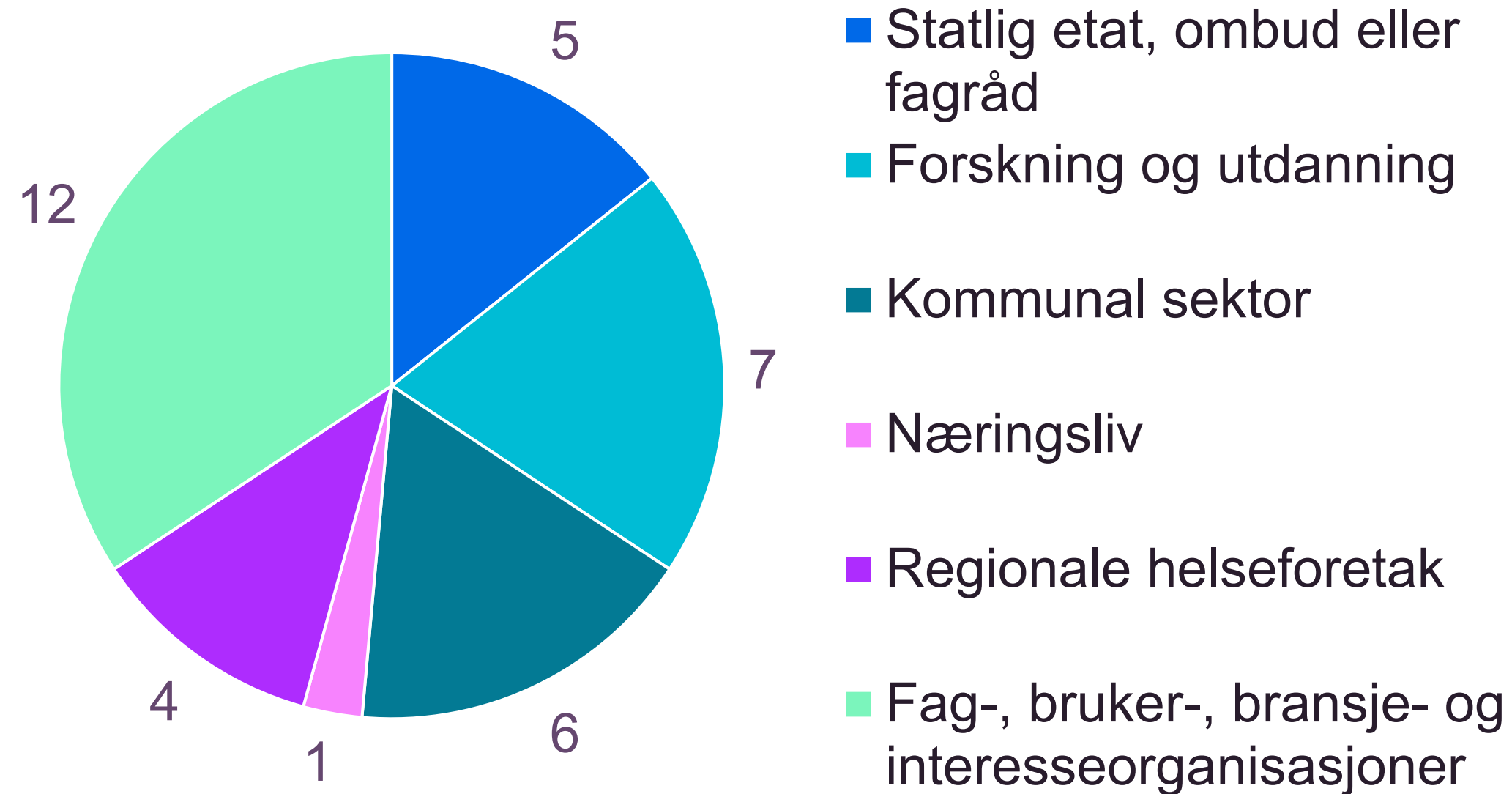
MED AKTIVITETER I HØRINGSPERIODEN



Om høringssvarene

35

høringssvar totalt



STATLIG ETAT, OMBUD ELLER FAGRÅD

ARBEIDSTILSYNET
DIGITALISERINGS DIREKTORATET
NORGES FORSKNINGSRÅD
FOLKEHELSEINSTITUTTET
HELSEDIREKTORATET

KOMMUNE

TRONDHEIM KOMMUNE
BERGEN KOMMUNE
KRISTIANSAND KOMMUNE
KS
STAVANGER KOMMUNE
OSLO KOMMUNE

HELSEFORETAK/RHF

HELSE NORD RHF
HELSE NORD IKT
HELSE VEST RHF
HELSE SØR-ØST RHF

NÆRINGS LIV

STRATIT ARILD HARALDSEN

FAG-, BRUKER-, BRANSJE- OG INTERESSEORGANISASJONER

LEGEFORENINGEN
NORSK PSYKOLOGFORENING
NORSK SYKEPLEIERFORBUND
NORSK KIROPRAKTORFORENING
NORGES FARMACEUTISKE FORENING
NORGES APOTEKFORENING
LEGEMIDDELINDUSTRIEN
MELANOR
KREFTFORENINGEN
FUNKSJONSHEMMEDES
FELLESORGANISASJON (FFO)
IKT NORGE
HELSEKLYNGENE (Norwegian Smart Care Cluster, Norway Health Tech, Oslo Cancer Cluster)

FORSKNING OG UTDANNING

DET ODONTOLOGISKE FAKULTET, UNIVERSITETET I OSLO
FAKULTET FOR MEDISIN OG HELSEVITENSKAP, NORGES TEKNISKNATURVITENSKAPELIGE UNIVERSITET
UNIVERSITETET I BERGEN
NASJONALT SENTER FOR E-HELSEFORSKNING
SINTEF
SENTER FOR E-HELSE, UNIVERSITETET I AGDER
HØGSKULEN PÅ VESTLANDET

Det er identifisert flere gjentakende tema i høringssvarene

- Navn på styringsmodellen og en rådgivende arena for alle
- Relasjon mellom program/prosjekt/produktstyrer
- Rolle og ansvar for nasjonal e-helsestrategi
- Representasjon i Nasjonalt e-helseråd
- Medlemmer i utvalgene
- Forankring hos bruker- og fagorganisasjoner og innbyggerrepresentanter
- Involvering av næringsliv og forskning
- Tydeliggjøring av saksgang mellom de tre utvalgene
- Økt gjennomføringskraft og mest mulig forpliktende e-helseutvikling

Videre plan

- Reviderte mandater
- Oppsummeringsnotat på ehelse.no

Navn på styringsmodellen og en rådgivende arena for alle

Kort oppsummert fra høringen

- Bred støtte til å endre navn på Nasjonalt e-helsestyre til *Nasjonalt e-helseråd*
- Bred støtte til at alle aktører representert i styringsmodellen kan fremme sine strategiske e-helsesaker
- Vurdere å endre navn på selve styringsmodellen

Vårt forslag til endringer og oppfølgingspunkter

Mandater:

- Endre navn på styringsmodellen til «*Nasjonal rådsmodell for e-helse*»
- Både i nåværende mandater og i forslag til reviderte mandater er følgende presisert: *Den tredelte rådgivende modellen endrer ikke de til enhver tid etablerte styringslinjene fra Stortinget, regjeringen og departementer til etater, virksomheter og kommuner.*

Oppsummeringsnotat:

- Etablerer prosess for å informere alle aktører om hvordan de kan melde inn saker

Relasjon mellom program/prosjekt/produktstyrer

Kort oppsummert fra høringen

- Uklar sammenheng mellom ulike program/prosjekt/produktstyrer og styringsmodellen
- Nasjonalt e-helseråds og NUITs rolle knyttet til investeringer og fordeling av kostnader til drift og forvaltning

Vårt forslag til endringer og oppfølgingspunkter

Mandater:

For Nasjonalt e-helseråd (under oppgaver og ansvar):

- *Drøfte og gi anbefaling til utvalgte prinsipielle og strategiske vurderinger i programmene knyttet til strategisk innretning, helhetlig prioritering og finansiering*
- *Drøfte og gi anbefaling om investeringer og tiltak i nasjonal e-helseportefølje som medfører vekst i kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene, jf. Prop. 3 L (2021-2022) vedtak 88*

For NUIT(under oppgaver og ansvar):

- *Gi råd om prinsipielle og strategiske vurderinger i programmene knyttet til strategisk innretning, helhetlig prioritering og finansiering*
- *Gi råd om investeringer og tiltak i nasjonal e-helseportefølje som medfører vekst i kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene, jf. Prop. 3 L (2021-2022) vedtak 88*

Rolle og ansvar for nasjonal e-helsestrategi

Kort oppsummert fra høringen

- Uheldig rekkefølge på høringene av videreutvikling av nasjonal styringsmodell og ny nasjonal e-helsestrategi
- Innspill til strategien er blitt formidlet til strategigruppen

Vårt forslag til endringer og oppfølgingspunkter

Mandater: Alle mandater er oppdatert med ansvar relatert til ny nasjonal e-helsestrategi.

For Nasjonalt e-helseråd (under oppgaver og ansvar):

- *Anbefale felles strategisk retning og prioriterte mål gjennom nasjonal e-helsestrategi med tilhørende handlingsplaner. Følge opp måloppnåelse og anbefale nødvendige prioritering og justeringer av strategien*

For NUIT (under oppgaver og ansvar):

- *Følge opp gjennomføring av nasjonal e-helsestrategi og gi anbefalinger til prioriteringer og nødvendige justeringer, samt løfte sentrale behov til Nasjonalt e-helseråd*

For NUFA (under oppgaver og ansvar):

- *Gi innspill og råd om faglige behov som kan påvirke fremtidige initiativer og justering av mål i nasjonal e-helsestrategi*

Representasjon i Nasjonalt e-helseråd

Kort oppsummert fra høringen

- Forslag om at medlemmene i Nasjonalt e-helseråd ikke nødvendigvis er toppleder, men en representant for toppledelsen

Vårt forslag til endringer og oppfølgingspunkter

Mandater:

For Nasjonalt e-helseråd (under sammensetning):

De respektive virksomhetene møter med representant for sin toppledelse.

Medlemmer i utvalgene

Kort oppsummert fra høringen

- Fire instanser mener at de bør være representert i ett eller flere utvalg
- Formell forespørsel fra Fagforbundet om å bli inkludert i styringsmodellen
- Stedfortreder i NUIT og NUFA

Vårt forslag til endringer og oppfølgingspunkter

Mandater: ingen endringer utover

- To representanter fra forskningssiden i NUFA som foreslått i høringen
- Norsk helsenett blir fast medlem i alle utvalg som foreslått i høringen
- Direktoratet for e-helse går fra ett til **to** medlemmer i NUFA
- For NUIT og NUFA (under sammensetning): *Medlemmene kan ha fast stedfortreder, som stiller i møtene ved behov og etter avtale. For å sikre kontinuitet, skal bruken av stedfortreder begrenses.*

Forankring hos bruker- og fagorganisasjoner og innbyggerrepresentanter

Kort oppsummert fra høringen

- Viktig med forankring hos bruker- og fagorganisasjoner
- Kreftforeningen og FFO at det er utfordrende å delta i NUFA og NUIT
- Positive til representasjon i Nasjonalt e-helseråd

Vårt forslag til endringer og oppfølgingspunkter

Mandater: ingen endringer utover

- Beholder to representanter i Nasjonalt e-helseråd og NUFA, og vurderer en eventuell kandidat til i NUIT
- For NUFA (under formål): *NUFA skal gi råd og anbefalinger om helsefaglige behov, **innbyggers behov** og arkitekturvalg på e-helseområdet*

Oppsummeringsnotat:

- Formøter med representantene fra bruker- og fagorganisasjonene
- Reetablere Nasjonal arena for fag- og interesseorganisasjoner (NAFI)

Involvering av næringsliv og forskning

Kort oppsummert fra høringen

- Noen ønsker næringslivet representert i styringsmodellen
- Tettere samarbeid mellom styringsmodellen og næringslivet uten at de er medlemmer
- Noen støtter at helsenæringen ikke er en del av styringsmodellen
- Bred støtte til at forskning får en plass i NUFA
- Forskning bør være representert i Nasjonalt e-helseråd og NUIT

Vårt forslag til endringer og oppfølgingspunkter

Mandater: ingen endringer utover

- To forskningsrepresentanter i NUFA som foreslått i høringen

Oppsummeringsnotat:

- Sakene i øvrige utvalg er i større grad anbefalinger og prioriteringer
- Helsenæringen er ikke invitert inn av særlig tre grunner:
 - Reduserer mulighet for åpne diskusjoner om løsninger
 - Diskusjoner som gjør det uegnet for leverandørene å delta
 - Krevende å finne riktig representasjon
- Utvikle eksisterende og nye møteplasser for helsenæringen

Tydeliggjøring av saksgang mellom de tre utvalgene

Kort oppsummert fra høringen

- Etterspurt en tydeliggjøring av saksgangen mellom de tre utvalgene

Vårt forslag til endringer og oppfølgingspunkter

Mandater:

For NUIT (under oppgaver og ansvar):

- *Foreslå saker for behandling i NUFA, før videre behandling i NUIT, ved behov for drøfting av problemstillinger innen helsefag, arkitektur eller innbyggerperspektivet*

For NUFA (under oppgaver og ansvar):

- *Drøfte problemstillinger innen helsefag, arkitektur eller innbyggerperspektivet på forespørsel fra NUIT*

Økt gjennomføringskraft og mest mulig forpliktende e-helseutvikling

Kort oppsummert fra høringen

- Uklart hvordan foreslåtte tiltak vil styrke styringsmodellens gjennomføringsevne og forpliktelse

Vårt forslag til endringer og oppfølgingspunkter

Mandater: ingen endring, men tydeliggjøring av roller/ansvar og saksgang vil også bidra til gjennomføringsevne

Oppsummeringsnotat:

- Styringsmodellen er ett virkemiddel blant flere
- Handler i stor grad om hvordan saker blir lagt frem, drøftingen og vedtakene
- Gode og forpliktende drøftinger og vedtak vil bidra til økt gjennomføringskraft

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre vedtar reviderte mandater for Prioriteringsutvalget (NUIT) og Fagutvalget (NUFA), og anbefaler Direktoratet for e-helse å vedta mandat for Nasjonalt e-helseråd, med de endringene som kom inn i møtet.



Direktoratet for
e-helse

Sak 25/22: Kostnadsfordeling av drift og forvaltning for de nasjonale e-helseløsningene



Oppdrag

Prinsipper for fordeling av kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene



Fordeling av kostnadsøkninger for 2023

Utenfor dette oppdraget: NHN evaluerer og justerer prismodellene innen 2024. Dette arbeidet vil gå i 2022-23.

Helse- og omsorgsdepartementets vurdering i Prop. 3 L (2021-2022)

- ...Plikt til betaling fra de regionale helseforetakene og kommunene være uavhengig av om løsningene faktisk er gjort tilgjengelig i den enkelte virksomhet.
- ..Departementet legger vekt på at pålegg om betaling vil stimulere virksomhetene til å ta løsningene i bruk og på denne måten bidra til å øke nytten av løsningene.
- ...Departementet legger til grunn en betalingsmodell der **kostnadene til forvaltning og drift av e-resept, kjernejournal og helsenorge.no fordeles omtrent likt mellom regionale helseforetak og kommuner** (etter at bidraget fra apotek og bandasjister til betaling for e-resept er trukket fra).
- ...Selv om det er pasientene som har den største nytten av løsningene, viser tilgjengelige samfunnsøkonomiske analyser at både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har nytte av løsningene.
- Departementet går imidlertid inn for, at det **i en overgangsperiode, tas hensyn til muligheten for å ta løsningene i bruk** når veksten i kostnader til forvaltning og drift fordeles.

Fordeling kostnader i 2022

Fordeling av vekst i kostnader for drift- og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger

| Løsning | Regionale helseforetak | Kommuner | Apotek |
|----------------------|------------------------|----------|--------|
| Grunndata og HelseID | 50 % | 50 % | |
| Kjernejournal | 60 % | 40 % | |
| E-resept | 44,5 % | 44,5 % | 11,0 % |
| Helsenorge | 60 % | 40 % | |

Begrunnelse for skjevfordeling:

- Kjernejournal fordelingsnøkkel for 2022 tar hensyn til dagens bruk og forventninger om bruk videre.
- Større andel av Helsenorges kostnadsvekst dekkes av regionale helseforetak, som har større utbredelse og bruk av løsninger på helsenorge.

Fordeling av kostnader for drift- og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger (MNOK)

| Løsning | 2021 | Endring til 2022 | 2022 total | 2022 andel RHF | 2022 andel kommuner | 2022 andel apotek |
|----------------------|------------|------------------|------------|----------------|---------------------|-------------------|
| Grunndata og HelseID | 98 | -28 | 70 | 35,2 | 35,2 | |
| Kjernejournal | 89 | 19 | 108 | 56,1 | 52,1 | |
| E-resept | 122 | 3 | 125 | 55,5 | 55,5 | 13,7 |
| Helsenorge | 217* | 47 | 264 | 137,8 | 126,2 | |
| Sum | 526 | 41 | 567 | 284,6 | 269 | 13,7 |

Forslag til fordeling av kostnader i 2023

| | Estimert vekst 2023 | Estimert total kostnad 2023 (før prisjustering) |
|-------------------|---------------------|---|
| Grunndata HelseID | 7 | 77 |
| Kjernejournal | 0 | 108 |
| E-resept | 0 | 125 |
| Helsenorge | 28 | 292 |
| SUM | 35 | 602 |

| Fordeling av vekst i kostnader for drift- og forvaltning av nasjonale e-heseløsninger | | | |
|---|------------------------|----------|--------|
| Løsning | Regionale helseforetak | Kommuner | Apotek |
| Grunndata og HelseID | 50 % | 50 % | |
| Kjernejournal | 55 % | 45 % | |
| E-resept | 44,5 % | 44,5 % | 11,0 % |
| Helsenorge | 55 % | 45 % | |

Begrunnelse for forslaget:

- Skjevdeling skal være midlertidig
- Innføring av kjernejournal i kommunene øker ibruktakelsen
- Flere tjenester på Helsenorge tas i større grad i bruk i kommunal sektor

Vi anbefaler at fordelingen gjelder samlet kostnadsøkning over grunnbeløp.

Hvorfor redusere skjevfordelingen på Kjernejournal

- I 2023 vil de nasjonale e-helseløsningene ha økt utbredelse.
- Kjernejournal vil bli innført i større del av kommunal sektor.
- Prosjekt 'Kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenester' under 'Program pasientens legemiddelliste' fortsetter koordinert innføring. Det planlegges for at 60% av kommunene har innført kjernejournal i løpet av 2022, og 80% i løpet av 2023.

Tabellen nedenfor viser utviklingen innenfor kommunal sektor så langt.

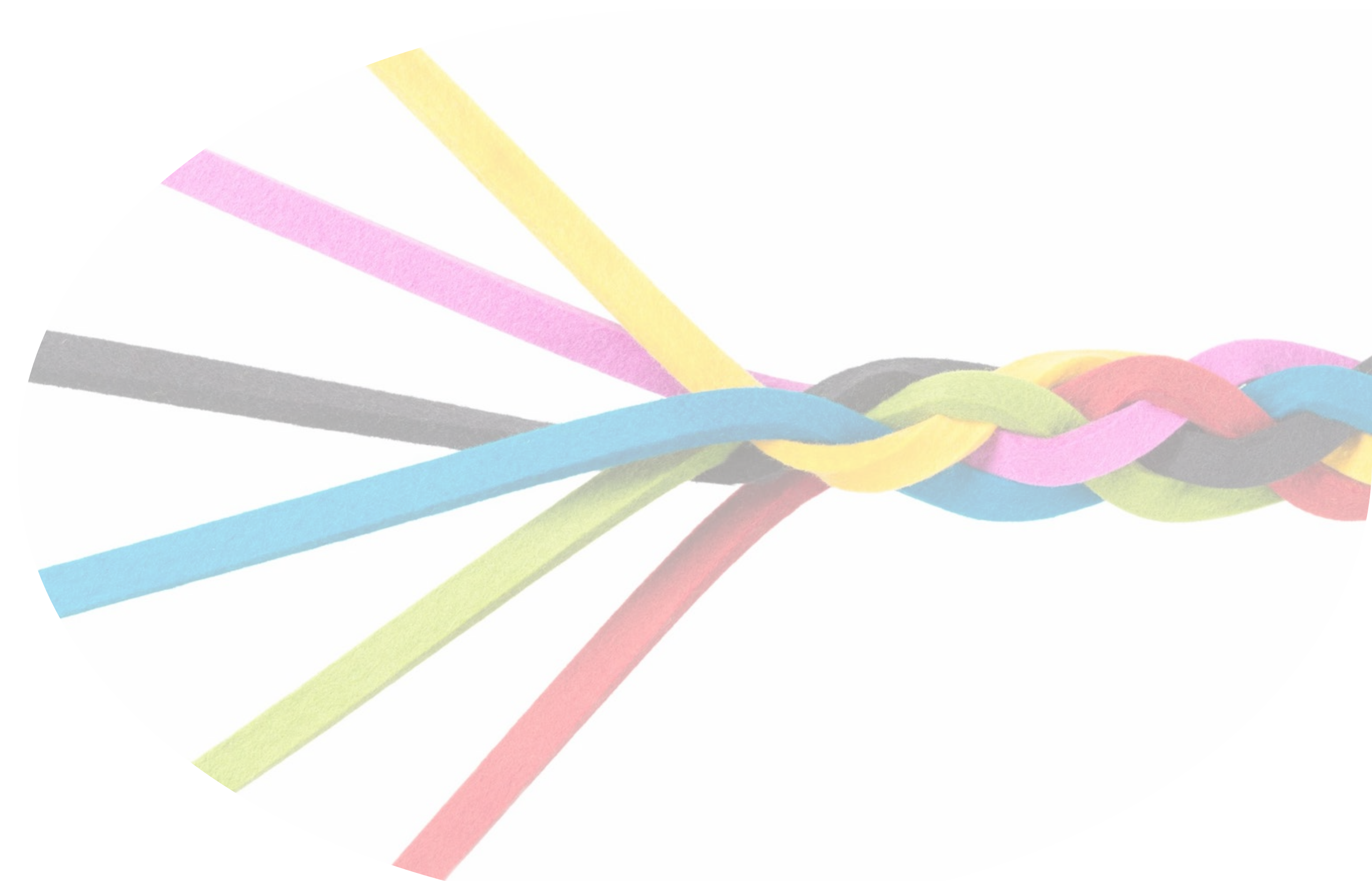
| Kjernejournal i kommunene | 2020 | 2021 | Jan 2022 | April 2022 | Kommentar |
|---------------------------|-------|-------|----------|------------|--|
| Legevakt | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | |
| Fastlege | 91 % | 91 % | 91 % | 91 % | |
| Hjemmebaserte tjenester | 5 % | 17 % | 23 % | 28 % | Pågående prosjekt i regi av program pasientens legemiddelliste |
| Sykehjem | 5% | 17% | 23% | 28% | Pågående prosjekt i regi av program pasientens legemiddelliste |
| Helsestasjon | | | | | Ingen planer for denne gruppa |

Hvorfor redusere skjevfordelingen på Helsenorge

- ...kommunenes andel av kostnadsveksten skal ta utgangspunkt i en vurdering av nytten for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. (Stortingets vedtak 89)
- Kostnadsvekst fra 2021 til 2023 har ca 60% knyttet til økt bruk, og 40% er effekt av investeringer.
- Innbyggers bruk av Helsenorge har økt formidabelt.
 - 5 millioner innbyggere har nå bruker på Helsenorge.
 - Økning fra 6 til 17 millioner besøk i måneden.
- Økt bruk og utbredelse av kommunale tjenester for innbyggere
 - Fastleger økt fra 40 til 62 %
 - Hjemmebaserte og andre kommunale tjenester økt fra 40% til 50%
 - Tjenester for helsestasjoner og skolehelsetjenesten i kommunene har økt fra 1% til 20%, og flere i prosess. Kommunene innfører for DigiHelse løsninger(fra DigiHelse, Digihelsestasjon, DigiUng)
- Investeringer
 - Forbedring av plattform og prosesser på plattformen
 - Nye tjenester for spesialist- og kommunehelsetjenesten
 - For kommune spesielt
 - Korona-relaterte tjenester, inkl koronaprøvesvar og vaksinesertifikat
 - Digihelse prosjektene
- Nytte
 - Mange innbyggere har stor nytte av Helsenorge
 - Avlastning for kommunene (spesielt koronarelatert prøvesvar mm)

Vedtak til drøfting i Nasjonalt e-helsestyre

Nasjonalt e-helsestyre anbefaler fremlagte forslag til fordeling av vekst i kostnader til forvaltning og drift for de nasjonale e-helseløsningene for 2023.





Direktoratet for
e-helse

Sak 26/22: Ansvarsdeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger

Oppdrag i Direktoratets for e-helses tildelingsbrev for 2022

ID: TB2022-01 Modeller for innføring av nasjonale e-heseløsninger

Direktoratet skal utarbeide forslag til **ansvarsfordeling og prinsipper** som bør ligge til grunn for **innføring** av nasjonale **e-heseløsninger** i helse- og omsorgssektoren, herunder tydeliggjøre hvor langt **statens ansvar** strekker seg i arbeidet med å understøtte lokale innføringsaktiviteter i kommuner, helseforetak og øvrige aktører. Arbeidet skal gjennomføres i tett **samarbeid med Norsk helsenett SF, de regionale helseforetakene og KS.**

Frist: 30. juni

Ansvarsdeling innføring

Beslutningspunkt

Nasjonalt = E-helse, NHN, Hdir...

Lokalt=Kommuner, RHF, Fastlege...

Vurdere om tjenesten er klar til nasjonal innføring



Staten hovedansvarlig for å sikre fremdrift i etablering av tjenesten

Sektor er ansvarlig for innføring av tjenesten i sin organisasjon

Sektor er involvert i utviklingen av tjenesten

Staten koordinerer og støtter

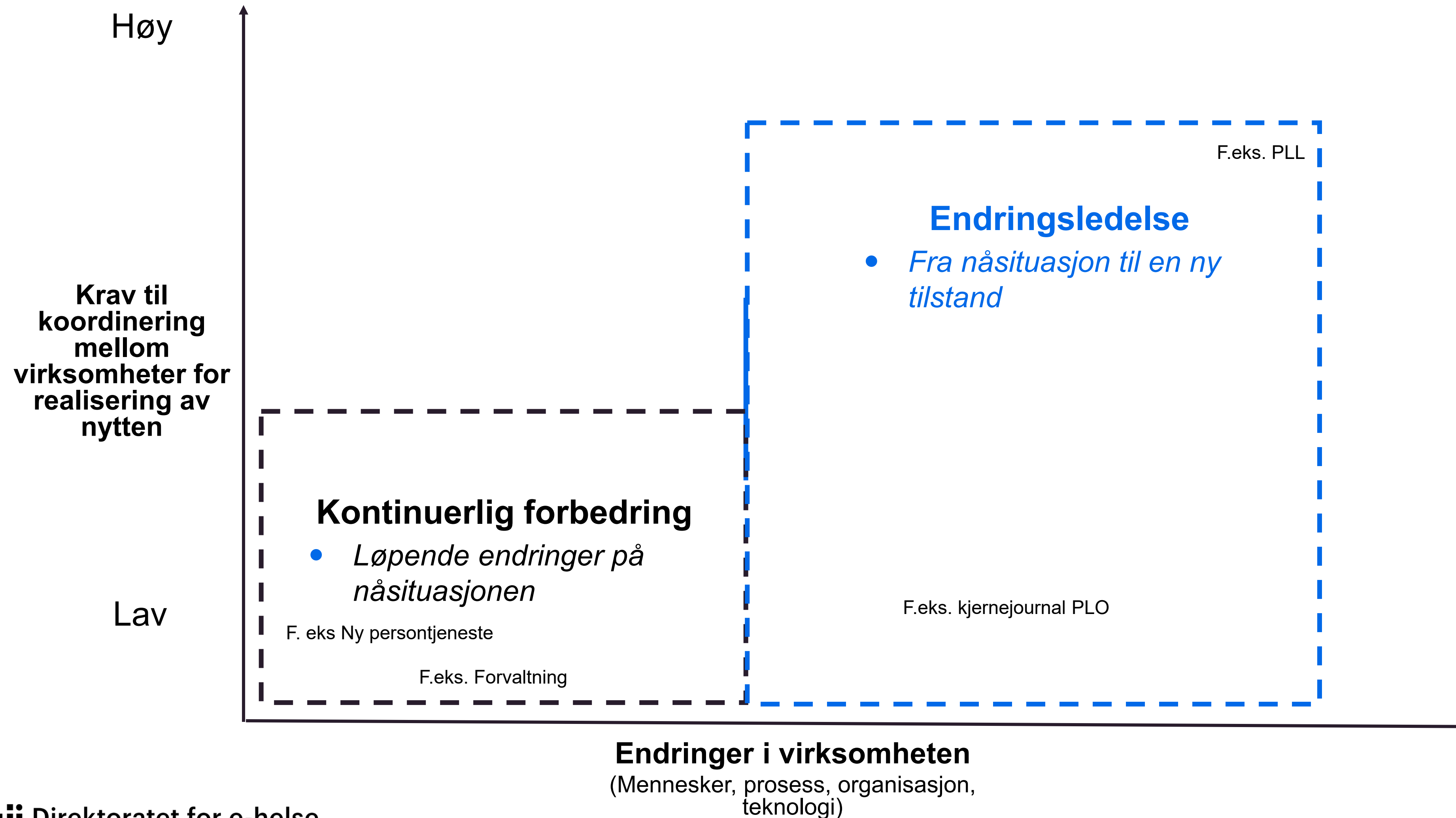
Nettverk, representanter og støtte

En vellykket innføring forutsetter lokalt eierskap og tett samarbeid mellom de sentrale statlige aktørene og helsesektor gjennom hele løpet.

Side 64

Omfang av sentral innføringsstøtte og koordinering må baseres på tiltakets kompleksitet og egenskaper

Behov for sentral koordinering og tilrettelegging for størst nytterealisering av nasjonale e-helse tiltak



Oppsummering prinsipper ansvarsdeling

1. Formelt beslutningspunkt ved overgangen til nasjonal innføring
2. Virksomhetene er ansvarlig for innføring og bruk av nasjonale e-helseløsninger i egne virksomheter.
3. KS har ansvaret for samle og mobilisere kommunal sektor
4. Staten er ansvarlig for utvikling og utprøving av tjenesten og for å støtte nasjonal innføring
5. Tiltakets egenart bestemmer omfang av statlig innføringsstøtte og koordinering
6. Bruke etablerte nettverk og samhandlingsfora



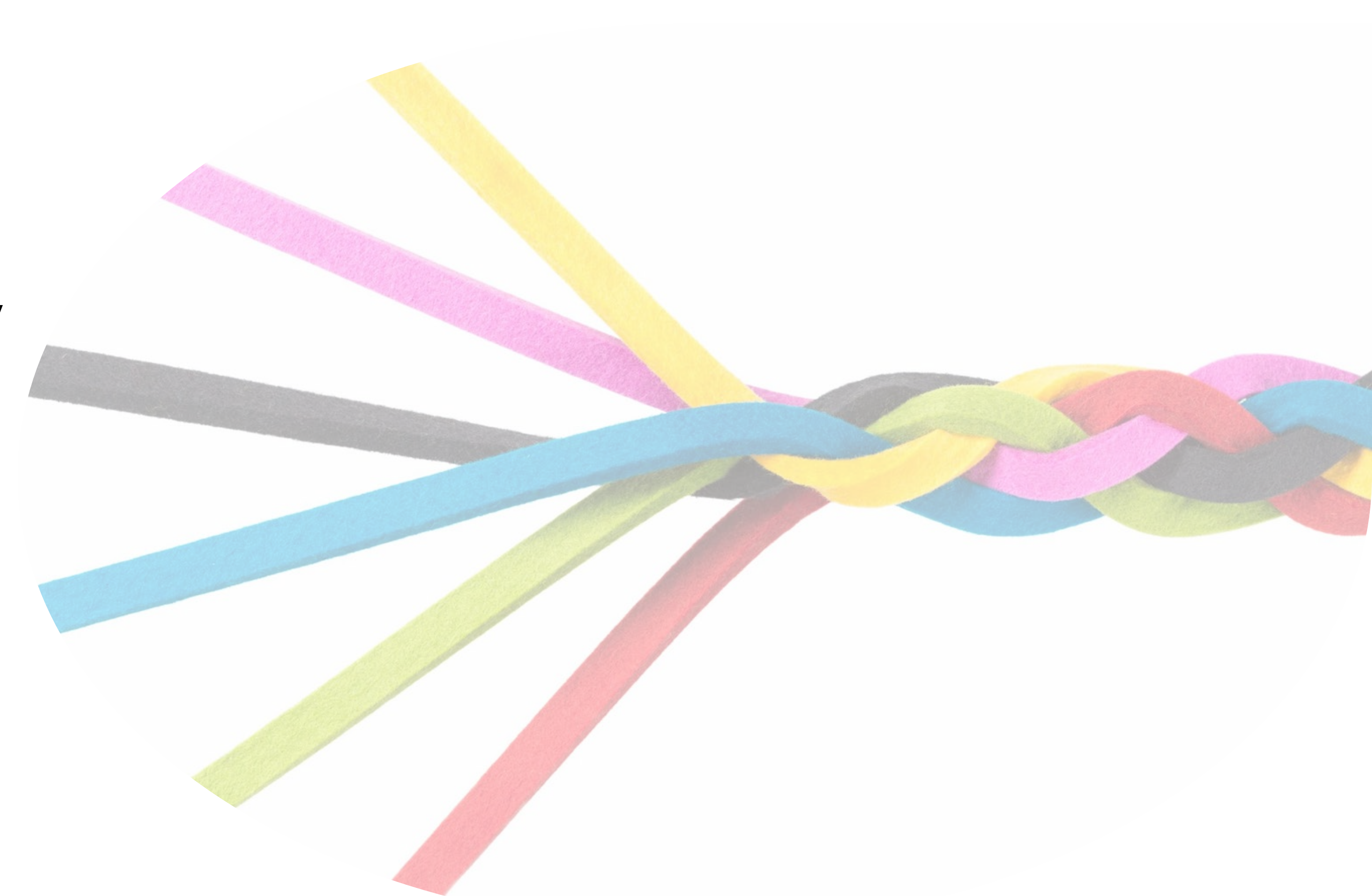
Gode forberedelser gir grunnlag for en vellykket nasjonal innføring

1. Sektor aktivt med i konsept- og planleggingsfase
2. Sektor deltar i prioriteringen av tiltak via nasjonal styringsmodell
3. Felles samstemte planer, nasjonalt og i sektor
4. Utprøving med et bredt spekter av sektor og reelle brukere
5. Endringsanalyser av regelverk, standarder, helsefaglige rutiner mm.
6. Innføringsplaner må hensynta aktørenes forutsetninger
7. Leverandørdialog og bestilling av endringer gjøres av helsevirksomhetene



Drøftinger

- Hvilke innspill har dere til foreslått ansvarsdeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger?



Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre anbefaler forslag til ansvarsdeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger.



Direktoratet for
e-helse

Sak 27/22: Vurdering av alternativer for felles styring av PLL og PDS

Om saken

- Direktoratet har programeierskapet for program digital samhandling (PDS) og Pasientens legemiddelliste (PLL)
- Fra og med 2023 vil PLL være en del av omfanget i PDS steg 2, og det er gjort en vurdering av hvordan dette arbeidet best bør organiseres. Arbeidet med alternativene har avdekket at
 - Det er få avhengigheter mellom programmene
 - Pasientens legemiddelliste og tilhørende tiltak (SFM, eMultidose og innføring) anses som fornuftig å organisere samlet
- Det er identifisert og vurdert 3 alternativer
 - Ett felles program
 - Porteføljeorganisering av tiltakene/samhandlingsområdene i steg 2 (PLL, dokumentdeling, kritisk info og digital hjemmeoppfølging)
 - Videreføring av 2 programmer (PLL og PDS) med mekanismer for samstyring

Oppsummering av vurdering

| Alt. 1 – felles program | Alt. 2 - porteføljestyring | Alt. 3 – 2 program med tillegg |
|---|--|---|
| <p>Fordeler</p> <ul style="list-style-type: none"> + Enhetlig og felles rapportering gjennom felles program + Et felles programstyre for aktørene i sektor | <p>Fordeler</p> <ul style="list-style-type: none"> + Enhetlig og felles rapportering gjennom styrket funksjon i direktoratet + Tydeliggjøring av hvilke beslutninger som fattes hvor + Et felles beslutningsnivå for steg 2 for aktørene i sektor | <p>Fordeler</p> <ul style="list-style-type: none"> + Kontinuitet ved å videreføre dagens strukturer, prosesser og kompetanse + Sikre fart og gjennomføringskraft + Bedrer dagens situasjon ved å styrke mekanismer for koordinering og samstyring |
| <p>Ulemper</p> <ul style="list-style-type: none"> - Få avhengigheter på tvers av programmene gjør at et felles program ikke er hensiktsmessig - Krever endringer i styring og organisering som vil kunne påvirke fart og gjennomføringskraft - Komplekst omfang som skal styres og det vil kunne være krevende å sette sammen et programstyre som har kunnskap og erfaring til å styre bredden i omfanget | <p>Ulemper</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krever endring i organisering og vil påvirke fart og gjennomføringskraft. Opparbeidet kompetanse og erfaring i sektor kan gå tapt. - «Timingene» for en omfattende omorganisering vurderes ikke som riktig på nåværende tidspunkt | <p>Ulemper</p> <ul style="list-style-type: none"> - To styrings- og rapporteringslinjer medfører behov for koordinering på tvers av programmene - To sektorsammensatte styringsgrupper med dels overlappende deltakelse, og i noen tilfeller lignende saker, kan oppfattes som lite hensiktsmessig |

For å sikre gjennomføringsfart anbefales det å videreføre dagens organisering med mekanismer for å sikre at PLL og PDS går i takt

1

Felles program

Samhandlingsområdene i steg 2 og resterende aktiviteter fra steg 1 organiseres i ett program med felles programstyre.

2

Porteføljestyling

Samhandlingsområdene organiseres som selvstendige prosjekter og et sektorsammensatt porteføljestyre vil være felles beslutningsnivå for initiativene i porteføljen.

3

To programmer med bedre mekanismer for samstyring

Dette alternativet er dagens organisering, men med flere mekanismer for samstyring med formål om å bedre ivareta helheten. Mekanismer for bedre samstyring vil være: koordinering av risiko og avhengigheter, helhetlig rapportering til departementet og samlet økonomioppfølging av satsingen.

Utover en forsterket funksjon for helhetlig oppfølging ser direktoratet på ytterligere mekanismer

Forslag til mulige mekanismer for bedre koordinering og samstyring:

Styrke plan- og budsjettprosessen

Årlige planer og budsjett for programmene vedtas i oktober, kan behandles i NUIT og prosessen drives av direktoratet. Samme prosess kan benyttes for å søke om og utløse usikkerhetsavsetning. Endringen vil kreve revidering av programstyrenes mandater.

Forankre prosesser

Omfang og planer, samt evt. sentrale styringsdokumenter for steg 3-n, skal behandles i NUIT og anbefales i NEHS.

Revidere mandater

Tydeliggjøre hvilke **beslutninger som tas hvor** og på hvilket nivå, ved at programstyrene er primært redskap for å sikre suksess innenfor gjeldende mandat og årlige rammer satt av f.eks. NUIT. Inkludert se på **timing** og **samkjøre saksunderlag** for begge programstyrene.

Koordinere sentrale aktiviteter

Sikre tilstrekkelig **koordinering** av innføringsstrategi, gevinstrealisering samt drift og forvaltningskostnader. F.eks. synliggjøre **felles innføringsplaner** per **region** eller **kommune** og at de som driver prosessene har tilstrekkelig kompetanse om alle løsninger som skal tas i bruk.

Prosess

| Hva og hvor | Når | Utfall |
|---|-----------------|---------------------------------|
| Diskusjon i programstyret for program digital samhandling (PDS) | 6. april | Støtte til foreslått alternativ |
| KS2-rapport for PDS steg 2 | 3. mai | Støtte til foreslått alternativ |
| Orienteringssak i NUIT om vurderingene med særskilt fokus på de kompensierende tiltakene for å sikre samstyring | 19. Mai | Støtte til foreslått alternativ |
|  Anbefaling til NEHS | 8. Juni | |
| Beslutning i Direktoratet for e-helse | 21. Juni (tent) | |

Forslag til vedtak

Direktoratet for e-helse tar innspillene fra Nasjonalt e-helsestyre med i beslutningsunderlaget som danner grunnlaget for direktoratets beslutning rundt organisering og styring av PDS og PLL fra 2023.



Direktoratet for
e-helse

Sak 29/22: Eventuelt



Direktoratet for
e-helse

Takk for i dag!

Neste møte i Nasjonalt e-helsestyre 20. – 21. september er i
Trondheim, Scandic Solsiden