

Møte i Nasjonalt e-helsestyre		
Møte	4/2021	
Dato	22. september 2021	
Tid	Kl. 09.00 – 15.00	
Sted	Verkstedveien 1, Skøyen	
Medlemmer	Inger Cathrine Bryne (Helse Vest RHF) Bjørn-Atle Hansen (Alta kommune) Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Kjell Wolff (Bergen kommune) Cecilie Daae (Helse Nord RHF) Lilly Ann Elvestad (FFO) Jan Frich (Helse Sør-Øst RHF) Mina Gerhardsen (Nasjonalforeningen for folkehelsen) Mariann Hornnes (Direktoratet for e-helse) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Jan Arild Lyngstad (Helsedirektoratet) Steffen Sutorius Gun Peggy Knudsen (Folkehelseinstituttet) (Digitaliseringsdirektoratet) Kristin W. Wieland (KS) Lill Sverresdatter Larsen (Norsk Sykepleierforbund) Svein Lyngroth (Oslo kommune) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune)	
Observatører	Johan Ronæs (Norsk Helsenett SF)	

Sak	Agenda Nasjonalt e-helsestyre	Tidspunkt	Sakstype
23/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden	09:00	Godkjenning
24/21	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helsestyre 10. juni 2021	09:03	Godkjenning
25/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse	09:05	Orientering
26/21	Videreutvikling av nasjonal styringsmodell for e-helse	09:25	Drøfting
27/21	Ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023	10:25	Drøfting
	Lunsj	11:25	
28/21	Steg 2 digital samhandling	12:10	Drøfting
29/21	Eventuelt	13:10	

Sak	Tema	Sakstype
23/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden.	
24/21	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helsestyre 10. juni 2021	Godkjenning
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner referatet fra ekstra møtet 10. juni 2021.	Vedlegg 1: Referat fra Nasjonalt e-helsestyre 10. juni 2021
25/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
	Direktoratet for e-helse vil orientere Nasjonalt e-helsestyre som status på følgende saker:	Vedlegg 2: Toppnotat Orientering fra Direktoratet for e-helse
	<ul style="list-style-type: none"> • Forvaltningsrapporten, Riksrevisjonsrapporten • Etterlevelsesrapporten, Riksrevisjonsrapporten • Pasientens legemiddelliste • Prinsipper for kobling mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet 	
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar sakene til orientering.	
26/21	Videreutvikling av nasjonal styringsmodell for e-helse	Drøfting
	Direktoratet for e-helse ønsker å drøfte med Nasjonalt e-helsestyre forslag til formål og hovedinnretning for nasjonal styringsmodell for e-helse.	Vedlegg 3: Toppnotat Videreutvikling av nasjonal

	<p>Det ønskes spesielt drøfting på følgende tema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vil de foreslåtte endringene i styringsmodellen være tilstrekkelig for å styrke gjennomføringsevnen og sikre en helhetlig og i størst mulig grad forpliktende e-helseutvikling? • Forslaget til E-helsestyrets rolle i styringsmodellen • Hvilke saker skal behandles i E-helsestyret, eksempelvis strategier, veikart og finansiering? • Hvilke strategiske saker kan eventuelt kun behandles i NUIT? • Stedfortrødere 	styringsmodell for e-helse
	<p>Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre drøfter saken og ber Direktoratet for e-helse ta med innspillene i det videre arbeidet.</p>	
27/21	Ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023	Drøfting
	<p>Nasjonalt e-helsestyre fikk 10. juni presentert mandat og gitt innspill til arbeidet med nasjonal e-helsestrategi for perioden fra 2023. I denne saken vil Direktoratet for e-helse:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentere et uttrekk fra 0.7 versjon av nåsituasjonsanalysen, 2. Drøfte ambisjon og innhente innspill til visjon for strategien. 3. Presentere videre plan for arbeidet med strategien <p>Vedlegg 4A «Ny nasjonal e-helsestrategi» er lenket opp til Nasjonalt e-helsestyre sine sider på ehelse.no her i agendaen og i toppnotatet.</p>	<p>Vedlegg 4: Toppnotat Ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023</p> <p>Vedlegg 4A: Ny nasjonal e-helsestrategi</p>
	<p>Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill mottatt i møtet i det videre arbeidet med nasjonal e-helsestrategi.</p>	
28/21	Steg 2 digital samhandling	Drøfting
	<p>Direktoratet for e-helse vil i møte orientere om status i prosjektet og videre prosess. Direktoratet ønsker å drøfte med Nasjonalt e-helsestyre strategisk konsekvens av omfang for steg 2, foreløpige vurderinger knyttet til gjennomføringsstrategi og styring.</p> <p>Vedlegg 5A «Prioritering av tiltak som en del av steg 2 i program digital samhandling» og vedlegg 5B «Tiltaksbeskrivelse av tiltak steg 2» er lenket opp til Nasjonalt e-helsestyre sine sider på ehelse.no her i agendaen og i toppnotatet.</p>	<p>Vedlegg 5: Toppnotat Steg 2 digital samhandling</p> <p>Vedlegg 5A: Prioritering av tiltak som en del av steg 2 i program digital samhandling</p> <p>Vedlegg 5B: Tiltaksbeskrivelser av tiltak steg 2</p>
	<p>Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering og ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeid.</p>	
29/21	Eventuelt	

Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre

<i>Møte</i>	3/2021	
<i>Dato</i>	10. juni 2021	
<i>Tid</i>	Kl. 10.00 – 13.00	
<i>Sted</i>	Videomøte	
Medlemmer		
<i>Til stede</i>	Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Jan Frich (Helse Sør-Øst RHF) Karl Vestli (Direktoratet for e-helse) Jan Arild Lyngstad (Helsedirektoratet) Gun Peggy Knudsen (Folkehelseinstituttet) Kristin W. Wieland (KS), til stede frem til kl. 12.00 Svein Lyngroth (Oslo kommune) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune)	Bjørn-Atle Hansen (Alta kommune) Kjell Wolff (Bergen kommune) ble med 1037 Lilly Ann Elvestad (Funksjonshemmedes Fellesforbund) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Steffen Sutorius (Digitaliseringsdirektoratet) Lill Sverresdatter Larsen (Norsk Sykepleierforbund)
<i>Ikke til stede</i>	Inger Cathrine Bryne (Helse Vest RHF) Cecilie Daae (Helse Nord RHF)	Mina Gerhardsen (Nasjonalforeningen for folkehelsen)
<i>Stedfortreder</i>	Erik Hansen (Helse Vest RHF) – for Inger Cathrine Bryne fra kl. 10.40 Bjørn Nilsen (Helse Nord RHF) – for Cecilie Daae fra kl. 10.30	Terje Wistner (KS) – for Kristin W. Wieland fra kl. 12.00
<i>Observatører</i>	Johan Ronæs (Norsk Helsenett SF)	
<i>Direktoratet for e-helse</i>	Hans Löwe Larsen Jon Helge Andersen Ivar Thor Jonsson Siv Ingebrigtsen	Sonja Turøy Brugman Karen Lima Marianne Bille

Sak	Agenda Nasjonalt e-helsestyre	Sakstype
15/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
16/21	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helsestyre 6. mai 2021	Godkjenning
17/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
18/21	Strategi digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren – tilslutning til første leveranse tiltaksoversikten	Tilslutning
19/21	Nasjonal e-helseportefølje – status og planer	Drøfting
20/21	Ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023	Drøfting
21/21	Strategiplan for digitalisering av legemiddelområdet	Drøfting
22/21	Eventuelt	

Sak	Tema
15/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden
	Det kom ingen innspill til innkalling og dagsorden.
	Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjente innkalling og dagsorden.
16/21	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helsestyre 6. mai 2021
	Det kom ingen innspill til referatet fra Nasjonalt e-helsestyre 6. mai 2021.
	Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjente referatet fra møtet 6. mai 2021.
17/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse

	<p>Direktoratet for e-helse orienterte Nasjonalt e-helsestyre om status på følgende saker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Status videreutvikling nasjonal styringsmodell • Riksrevisjonens rapporter • Forskningsprosjekt knyttet til styringsmodell på e-helseområdet
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tok sakene til orientering.</p>
18/21	<p>Strategi digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren – tilslutning til første leveranse tiltaksversikten</p>
	<p>Direktoratet for e-helse orienterte Nasjonalt e-helsestyre om arbeidet med utarbeidelse av Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren og ønsket tilslutning til tiltaksversikten som skal sendes til Helse- og omsorgsdepartementet 18. juni 2021.</p> <p>Direktoratet for e-helse orienterte om at tiltaket som gjaldt Normen som tilsynsgrunnlag for Helsetilsynet allerede var strøket i gjeldende versjon av tiltaksversikten.</p> <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nasjonalt e-helsestyre ga uttrykk for at tiltaksplanen for strategien var et godt rammeverk på et viktig område. • Sikkerhet er et vanskelig område for små virksomheter, som for eksempel fastleger. Tilrettelegging med hensyn til tidspunkt for opplæring er avgjørende for å lykkes med opplæringen av nyansatte på sikkerhetsområdet. • Innbyggerperspektivet ble etterlyst. Innbygger vil få en aktiv rolle i bruk av digitale verktøy fremover. Tilliten til digitale løsninger forutsetter at datasikkerhet er godt ivaretatt. Det ble også stilt spørsmål om hvordan man kan sikre at alle underleverandører ivaretar sikkerheten på en god måte. • Strategien er it-teknisk rettet. Kompetanse, rutiner, kultur og fokus på helsepersonellens bruk av systemene bør fremheves. • Det pågår arbeid med forbedring av innsynsløsninger, f.eks. statistisk logganalyse over oppslag i journal, flere steder i sektor. Det ble stilt spørsmål om Norsk helsenett SF bør få et koordineringsansvar for slike løsninger. • Strategien må henge sammen med beredskapsplanene for å sikre at man yter forsvarlig helsehjelp også ved bortfall av IKT. <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det ble uttalt at man ønsket fokus på sikker samhandling. Sikkerhetsproblemstillinger på tvers av virksomheter er viktige. Spesialisthelsetjenestens samhandling med kommunehelsetjenesten viser store forskjeller i hvor langt man har kommet i sikkerhetsarbeidet. Direktoratet for e-helse svarte at dette skal ivaretas i det videre arbeidet. • Det ble uttalt at sikkerhetsarbeid i primærhelsetjenesten er viktig. Sikkerhetsinfrastrukturen i kommunene går på tvers av fagområder og det er avgjørende at sikkerhetsplaner fra nasjonale myndigheter er godt koordinert og at overlapp unngås i størst mulig grad. Dette er tatt opp med regjeringen på politisk nivå. Mange av tiltakene i strategien retter seg mot virksomhetene underlagt Helse- og omsorgsdepartementet og gjelder derfor ikke for kommunene. Det bør imidlertid være tiltak også konkret rettet mot kommunene. Direktoratet for e-helse svarte at strategien gjelder for hele sektoren og mener det er presisert i tiltakene hvilke virksomheter tiltakene er relevante for. E-helse vil uansett samarbeide med KS/kommunene om tiltak som treffer kommunal sektor/primærhelsetjenesten slik at dette blir tydelig.

	<ul style="list-style-type: none"> Videre ble det stilt spørsmål om man skal føre tilsyn med utgangspunkt i Normen som er en veileder. Direktoratet for e-helse svarte at dette punktet etter innspill er fjernet fra tiltaksoversikten.
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tilsluttet seg at tiltaksoversikten utarbeidet i forbindelse med Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren som skal leveres til Helse- og omsorgsdepartementet 18. juni 2021 danner utgangspunkt for et videre arbeid hvor det vil komme en bred høringsrunde.</p>
19/21	Nasjonal e-helseportefølje – status og planer
	<p>Direktoratet for e-helse orienterte Nasjonalt e-helsestyre om status for nasjonal e-helseportefølje og om nasjonal e-helseportefølje for 2022. Videre ønsket Direktoratet for e-helse å drøfte utvalgte utfordringer i porteføljen.</p> <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> Det ble uttalt at det må skilles tydeligere mellom tiltakene som Direktoratet for e-helse har ansvar for og de resterende tiltakene i den nasjonale e-helseporteføljen. Direktoratet for e-helse bekreftet at de vil gjøre det tydeligere når Direktoratet for e-helse har eierskapet. <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> Det etableres et interimselskap for felles kommunal journal som skal ta utredningsarbeidet videre, ikke utvikle en plattform. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom nasjonale myndigheter og kommunal sektor. Ressurssituasjonen er krevende og ressurser fra Norsk helsenett SF, Direktoratet for e-helse og fra kommunene skal sammen sikre at arbeidet blir vellykket. Felles kommunal journal bør settes opp som egen sak på et senere møte i Nasjonalt e-helsestyre. Utfordringer i SAFEST blir håndtert av Statens Legemiddelverk og de regionale helseforetakene. Helse Midt-Norge RHF har en ledende rolle. Grunndata på legemiddelområdet er et komplekst område, som det er ønskelig at Direktoratet for e-helse har fokus på. Beredskapsperspektivet må bli ivaretatt og synliggjøres i veikartet. Når det gjelder NILAR er det et behov langt utover at helsepersonell skal ha tilgang til å gjøre oppslag. Det er også behov for dataflyt mellom løsninger for kommunene.
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tok status for nasjonal e-helseportefølje til orientering. Nasjonalt e-helsestyre ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
20/21	Ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023
	<p>Direktoratet for e-helse la frem plan for arbeidet med utvikling av ny e-helsestrategi.</p> <p>Direktoratet for e-helse ønsket innspill fra Nasjonalt e-helsestyre på følgende spørsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hvilke innspill har Nasjonalt e-helsestyre til plan for arbeidet med utvikling av ny e-helsestrategi? Hva er det viktigste en felles nasjonal e-helsestrategi skal bidra til i årene fremover? <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> Det ble gitt uttrykk for at det var viktig at arbeidet med ny e-helsestrategi ikke førte til at man mistet fokus på pågående tiltak. Direktoratet for e-helse svarte at arbeidet med e-helsestrategien dreide seg om å aktualisere og oppdatere nåværende e-helsestrategi og således bygge videre på den. Det er noe ulik bruk av begreper, så som strategiplan, strategi, handlingsplan og tiltak. Dette bør tydeliggjøres. Direktoratet for e-helse tok innspillet til følge. <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Nasjonalt e-helsestyre ga uttrykk for at e-helsestrategien er viktig for sektoren Det ble foreslått at e-helsestrategien skulle drøftes i en workshop i Nasjonalt e-helsestyre. Det må være tydelig hva Nasjonalt e-helsestyre må være spesielt oppmerksom på i e-helsestrategien. Innbyggerperspektivet er viktig. Det tar for lang tid før løsningene når innbygger. Det skyldes mange årsaker, blant annet finansiering. Det er viktig å være tydelig på hvilke mål denne strategien skal støtte. Dette vil gjøre e-helsestrategien tilgjengelig for flere. Det er viktig å ha fokus på helsepersonell og innbyggere i e-helsestrategien og at oversettelsen fra strategi til handlingsplan ble viktig. Kommunene er primært opptatt av gjennomføring av de tiltakene som hjelper dem til å levere bedre og mer effektive tjenester i driften, særlig da arbeidet med helhetlig plan og rammeverk for når hva kommer.
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill mottatt i møtet i det videre arbeidet.</p>
21/21	Strategiplan for digitalisering av legemiddelområdet
	<p>Direktoratet for e-helse ønsket å drøfte innretning på videre prosess for forankring av strategiplan for digitalisering av legemiddelområdet.</p> <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> Helse Vest RHF delte noen erfaringer fra arbeidet med Pasientens legemiddelliste i Bergen og Helse Vest RHF. Det arbeides smidig og tett og tverrfaglig med mange aktører. Det er bred klinisk involvering. Det er viktig at helsepersonell får innsikt i, ikke bare de langsiktige målene, men også hva som skjer påfølgende år. Videre må man være nøye med å skille mellom nasjonale tiltak og tiltakene som virksomhetene må gjøre selv for å digitalisere legemiddelområdet, som for eksempel digitalisering av kurve. Direktoratet for e-helse svarte at det jobbes for å synliggjøre tidlige gevinster slik at helsepersonell ser nytten av tiltakene. Arbeidet bør se på hva som skjer i sektor og involvere tidlig før målene settes. Direktoratet for e-helse uttalte at kjernegruppen har møter med sektor underveis. Målene blir ikke låst før det har vært en innspillsrunde. Det ble stilt spørsmål om relasjonen mellom sentralt styringsdokument for legemiddelprogrammet og strategiplanen. Direktoratet for e-helse svarte at strategiplanen dekker mer enn de tiltakene som tilhører legemiddelprogrammet. <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> I tillegg til Nasjonalt e-helsestyre kan den kommunale samstyringsmodellen også brukes til forankring i dette arbeidet. Forutsigbar finansiering er viktig. Det er også sentralt at arbeidsprosesser som endrer arbeidsmengden for helsepersonell tydeliggjøres. Det må ikke lages arbeidsprosesser som blir vanskelig å gjennomføre i praksis i en hektisk hverdag. Pasientsikkerheten må ivaretas i alle ledd. Innbyggerperspektivet må ivaretas i arbeidet. Dette er et viktig tema og man trenger en plan for realisering, ikke bare en strategiplan. Staten må prioritere midler og det må omfatte både spesialist- og primærhelsetjenesten
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
22/21	Eventuelt
	Det var ingen saker under eventuelt.

Til Møte 4/21
Dato 22.09.2021
Saksnummer 25/21
Type Orientering

Fra Karl Vestli
Saksbehandler Vibeke Jonassen Wang

Overskrift

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre tar sakene til orientering.

Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse ønsker å orientere Nasjonalt e-helsestyre om følgende saker:

- Forvaltningsrapporten, Riksrevisjonsrapporten
- Etterlevelsrapporten, Riksrevisjonsrapporten
- Pasientens legemiddelliste
- Prinsipper for kobling mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet

Bakgrunn

Direktoratet redegjør gjennom dette notatet for innholdet i sakene. I møtet vil direktoratet ha en kort presentasjon av sakene.

Forvaltningsrapporten, Riksrevisjonen

Direktoratet for e-helse har fått et tillegg til tildelingsbrev nr. 5 der Helse- og omsorgsdepartementet ber Direktoratet for e-helse om å prioritere pågående oppdrag og tiltak som er særlig relevante for oppfølging av Riksrevisjonens rapport.

De pågående oppdrag og tiltak det henvises til er blant annet forvalte og videreutvikle veikartet for nasjonale e-helseløsninger, forprosjekt digital samhandling, vurdering av sektorens utvikling av journal- og kurveløsninger, evaluere og videreutvikle den nasjonale styringsmodellen og anbefaling om bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften innen e-helseområdet.

Etterlevelsrapporten, Riksrevisjonen

Riksrevisjon har undersøkt anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse; [Rapportvedlegg 4 til Dokument 3:14 \(2020–2021\) \(riksrevisjonen.no\)](#). Riksrevisjonen konkluderer med at Direktoratet for e-helse har brutt anskaffelsesregelverket i flere kjøp av IT-konsulenttjenester, ikke har tilstrekkelig

kostnadskontroll i anskaffelsene og at det ikke er iverksatt tilstrekkelige tiltak for å redusere avhengigheten av enkeltkonsulenter og -leverandører.

Direktoratet tar kritikken på stort alvor. Forbedring av praksis på anskaffelsesområdet generelt og for konsulenttjenester spesielt er igangsatt og har høy prioritet. Internrevisjon av anskaffelsesområdet er gjennomført og en risiko- og sårbarhetsanalyse pågår. Det er utarbeidet flere nye retningslinjer og rutinene for kjøp av konsulenttjenester er videreutviklet. Oppfølging av anskaffelser og konsulentbruk skal få en mer sentral plass i virksomhetsstyringen. Det skal utarbeides en anskaffelsesstrategi og settes tydeligere mål for bruk av konsulenttjenester som supplement til interne fagmiljø. Den sentrale anskaffelsesfunksjonen er under utvidelse og internkontrollen på området skal styrkes. Flere aktiviteter knyttet til opplæring og kompetanseheving skal iverksettes for å sikre etterlevelse av anskaffelsesregelverket.

Pasientens legemiddelliste

Legemiddelprogrammet har skiftet navn til program pasientens legemiddelliste.

Utprøvingen i Helse Vest / Bergen kommune ferdigstiller teknisk løsninger før oppstart, som trolig blir i løpet av september. Kvaliteten på løsninger ved legekontor og sykehus må ha tilstrekkelig kvalitet før utprøving av nye arbeidsprosesser starter. Kompensasjon til fastleger for opprettelse av første PLL er drøftet med Legeforeningen gjennom sommeren og HOD ser nå på muligheter for å benytte Helfo-systemet til å administrere utbetaling fra prosjektet til fastlegene som deltar i utprøvingen.

3 av 6 leverandører har startet utprøving av elektronisk multidose. I Bergen planlegges innføring av elektronisk multidose sammen med pasientens legemiddelliste.

Kjernejournal innføres nå av alle kommunale EPJ-leverandører og over 50 kommuner har tatt den i bruk. En spørreundersøkelse viser at 9 av 10 helsepersonell som bruker kjernejournal mener den er nyttig.

Norsk Helsenett ferdigstiller nå første versjon (alfa) av brukergrensesnittet til sentral forskrivningsmodul. Her tilbys basis e-resept funksjonalitet. Neste versjon, som er planlagt levert ved årsskifte, vil inneholde multidose- og PLL-funksjonalitet.

Programmet vil etablere nasjonalt innføringsprosjekt i neste programstyre 13.oktober. Innføringsstrategi og overordnet plan for innføring vil drøftes med sektor denne høsten. Det foreslås å innføre pasientens legemiddelliste rundt nedslagsfeltet til hvert helseforetak med tilhørende kommuner. Det betyr 19 innføringsprosjekter der helseforetak, kommuner, legekontor og muligens apotek i området må koordinere felles oppstart og innføring.

Program Digital Samhandling steg 2 vil inkludere innføring av pasientens legemiddelliste i sitt styringsunderlag for å sikre realiseringen av programmet fra 2023.

Prinsipper for kobling mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet

Direktoratet for e-helse har fått et tillegg til tildelingsbrev nr. 3 der Helse- og omsorgsdepartementet ber Direktoratet for e-helse om å:

- 1) beskrive hvordan helse Midt-Norge RHF med utviklingen av Helsami vil imøtekomme kravene i foretaksprotokollen, herunder en konkret beskrivelse av hvordan innbyggerne i helse Midt-Norge med utviklingen av Helsami vil oppleve inngangen til offentlige helse- og omsorgstjenester på nett, og
- 2) komme med en nærmere beskrivelse av hvilke prinsipper direktoratet vurderer at skal ligge til grunn for koblingen mellom den offentlige innbyggerplattformen - Helsenorge og andre løsninger i

markedet, herunder regionale/lokale plattformer.

Leveranse 1) ble oversendt HOD 22. april 2021. For leveranse 2) har Direktoratet frist til 1. november. Del-leveranse 2 skal sees i sammenheng med direktoratets arbeide med utvikling av anbefaling om bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften på e-helseområdet, herunder forslag til prinsipper for bruk av markedet, som ble gitt i tildelingsbrev for 2021 (FIN oppdraget). Arbeidet skal utføres i samarbeide med Norsk Helsenett SF.

Saken i NEHS vil være en kort orienteringssak som fokuserer på innretning og status på arbeidet.

Til Møte 4/21
Dato 22.09.2021
Saksnummer 26/21
Type Drøfting

Fra Karl Stener Vestli
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

Videreutvikling av nasjonal styringsmodell for e-helse

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre drøfter saken og ber Direktoratet for e-helse ta med innspillene i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Hensikten er å drøfte forslag til formål og hovedinnretning for nasjonal styringsmodell for e-helse.

Det ønskes spesielt drøfting på følgende tema:

- Vil de foreslåtte endringene i styringsmodellen være tilstrekkelig for å styrke gjennomføringsevnen og sikre en helhetlig og i størst mulig grad forpliktende e-helseutvikling?
- Forslaget til E-helsestyrets rolle i styringsmodellen
- Hvilke saker skal behandles i E-helsestyret, eksempelvis strategier, veikart og finansiering?
- Hvilke strategiske saker kan eventuelt kun behandles i NUIT?
- Stedforfordreder

Bakgrunn

Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å levere et forslag til hvordan den nasjonale styringsmodellen for e-helse kan videreutvikles for å *ivareta helhetlig og i størst mulig grad forpliktende e-helseutvikling*. Arbeidet skal baseres på evaluering av dagens styringsmodell og gjøres i tett samarbeid med, og forankres hos aktørene i sektoren, og skal leveres innen 15. oktober.

Som en del av evalueringen gjennomførte Direktoratet for e-helse våren 2021 1-til-1 møter med medlemmene i Nasjonalt e-helsestyre. Tilbakemeldingene fra disse møtene, sammen med tilbakemeldinger som har kommet frem i omdømmeundersøkelsen for Direktoratet for e-helse 2020, Riksrevisjonens *Undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal* i juni 2021, samt direkte tilbakemeldinger gjennom møter i styringsmodellen, har gitt grunnlag for å utarbeide det overordnede utfordringsbildet, som vist under.

Utfordringsbildet og noen foreløpige forslag til endringer har i løpet av august blitt drøftet i separate møter med 1) statlige etater, 2) de regionale helseforetakene, 3) KS og kommuner, samt 4) fag- og interesseforeninger og pasient- og brukerforeninger.

Trenger vi en styringsmodell?

I dialogmøtene var alle medlemmene i Nasjonalt e-helsestyre samstemmige i at vi trenger en nasjonal styringsmodell for e-helse, og de har flere positive tilbakemeldinger om styringsmodellen:

- Målsettingen bak Nasjonalt e-helsestyre er god og nødvendig
- Styringsmodellen har blitt veldig bra. Det er en god mekanisme for å samkjøre og koordinere, og til å få mange aktører til å gå i samme retning.
- Det er viktig å ha en arena på toppledernivå
- Det er viktig at vi som skal finne løsninger sammen sitter rundt samme bord. Vi blir klokere på hverandres virkelighet når vi gjør det.
- Det er flere viktige saker som er felles for hele sektoren, og da er det viktig å ha en arena hvor alle møtes
- Å ha et organ som tar styring på prioriteringer er helt avgjørende for å lykkes med felles kommunal journal

Hva denne styringsmodellen skal være og hvordan den skal fungere, var det derimot vært mange meninger om.

Overordnet utfordringsbilde

Nasjonal styringsmodell for e-helse er ikke en reell styringsmodell. Den oppleves kun som en rådgivende struktur for Direktoratet for e-helse for faglig og strategisk forankring. Nasjonalt e-helsestyre oppfattes som et styre hvor medlemmene ikke har en reell påvirknings- eller beslutningsmyndighet.

Å bedrive samstyring er krevende når fullmaktene ligger i de enkelte kommunene og hos de fire regionale helseforetakene.

Det oppleves at det er få tilslutnings- og drøftingssaker i Nasjonalt e-helsestyre, mest orienteringer. Det blir også påpekt at det ikke er tilstrekkelig med strategiske saker. Prinsipielle saker må behandles i Nasjonalt e-helsestyre.

Det er uklart for medlemmene hva en tilslutning i styringsmodellen faktisk innebærer, og hva som er konsekvensen av vedtak som fattes i de ulike utvalgene. Det er ønskelig med mer åpenhet rundt prosessene etter at en sak er behandlet i styringsmodellen. Det vil i større grad skape tillit til modellen.

Det er viktig å ha tid nok til å kjøre forankrings- og modningsprosesser i forkant av en tilslutning. Det er til tider ikke tilstrekkelig tid til forankring hos aktørene i forkant av møtene i styringsmodellen, etter at sakspapirene er sendt ut. Styringsmodellen kan også involveres på et tidligere tidspunkt i enkelte saker, og ikke vente helt til medlemmene skal gi sin tilslutning. Dette er spesielt viktig for kommunesektoren for lettere å kunne få forpliktende vedtak i kommunene.

Det er krevende å finne riktig måte å involvere og forankre saker ute i kommunene. Det er viktig at bredden av kommunesektoren blir hensyntatt i en nasjonal styringsmodell. Det er mange nivåer internt i alle kommunene, og to kommuner er ikke like. Kommunene har behov for å se hele bildet på tvers av sektorer. Lokaldemokratiet står sterkt i Norge, og det må respekteres.

Kommunal sektor må sikres en sterkere innflytelse på de påfølgende beslutningsprosessene i departementet rundt nasjonale e-helseløsninger, spesielt der disse har avhengigheter til kommunenes tjenestetilbud eller løsninger, inklusive felles kommunal journal og Helseplattformen.

Det oppleves som uklare grenser mellom ulike styrer, utvalg og råd som Nasjonalt e-helsestyre, NUIT, NUFA, programstyrer og områdeutvalg. Sektoren kan ha begrenset kapasitet, noe som kan gjøre det utfordrende å bidra i alle aktuelle fora.

Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Direktoratet for e-helse bør jobbe tettere sammen for å få helheten tydeligere frem på de sakene som løftes inn i møtene.

Myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse etterlyses i forhold til styringsmodellen.

Det blir stilt spørsmål ved hvorfor det ikke tillates stedfortredere i Nasjonalt e-helsestyre.

Forslag til formål og hovedinnretning for nasjonal styringsmodell

Det overordnede utfordringsbildet har blitt benyttet som grunnlag for forslag til hovedinnretning for den reviderte styringsmodellen.

Det foreslås å tydeliggjøre at styringsmodellen er en rådgivende styringsmodell hvor sektoren gir sin tilslutning til strategiske saker innen e-helse. Det foreslår å endre navn fra Nasjonalt e-helsestyre til Nasjonalt e-helseråd for å tydeliggjøre dette.

Alle aktørene bør bringe inn sine strategiske e-helse initiativ til styringsmodellen. De regionale helseforetakene, kommune og helseforvaltningen jobber alle med strategier og tiltak som har betydning på tvers av forvaltningsnivåer eller nasjonalt nivå. Det foreslås også at Direktoratet for e-helse tar en koordinerende rolle overfor Helsedirektoratet, Folkehelsedirektoratet, Digitaliseringsdirektoratet og Norsk helsenett SF, for å bedre få frem helheten på enkelte saker som løftes inn i styringsmodellen.

Direktoratet for e-helse deltar i utvalgene på lik linje med de andre aktørene, og har i tillegg ansvar for sekretariatet som også fasiliterer prosesser knyttet til utvalgsmøtene. Direktoratet har nasjonal myndighet og premissgiverrolle på e-helseområdet og skal være en pådriver i utviklingen av digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren¹.

Ambisjonen er å få flere tilslutningssaker² og færre orienteringssaker i utvalgene. Enhver tilslutningssak skal tydeliggjøre hvilke konsekvenser og forpliktelser saken vil medføre for aktørene. Konsekvensene må tydeliggjøres i saksunderlaget, slik at medlemmene kan forankre dette i forkant. Det skal i styringsmodellen tas hensyn til kommunenes og helseforetakenes særskilte behov og strategiske planer.

Styringsmodellen skal fortsatt være konsensusbasert. En konsensusbasert styringsmodell innebærer ikke at det alltid må oppnås enighet mellom alle aktørene i de enkelte sakene, men eventuelle uenigheter må komme tydelig frem og bli dokumentert. En tilslutning i Nasjonalt e-helsestyre, der en samlet sektor stiller seg bak en anbefaling, vil være en tydelig anbefaling for Helse- og omsorgsdepartementet i deres videre arbeid.

¹ [Tillegg til tildelingsbrev nr. 15 2018 Ny e-helseorganisering - tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse Versjon 1.0](#)

² En tilslutning blir av Språkrådet definert som *oppslutning*. I nasjonal styringsmodell kan dette være å stille seg bak eller si seg enig i en anbefaling, en strategi, prioriteringer i et veikart, nasjonal e-helseportefølje mv.

Dette kan også være et godt grunnlag for KS, når saker bringes inn i konsultasjonsordningen. I henhold til regjeringens digitaliseringsstrategi *Én digital offentlig sektor (2019-2025)* vil regjeringen i samarbeid med KS utarbeide retningslinjer med felles prinsipper for når og hvordan kommunal sektor skal involveres i statlige beslutninger som omhandler digitalisering og som berører kommunesektoren. Regjeringen vil videre etablere arenaer innenfor konsultasjonsordningen for å følge opp digitaliseringstiltak som berører kommunal sektor, inkludert tiltak i digitaliseringsstrategien.

Følgende formål forslås for styringsmodellen:

Formålet med nasjonal styringsmodell for e-helse er å samle de sentrale aktørene i helse- og omsorgssektoren om en felles utviklingsretning, innsats og måloppnåelse for e-helse

Direktoratet for e-helse anbefaler å beholde strukturen med en tredelt styringsmodell, men med noen endringer. Mandatene må tydeliggjøres og spisses.

Den tredelte modellen ønskes opprettholdt for å sikre at styringsmodellen omfatter bredden i e-helseutviklingen; strategier, målbilder, finansiering, teknologi, utvikling, arbeidsprosesser, faglige problemstillinger mv. Både beslutningstakere og fagpersoner på ulike nivå hos aktørene bør være representert. Evalueringen viste at ønsket om å beholde et topplederforum står sterkt. NUFA vurderte egen rolle i NUFA-møtet 1. september. De oppfatter NUFA positivt som en arena for orientering, drøfting og koordinering innen fag og arkitektur, men det er et potensiale for å hente ut mer. NUIT vil vurdere egen rolle i NUIT-møtet 15. september.

Følgende formål foreslås for de tre utvalgene i styringsmodellen:

Nasjonalt e-helseråd Topplederutvalget	Formålet med Nasjonalt e-helseråd er nasjonal samordning og en helhetlig og forutsigbar e-helseutvikling. Nasjonalt e-helseråd er det strategiske rådet for veivalg innen e-helse.
NUIT *) Prioriteringsutvalget	Formålet med NUIT er å prioritere og styrke gjennomføringsevnen av e-helseutviklingen, samt gi råd og anbefalinger i strategiske spørsmål. NUIT skal følge opp gjennomføring av nasjonal e-helseportefølje og veikart, samt anbefale strategiske tema til Nasjonalt e-helseråd.
NUFA *) Fagutvalget	Formålet med NUFA er å gi råd og anbefalinger i sentrale problemstillinger innen e-helse. NUFAs råd skal ivareta innbyggerens og helse- og omsorgssektorens behov.

*) Eventuelle nye navn er foreløpig ikke vurdert

Nasjonalt e-helseråds rolle

Det er en målsetning at Nasjonalt e-helseråd skal behandle strategiske saker. Eksempler på dette er strategier, målbilder og veikart og prioriteringer knyttet til dette, finansiering, andre prinsipielle strategiske saker, samt kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene.

Det foreslås at alle aktørene bringer inn strategiske saker til styringsmodellen, herunder planer, tiltak og/eller investeringer knyttet til digitalisering og saker som har prinsipiell eller nasjonal betydning. Dette gjelder eksempelvis virksomhetenes digitaliseringsstrategier og planer, samt strategiske, prinsipielle

spørsmål knyttet til tiltak som omfatter ulike forvaltningsnivå, som Helseplattformen og Felles kommunal journal.

Det foreslås at NUIT får en rolle med å anbefale saker til Nasjonalt e-helsestyre. I tillegg foreslås det at NUIT får et selvstendig ansvar for å behandle noen av de strategiske sakene, uten at disse løftes til Nasjonalt e-helseråd (se forslag til NUITs rolle under).

I henhold til dagens mandat skal Nasjonalt e-helsestyre avholde møter etter behov, normalt fire møter hvert år. Det kan vurderes å redusere dette til to eller tre møter i året.

Det foreslås å tillate faste stedfortredere i Nasjonalt e-helseråd. Men ettersom det er viktig med en arena på toppledernivå, bør det unngås at det blir en fast praksis å stille med vara.

Det er flere aktører som ønsker å bli representert i Nasjonalt e-helseråd. Dette må vurderes.

NUITs rolle

For å styrke gjennomføringsevnen av e-helseutviklingen foreslås det at NUIT får et spesielt ansvar for å følge opp gjennomføring av nasjonal e-helseportefølje og veikart. Det foreslås at NUIT får ansvaret med å behandle status og utfordringer knyttet til e-helseporteføljen. Spesielt viktig er det å sikre leveranser som mange er avhengig av. Det må også vurderes hvilken rolle NUIT skal ha knyttet til nasjonal arkitekturstyring.

NUIT anbefales å få en strategisk rolle med å forberede og anbefale saker til Nasjonalt e-helseråd.

Det er ønskelig at alle aktørene bringer inn strategiske saker til styringsmodellen, og det foreslås at NUIT får et spesielt ansvar for dette. Dette kan være saker som kun skal behandles i NUIT, eller som anbefaling av saker til Nasjonalt e-helseråd.

NUIT skal også gi råd og anbefalinger i strategiske spørsmål.

NUFAs rolle

NUFA består av representanter innen helsefag og arkitektur, som gir råd og faglige vurderinger knyttet til e-helse. Det foreslås at NUFA i hovedsak består som i dag. NUFAs råd skal ivareta innbyggerens og helse- og omsorgssektorens behov.

Det foreslås at forskningsmiljøene også blir representert i NUFA.

Videreutvikling av styringsmodellen ble drøftet i NUFA 1. september. NUFA ble bedt om innspill på den foreløpige anbefalingen om at NUFA videreføres som et faglig utvalg, i hovedsak som i dag.

Noen av NUFAs tilbakemeldinger er oppsummert under. Flere av disse omhandler prosesser og gjennomføring av møtene, og ikke nødvendigvis NUFAs mandat:

- Det blir for liten tid til diskusjon i møtene i NUFA. Det er ønskelig at NUFA får saksunderlaget tidligere slik at man kan bruke mer av tiden i møtet til diskusjoner. Får vi ikke tid til å diskutere sakene får vi heller ikke muligheten til å gi nødvendige og viktige innspill.
- Når sakene også drøftes i andre styre og utvalg, må innspillene bli videreført inn i styringsmodellen. Dette er ikke alltid tilfelle nå.
- Det å få anledning til å drøfte strategisk i et fagutvalg er bra, men det er for lite innflytelse på prosessene da det er et rådgivende utvalg.
- Navnet nasjonal styringsmodell gir et feil bilde av hva det er. Det er et rådgivende organ.

- Hvis vi får et sterkt styringssignal i et av de andre utvalgene så er det vanskelig å behandle det videre i styringsmodellen. Kan styringsmodellen effektiviseres, og sørge for at det prosesseres i medlemmers egen virksomhet?
- Relasjonen mellom Direktoratet for e-helse og Helse- og omsorgsdepartementet bør tydeliggjøres.
- Vi operer i en kompleks verden med mange relasjoner. Vi bruker tid og ressurser på analyser og planlegging, men vi bør gjøre mer og diskutere konkrete ting.
- Det er bra med et bredt spekter av deltakere i styringsmodellen, det er en verdifull representasjon.
- Det er nyttig at det finnes organer som styringsmodellen hvor vi møtes og orienteres om hva vi kan forvente oss ute på legekantorene fremover.
- Gjennom styringsmodellen får vi innspill på hva som rører seg i andre organisasjoner, noe som er viktig. Det er et større potensiale til å hente ut mer.
- Saker som savnes i styringsmodellen er blant annet det som aktørene kjenner til daglig av utfordringer. Vi må ofte gå via Helse- og omsorgsdepartementet eller et områdeutvalg for å få diskutert detaljene. Detaljene forsvinner ofte litt i det store bilde.
- NUFA er imponerende med et enormt omfang, men sakene er vanskelig å angripe.
- Hvordan få de riktige miljøene til å involvere seg i styringsmodellen?
- Det er ønskelig at sakene merkes og grupperes mer slik at man kan forberede seg bedre til møtene.
- Det å gi forpliktende vedtak krever en beslutningsmyndighet fra egen styringslinje. Det å gi tilslutning er en omfattende prosess, men det øker verdien av styringsmodellen.
- Saksunderlaget er ikke satt i kontekst med hva vi skal bygge. Saksbehandlingen oppleves fragmentert og litt i silo. Vi ser ikke det store bildet.
- Hvor den endelige beslutningen blir tatt er hensiktsmessig å vite når vi diskuterer saker i styringsmodellen. Det bør tydeliggjøres om man representerer seg selv og sin kompetanse eller sin organisasjon
- Bør styringsmodellen få nytt navn?

Andre styrer og utvalg

Program- og prosjektstyrer er primær styringslinje for programmer og prosjekter, og fortsetter som i dag. De etableres og legges ned av program- eller prosjekteier etter behov, og behandler saker knyttet til programmets/prosjektets innhold og omfang, som er dokumentert i programmet/prosjektets styringsdokumentasjon. De fleste aktører i sektoren eier programmer og prosjekter i den nasjonale e-helseporteføljen, som rapporteres i nasjonal styringsmodell. Nasjonal styringsmodell behandler status og utfordringer i den nasjonale e-helseporteføljen. Fokus er på utfordringer med fremdrift og kvalitet opp mot nasjonal e-helsestrategi og veikart, samt samfinansiering. Spesielt viktig er det å sikre leveranser som mange er avhengig av. Som nevnt over foreslås det at denne behandlingen gjøres i NUIT. Problemstillinger som blir diskutert må tas videre av program-/prosjekteier.

Områdeutvalgene ble foreslått etablert for å understøtte den nasjonale styringsmodellen. Områdeutvalg digital samhandling ble etablert i februar 2020. Det er ikke etablert flere utvalg etter dette. Områdeutvalg digital samhandling er nå programstyre for program digital samhandling. Medlemmene har selv foreslått at områdeutvalget legges ned, og at kun programstyret opprettholdes. Direktoratet ønsker fortsatt å kunne etablere uformelle fagnettverk etter behov, men uten at de er knyttet til nasjonal styringsmodell slik områdeutvalget var. Eksempler på denne type faglige arenaer er Nasjonal arena for fag- og interesseorganisasjoner (NAFI) og EPJ-leverandørarena.

Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger er nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet og fortsetter som i dag. Teknisk beregningsutvalg kommer i tillegg til og supplerer den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Sektorens forslag til prioriteringer skal foregå gjennom den nasjonale styringsmodellen, mens beregningsutvalget vil vurdere og kvalitetssikre kostnader knyttet til forvaltning og drift av disse prioriteringene.

Videre prosess

NUIT skal drøfte videreutviklingen av nasjonal styringsmodell, herunder forslag til egen rolle, i NUIT-møtet 15. september. Tilbakemeldingene fra NUIT vil bli ettersendt til Nasjonalt e-helsestyre.

Basert på evalueringen og innspillene vi mottar i prosessen, vil direktoratet innen 15. oktober utarbeide et sett med anbefalinger, samt forslag til reviderte mandater for de nasjonale utvalgene. Dette vil sendes på høring før endelige mandat utarbeides og vedtas. Rapporten vil også omtale andre tiltak som bør gjennomføres for å svare ut utfordringsbildet, men som ikke nødvendigvis medfører endringer i mandatene.

Til Møte 4/21
Dato 22.09.2021
Saksnummer 27/21
Type Drøfting

Fra Karl Stener Vestli
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

Ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill mottatt i møtet i det videre arbeidet med nasjonal e-helsestrategi.

Hensikt med saken

Nasjonalt e-helsestyre fikk 10. juni presentert mandat og gitt innspill til arbeidet med nasjonal e-helsestrategi for perioden fra 2023. I denne saken vil Direktoratet for e-helse:

1. Presentere et uttrekk fra 0.7 versjon av nåsituasjonsanalysen, som er en del av kunnskapsgrunnlaget for ny nasjonal e-helsestrategi, oppsummert i:
 - Læring fra og vurdering av eksisterende strategi (status)
 - SWOT-analyse, en oppsummering av nåsituasjonsanalysene i styrker og svakheter, muligheter og trusler for e-helseområdet
2. Drøfte ambisjon og innhente innspill til visjon for strategien. Det er i dag mange ulike førende sentrale dokumenter og strategier som aktørene i helse- og omsorgssektoren må forholde seg til. Hvilken rolle/ambisjon mener Nasjonalt e-helsestyre at e-helsestrategien for helse- og omsorgssektor skal fylle og hvilken visjon bør settes for strategien?
3. Presentere videre plan for arbeidet med strategien

I [vedlegg 4A Sak 27-21 Ny nasjonal e-helsestrategi](#) gjenfinnes foiler som refereres til for punkt 1 og 3

Bakgrunn

Eksisterende nasjonal e-helsestrategi gjelder for perioden 2017-2022. Den ble utformet i samarbeid med sentrale aktører i helse- og omsorgssektoren og tilsluttet i Nasjonalt e-helsestyre. Nasjonal e-helsestrategi er helse- og omsorgssektorens felles strategi på e-helseområdet. Strategien skal gi felles retning og mål for helse- og omsorgssektoren, og være førende for veivalg og prioriteringer innen digitalisering. Arbeidet med å utvikle en strategi, gjeldende fra 2023 har startet gjennom utarbeidelse av kunnskapsgrunnlag for strategiutviklingen. Mål- og strategiutvikling vil starte i løpet av høsten 2021 og strekke seg utover i 2022.

Oppdatert kunnskap som grunnlag for mål- og strategiutvikling

Digital transformasjon må til for å skape bærekraftige helse- og omsorgstjenester med utgangspunkt i innbyggernes og tjenestenes behov, roller og ansvar. Måten oppgaver løses på må endres. Sektoren må i større grad tenke på tvers av tjenestenivåer og samarbeidsformer må endres. Tjenestene må innoveres og teknologi må understøtte innovasjon og endringsprosesser. Koronapandemien har vist at en krise kan føre til økt nyskapning og innovasjon. Sektoren har tilegnet seg en kompetanse som er viktig å ta med seg i digitaliseringsarbeidet videre. Digitaliseringen har skutt fart og ført til vekst i både bruk og tilbud av digitale helsetjenester og selvbetjeningsløsninger.

Om innholdet i Kunnskapsgrunnlag nåsituasjon V.0.7

Kunnskapsgrunnlaget skal bestå av to hoveddeler; en nåsituasjonsanalyse og en scenarioanalyse (arbeidet gjennomføres høst 2021). Dette dokumentet omhandler nåsituasjonsanalysen.

Nåsituasjonsanalysen v 0.7 utgjør foreløpig funn, og bygger på analyser av e-helseområdet i Norge, fra ulike perspektiver. Nåsituasjonsanalysen baserer seg på en kombinasjon av skrivebordsanalyser, intervjuer, spørreundersøkelser og workshops med representanter fra NUFA, NUIT, interesse- og fagorganisasjoner, representanter fra helsetjenesten, næringsliv, forskning m.fl. Formålet er å redegjøre for hvordan e-helseområdet ser ut i dag, og hva det gir som utgangspunkt for ny strategiperiode og de strategiske valgene som skal fattes. Den dekker følgende:

- Føringer for e-helseområdet
- Læring fra og vurdering av eksisterende strategi
- Internanalyse
- Omverdensanalyse
- Brukerbehov
- Bærekraft på e-helseområdet
- Effekter av koronapandemien

For å ha et kortfattet, felles utgangspunkt for forståelsen av nåsituasjonen, har vi oppsummert nåsituasjonsanalysen i bl.a. to sentrale vurderinger som er beskrevet ytterligere under: 1) Vurdering av overordnet status for eksisterende strategi, og 2) SWOT-analyse (aggregert oversikt over områdets styrker, svakheter, muligheter og trusler).

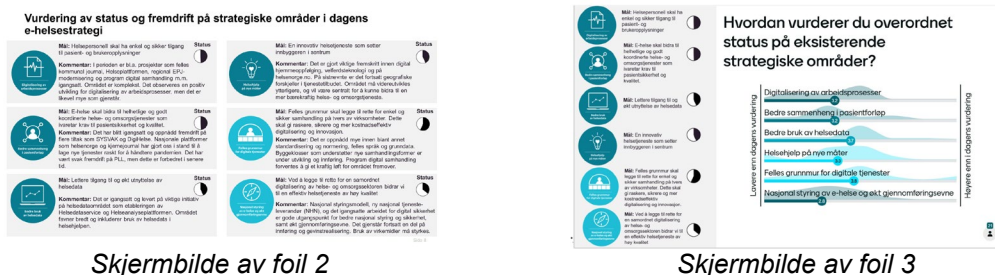
1. Presentere et uttrekk fra 0.7 versjon av nåsituasjonsanalysen

Læring fra og vurdering av eksisterende strategi (status)

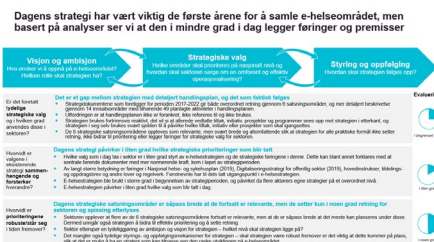
For å vurdere dagens strategi har vi gjort to ulike analyser; 1) overordnet status på strategiske områder og 2) hvordan dagens strategi brukes.

For vurdering på strategiske områder har vi ikke i dag en helhetlig og konkret måte å evaluere måloppnåelse på eksisterende strategi. I tillegg er det ikke satt tydelige måltall, noe som gjør at «målstrekene» er noe flytende. For å kunne «oppdatere og aktualisere» strategien, er det viktig at vi har en formening om måloppnåelse på eksisterende strategi. Av den grunn er det gjort en kvalitativ vurdering basert på ulike kilder på overordnet status og fremdrift på de seks strategiske områdene. Hovedkildene har vært «Strategisk analyse 2019-2020», e-helsemonitor og strategiske indikatorer, nasjonal e-helseportefølje, veikart og tilhørende rapporter samt utviklingstrekkrapporten. I tillegg har vi innhentet kunnskap fra fagmiljø og fra årsrapport for Direktoratet for e-helse. Det er mange elementer å hense på som tidvis vil peke i noe ulik retning med tanke på hvor langt man er kommet i å nå målet, slik at vurderingen må sees som en indikasjon. I figuren under ser dere den overordnede oppsummeringen i tekst, samt et kakediagram der det sorte området markert i kakediagrammet representerer vurdering av fremdrift. Figuren er å finne i vedlegg, foil 2, for lesbarhet.

Vurderingen i underlaget ble presentert og gitt innspill på i NUFA 2. september. Overordnet var NUFA relativt enig i vurderingene som ble gitt i underlaget, men indikerte generelt sett at status på fremdrift var noe optimistisk, og mente at den burde ligge noe lavere (se diagram under; karakter 4 indikerer enighet med dagens nivå i kakediagrammene). Spesielt området Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne ble vurdert til å ha lavere fremdrift enn i underlaget. Figuren er å finne i vedlegg, foil 3, for lesbarhet.



Basert på intervjuer og workshops med sektor, og spørreundersøkelse blant ansatte, har vi vurdert i hvilken grad strategien fortsatt står seg i dag (er robust). En slik vurdering er nyttig å ha med oss før vi går over til å drøfte rolle/ambisjon for strategien. Figuren er å finne i vedlegg, foil 4, for lesbarhet.



Skjerm bilde av foil 4

Oppsummering av nåsituasjonsanalysen (SWOT)

De viktigste funnene fra de ulike nåsituasjonsanalysene er kategorisert og oppsummert i styrker, svakheter, muligheter og trusler (SWOT-diagram). Dette er en oppsummering av nåsituasjonen i sin helhet, inklusive føringer, læring, internanalyse, omverdensanalyse, brukerbehov, bærekraft på e-helseområdet og effekter av koronapandemien. Oppsummeringen er et av flere sentrale verktøy i den videre utviklingen av ny strategi, da ny strategi bør forsøke å utnytte styrkene, minimere eller eliminere svakhetene, dra nytte av mulighetene og ruste oss for å tåle eventuelle trusler. Det er viktig at SWOT-oppsummeringen er et resultat av flere analyser, og ikke av enkeltvurderinger.

NUFA og NUIT ble bedt om å gi innspill på følgende:

Er det noe som oppleves unyansert, mindre relevant, eller annet som mangler?

NUFA og NUIT var enig i hovedbudskapene presentert gjennom SWOT-analysen, men hadde enkelte innspill til både formuleringer og forslag til supplement som strategigruppen tar med som innspill i videre bearbeiding av SWOT. Innspillene skal bearbeides, og en oppdatert SWOT vil ettersendes til Nasjonalt e-helsestyre innen 15. september 2021.

2. Drøfte ambisjon og innhente innspill til visjon for strategien.

En del fundamentale dilemmaer og spørsmål skal avklares utover høsten, hvor vi starter med å avklare ambisjon og visjon for strategien. Nasjonal e-helsestrategi omfatter et helt område på tvers av en stor og kompleks sektor. Av den grunn er det nødvendig å starte med å avklare ambisjon for strategien.

Ambisjon

Direktoratet for e-helse ønsker å drøfte med hvilken rolle/ambisjon e-helsestrategien skal fylle. Det foreligger i dag svært mange føringer og styringslinjer som aktørene i sektoren må forholde seg til, og spørsmålet blir blant annet hvordan e-helsestrategien skal knytte disse sammen og samtidig bringe ytterligere merverdi. Underveis i arbeidet har det også kommet opp mange spørsmål knyttet til dette. For å avklare ambisjon med strategien er det flere avveininger som må gjøres, bla.:

1. Skal strategien ha en ambisjon som strekker seg lengre enn eksisterende politiske føringer pr. i dag gjør, dvs. spille en aktiv rolle og sette tydelig retning og påvirke e-helseutviklingen fremover eller skal den innta en mer reaktiv rolle og sammenstille og understøtte eksisterende føringer?
2. Skal strategien være bred eller spisset; dvs skal den ha flere, bredt formulerte strategiområder som favner helhetlig bredt, eller skal den prioritere tydeligere, og derfor ha færre, utvalgte og mer spissede områder?
3. Hvor dynamisk skal strategien være? Skal det legges til grunn at den skal oppdateres og justeres oftere, eller skal strategien legge føringer og mål som ligger fast og gjelder for en lengre periode?

Ut fra disse dilemmaene ønsker Direktoratet for e-helse å diskutere hvor ambisjonen til e-helsestrategien bør ligge. Vi vil legge opp til en diskusjon i møtet med utgangspunkt i de tre dilemmaene over.

Visjon

I tillegg til å enes om ambisjon, er det i arbeidet med å oppdatere og aktualisere ny nasjonal e-helsestrategi behov for å enes om en visjon på e-helseområdet; en overordnet formulering av hva man ønsker å oppnå. Gitt dagens organisering av helse- og omsorgssektoren er dette spesielt viktig for å sørge for at aktørene drar i samme retning. En visjon vil kunne bidra til å sette det langsiktige perspektivet, og vil være viktig i det videre arbeidet med strategiske valg og målformuleringer.

Visjonen for nasjonal e-helsestrategi må sees i sammenheng med visjoner på andre områder, herunder helse- og omsorgssektoren som helhet, digitalisering i offentlig sektor og andre tematiske områder innenfor e-helse. Samtidig bør visjonen være eksplisitt for e-helse, og tydeliggjøre en fremtidsvisjon fra e-helseperspektivet.

Eksempler på visjoner:

- Digitaliseringsstrategien: Enklere hverdag for innbyggere og næringsliv
- Helse Sør-Øst: Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det
- Bærum kommune: Sammen skaper vi fremtiden – mangfold, raushet, bærekraft
- Google: To organize the world's information and make it universally accessible and useful.
- Tesla: To accelerate the world's transition to sustainable energy.

Direktoratet ønsker å fasilitere en diskusjon med nasjonalt e-helsestyre for å få innspill på fremtidig visjon for e-helseområdet.

3. Presentere videre plan for arbeidet med strategien

Arbeidet med utvikling av ny e-helsestrategi skjer i 2021 og 2022. I 2021 vil det jobbes med å få på plass et oppdatert kunnskapsgrunnlag med nåsituasjonsbeskrivelse, strategisk analyse og fremtidsmålbilder (scenarier). **Kunnskapsgrunnlaget** skal ferdigstilles i desember 2021. Nåsituasjonen skal i løpet av høsten verifiseres og videreutvikles til 0.8- og 0.9-versjoner i dialog med representanter for innbyggere, helsepersonell, forskningsmiljø, næringsliv, forvaltningen, kommuner, RHF, stat, i tillegg til behandling i de nasjonale utvalgene.

Parallelt i høst starter arbeidet med å **utvikle mål og strategiske retningsvalg**, med utgangspunkt i kunnskapsgrunnlaget. Strategien vil sendes ut på **høring** i løpet av mai 2022. Se vedlegg, foil 6, for mer informasjon.

Til Møte 4/21
Dato 22.09.2021
Saksnummer 28/21
Type Drøfting

Fra Hans Löwe Larsen
Saksbehandler Jarle Boland

Steg 2 digital samhandling

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering og ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeid.

Hensikt med saken

Direktoratet vil i møtet orientere om status i prosjektet og videre prosess. Direktoratet ønsker å drøfte med Nasjonalt e-helsestyre strategisk konsekvens av omfang for steg 2, og foreløpige vurderinger knyttet til gjennomføringsstrategi og styring.

Direktoratet ønsker spesielt å drøfte følgende spørsmål med Nasjonalt e-helsestyre (uten tilslutning):

- a. Hva er kapasiteten til sektor (til mottak, lokale tilpasninger og innføring av løsninger)?
- b. Hvordan skal det best jobbes videre med tiltak som ikke blir del av steg 2?

Bakgrunn

Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å gjennomføre forprosjekt for digital samhandling steg 2. og skal levere sentralt styringsdokument (SSD) i løpet av desember 2021. Omfanget for digital samhandling steg 2 tar utgangspunkt i målbildet for helhetlig samhandling og veikart for nasjonale e-helse-løsninger. Tiltakene adresserer behovene for informasjonsdeling og samhandling mellom aktørene i helsesektoren og vil realisere viktige pågående tiltak i sektor.

Forprosjektet har gjort en gjennomgang av aktuelle tiltaksområder med utgangspunkt i eksisterende veikart for nasjonale e-helseløsninger og helsepolitiske mål. Gjennomgangen har vært gjort i tett samarbeid med prosjekt/program for de pågående tiltakene i veikartet.

Tiltaksområder som er vurdert

Programstyret for digital samhandling gav i møtet 23. april sin tilslutning til at videre vurderinger for steg 2 av digital samhandling skal knyttes til følgende 6 tiltaksområder hentet fra veikart for nasjonale e-helse løsninger:

1. **Digital hjemmeoppfølging:** Etablering av nasjonal infrastruktur og prioriterte informasjonstjenester for å understøtte digital hjemmeoppfølging.

2. **Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner:** Innbyggere og helsepersonell skal gjennom informasjonstjenesten plan ha tilgang til utvalgte digital behandlings- og egenbehandlingsplan, som kan deles og endres av innbygger og helsepersonell.
3. **Pasientens legemiddelliste:** Informasjonstjenesten for legemidler og vaksiner som omfatter pasientens legemiddelliste er etablert.
4. **Kritisk informasjon API:** Informasjonstjenesten for Kritisk informasjon har etablert kjernejournal-API som hovedformen for å holde kritisk informasjon oppdatert og autoritativ.
5. **Dokumentdeling:** Deling av journaldokumenter er etablert som en samhandlingsform for definerte dokumenttyper nasjonalt.
6. **Felles språk:** Sikre videre utbredelse og forvaltning av felles språk som er nødvendig for realisering av målbildet for helhetlig samhandling.



Figur 1 Arbeidsprosess utvelgelse av hvilke samhandlingstiltak som skal være del av omfang for steg 2

Det ble for disse tiltaksområdene i samarbeid med programmene og prosjektene ansvarlig for områdene, utarbeidet en bruttoliste med tiltak. Tiltakene adresserer viktige helsepolitiske mål og behovene for informasjonsdeling og samhandling mellom aktørene i helsesektoren. Forprosjektet har laget forslag til kriterier og modell for å prioritere tiltak til steg 2. Forprosjektet har satt sammen en arbeidsgruppe bestående av samfunnsøkonomer, arkitekter og helsepersonell for å gjøre en foreløpig vurdering av tiltakene. Tiltakene som her er beskrevet som «modent» fremstår som klare for gjennomføring, mens tiltakene som er beskrevet som «mindre modent» har noe mer gjenstående i forhold til eksempelvis tydelig definisjon av innhold og konsekvens for arbeidsprosess for helsepersonell.

Tiltak som tilfredsstillende inngangskriteriene til steg 2 med forslag til prioritering.

Tiltaksnavn (ID)	Kort vurdering	Resultat fra prioriteringsmodellen
Pasientens legemiddelliste (LM-1)	Modent, stort behov og del av veikartet.	1
Videre innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører	Allerede startet innføringen. Modent, stort behov og del av veikartet.	2
Spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-1)	Modent, stort behov og del av veikartet.	3

Fastleger og avtalespesialister tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-2)	Modent, stort behov og del av veikartet.	4
Kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-3)	Modent, behov og del av veikartet.	5
Innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan for enkelte diagnoser (DBEP-1)	Mindre modent. Del av veikartet og stort behov. Må inkludere DBEP-2 og DBEP-3.	6
Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD til andre aktører (JD-2)	Mindre modent, behov og del av veikartet.	7
Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører (JD-4)	Mindre modent enn de andre tiltakene på dokumentdeling. Tilfredsstillende inngangskriteriene.	8
Innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til andre aktører (JD-3)	Mindre modent, behov og del av veikartet.	9
Alle helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-4)	Mindre modent, noe behov og del av veikartet.	10

Figur 2 Foreløpig vurdering av tiltak som er vurdert til å tilfredsstillende inngangskriteriene. Programstyret for digital samhandling vil i møtet 14. september ta stilling til prioritering og hvilke tiltak som skal inkluderes som del av steg 2. (se vedlegg 2 for komplett liste av tiltak som inkluderer alle vurderte tiltak).

Se vedlegg 1 for beskrivelse av prioritering av tiltak som en del av steg 2, og vedlegg 2 for tiltaksbeskrivelser for de tiltak som er vurdert.

Videre prosess

For å ferdigstille arbeidet jobber forprosjektet etter følgende milepæler:

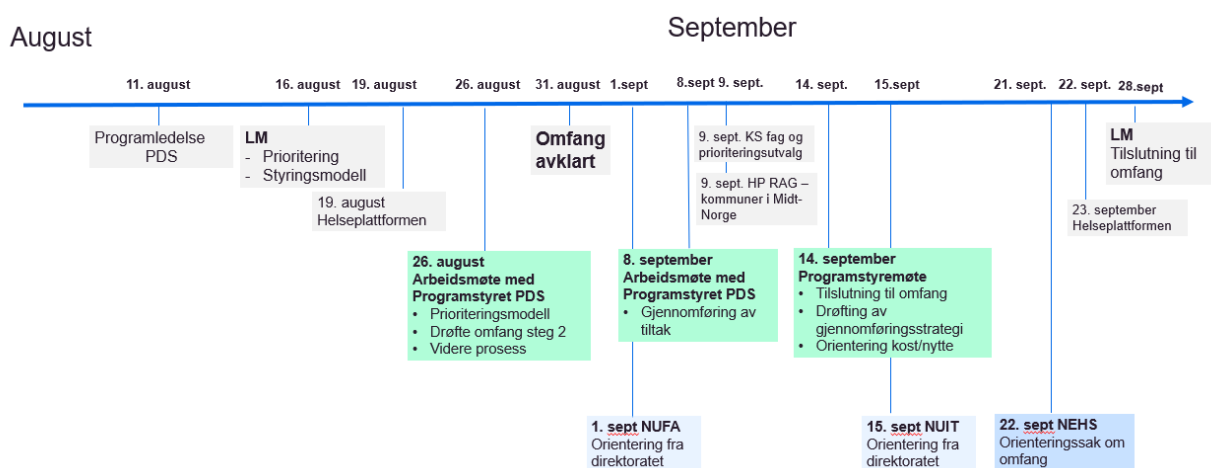
M	Dato	Resultat	Programstyret
1	28.02.2021	Plan for forprosjekt digital samhandling	
2	30.04.2021	Underveis leveranse til HOD	23.04.2021
3	31.08.2021	Omfang av investeringsbeslutningen inkludert rammer for grensesnitt og avhengigheter er avklart	14.09.2021
4	01.10.2021	Følgende sentrale anbefalinger er avklart: <ul style="list-style-type: none"> • Løsningsomfang og arkitektur, prinsipper og føringer • Gjennomføringsstrategi • Organisering, roller og ansvarsdeling • Kontraktstrategi • Strategi for gevinstrealisering • Strategi for styring av usikkerhet 	20.10.2021
5	31.10.2021	Følgende sentrale anbefalinger/utredninger er avklart: <ul style="list-style-type: none"> • Kostnadsestimering, inkludert usikkerhetsanalyse • Innholdet i investeringen • Samfunnsøkonomisk analyse er gjennomført • Finansieringsmodeller • Grunnlag for lov- og forskriftsarbeid for steg 2 er gjennomført 	1.12.2021
6	12.11.2021	Usikkerhetsanalyse er gjennomført	
7	30.11.2021	SSD v.0.9 behandles i Programstyret	1.12.2021
8	30.12.2021	Oversendelse til HOD	22.12.2021
9	Q1 2022	Ekstern kvalitetssikring	

I arbeidsmøte 26. august med Programstyret for digital samhandling ble den foreløpige vurdering av tiltakene og bruk av prioriteringsmodellen gjennomgått. Programstyret vil videre i møte 14. september ta stilling til prioritering og hvilke tiltak som skal inkluderes som del av steg 2. Forprosjektet vurderer at en tilslutning på omfang vil være en forutsetning for å kunne ferdigstille styringsdokumentet i henhold til plan.

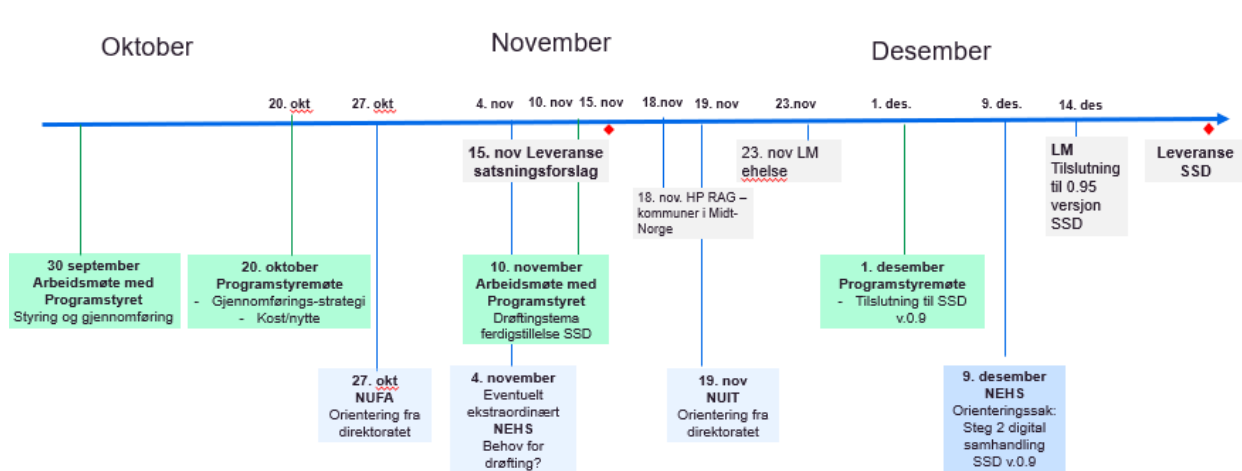
Forprosjektet ønsker innspill fra Nasjonalt e-helsestyre på om det er hensyn forprosjektet skal ta med seg inn i det videre arbeidet med gjennomføringsstrategi, gitt de tiltaksområdene som er foreslått prioritert. Dette inkluderer vurderinger knyttet de ulike deler av helsetjenesten sin *kapasitet* til mottak, lokale tilpasninger og innføring av løsningene. I tillegg vurderinger knyttet til hvordan en best kan jobbe videre for å realisere målbildet for helhetlig samhandling og med tiltak som ikke blir del av steg 2.

Det ønskes også innspill knyttet til videre prosess. Det foreslås at Nasjonalt e-helsestyre drøfter forprosjektet steg 2 digital samhandling i sine møter 22. september (orienteringssak) og 9. desember (orienteringssak). Videre vil status i arbeidet blir del av direktoratets orientering i NUFA 1. september, 27. oktober og NUIT 15. september og 19. november.

Forslag til prosess for beslutning av omfang og videre frem til leveranse av sentralt styringsdokument er illustrert under i figur 3 og figur 4.



Figur 3 Prosess for å beslutte omfang og hvilke tiltak som skal inngå i steg 2



Figur 4 Forslag til videre prosess frem til leveranse av sentralt styringsdokument (SSD)

Vedlegg:

- [Vedlegg 5A - Prioritering av tiltak som en del av steg 2 i program for digital samhandling](#)
- [Vedlegg 5B - Tiltaksbeskrivelser av tiltak aktuelle for steg 2](#)