

Møte i NUIT		
Møte	4/2021	
Dato	15. september 2021	
Tid	Kl. 09.00 – 15:00	
Sted	Videomøte	
Medlemmer	Mariann Hornnes (Direktoratet for e-helse) Ole Johan Kvan (Helse Sør-Øst RHF) Erik M. Hansen (Helse Vest RHF) Per Olav Skjesol (Helse Midt-Norge RHF) Bjørn Nilsen (Helse Nord RHF) Asbjørn Finstad (KS) Terje Wistner (KS) Wenche P. Dehli (Trondheim kommune) Richard Åstrand, (Oslo kommune)	Terje Jørgensen (Bodø kommune) Kristin Brekke (Bergen kommune) Bente R. Herdlevær (Bærum kommune) Morten Fronth-Andersen (Hesledirektoratet) Roger Schäffer (Folkehelseinstituttet) Anne-Lise Härter (Apotekforeningen) Egil Johannesen (Fastlegerepresentant) Bente Christensen (Norsk Sykepleierforbund)
Observatører	Darlén Gjølstad (Helse- og omsorgsdepartementet)	Bodil Rabben (Norsk Helsenett SF)

Sak	Agenda NUIT	Tidspunkt	Sakstype
21/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden	09:00	Godkjenning
22/21	Godkjenning av referatet fra NUIT 20. mai 2021	09:02	Godkjenning
23/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse	09:05	Orientering
24/21	Behandling av tiltak med drift- og forvaltningskostnader i styringsmodellen	09:25	Drøfting
25/21	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner – drifts- og forvaltningskostnader	09:55	Tilslutning
	Pause	10:25	
26/21	Evaluering av nasjonal styringsmodell for e-helse	10:35	Drøfting
27/21	Innretning av velferdsteknologiprogrammet 2022-2024, inkludert plan for arkitektur og infrastruktur	11:20	Drøfting
	Lunsj	11:50	
28/21	Felles hjelpenummer	12:20	Drøfting
29/21	eHelse i kommunal sektor	12:50	Drøfting
	Pause	13:35	
30/21	Innspill til prinsipper for kobling mellom Helsenorger og andre løsninger i markedet	13:45	Drøfting
31/21	Bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften på e-helse	14:25	Orientering
32/21	Eventuelt	14:55	
	Slutt	15:00	

Sak	Tema	Sakstype
21/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
	Forslag til vedtak: NUIT godkjenner innkalling og dagsorden.	
22/21	Godkjenning av referat fra NUIT 20. mai 2021	Godkjenning
	Forslag til vedtak: NUIT godkjenner referatet fra NUIT 20. mai 2021.	Vedlegg 1: Referat fra NUIT 20. mai 2021
23/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
	Direktoratet for e-helse vil orientere om status på følgende saker: <ul style="list-style-type: none"> • Etterlevelsrapporten, Riksrevisjonsrapporten • Forvaltningsrapporten, Riksrevisjonsrapporten 	Vedlegg 2: Toppnotat Orientering fra

	<ul style="list-style-type: none"> Status forprosjekt digital samhandling steg 2 Status porteføljestyling 2.0 og veikart 	Direktoratet for e-helse
	Forslag til vedtak: NUIT tar sakene til orientering.	
24/21	Behandling av tiltak med drift- og forvaltningskostnader i styringsmodellen	Drøfting
	Direktoratet for e-helse ønsker å behandle forslag til håndtering av tiltak med drift- og forvaltningskostnader i den nasjonale styringsmodellen.	Vedlegg 3: Topppnotat Behandling av tiltak med drift- og forvaltningskostnader i styringsmodellen
	Forslag til vedtak: NUIT drøftet hvordan tiltak som medfører økte drift- og forvaltningskostnader for nasjonale e-helseløsninger behandles i styringsmodellen.	
25/21	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner – drifts- og forvaltningskostnader	Tilslutning
	HelseDirektoratet ønsker å orientere NUIT om status i prosjektet, samt få en anbefaling fra NUIT om dekning av drifts- og forvaltningskostnader slik at løsningen kan tas i bruk av sektoren etter prosjektavslutning. Vedlegg 4A, 4B og 4C er lenket opp til NUIT sine sider på ehelse.no	Vedlegg 4: Topppnotat Digitale behandling- og egenbehandlingsplaner Vedlegg 4A: Gevinstrealiseringsplan – medfinansiering til prosjekt Digital behandlings- og egenbehandlingsplan Vedlegg 4B: Vedlegg gevinstrealiseringsplan 2021 til Digitaliseringsdirektoratet Vedlegg 4C: Søknad om medfinansiering v. 1.1 pr 22.1 – Digital behandlings- og egenbehandling
	Forslag til vedtak: NUIT anbefaler at Nasjonalt e-helsestyre gir sin tilslutning til økte årlige drift- og forvaltningskostnader estimert til 3 MNOK i 2022 og årlig 6,4 MNOK etter dette, som en konsekvens av investeringer i prosjektet «Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner»	
26/21	Evalueringsmodell for e-helse	Drøfting
	Direktoratet for e-helse ønsker å drøfte forslag til formål og hovedinnretning for nasjonal styringsmodell.	Vedlegg 5: Topppnotat Evaluering av nasjonal

		styringsmodell for e-helse Vedlegg 5A: Innspill fra NUFA – evaluering av nasjonal styringsmodell for e-helse
	Forslag til vedtak: NUIT drøfter saken og ber Direktoratet for e-helse ta med innspillene i det videre arbeidet.	
27/21	Innretning av velferdsteknologiprogrammet 2022-2024, inkludert plan for arkitektur og infrastruktur	Drøfting
	Direktoratet for e-helse vil orientere om videre innretning av velferdsteknologiprogrammet i perioden 2022-2024 og hvordan dette henger sammen med plan for arkitektur og infrastruktur for digital hjemmeoppfølging. Det er ønskelig med innspill fra NUIT på foreslått innretning for det videre arbeidet og målhierarkiet for neste programperiode.	Vedlegg 6: Toppnotat Innretning av velferdsteknologiprogrammet 2022-2024, inkludert plan for arkitektur og infrastruktur
	Forslag til vedtak: NUIT støtter foreslått innretning av velferdsteknologiprogrammet 2022-2024 og foreløpig målhierarki for neste programperiode. NUIT ber Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse sørge for at innspill blir ivaretatt i det videre arbeidet.	
28/21	Felles hjelpenummer	Drøfting
	Direktoratet for e-helse og Skatt ønsker å orientere om arbeidet som pågår rundt felles hjelpenummer og ny personidentifikator sett i sammenheng med Skatteetatens utredning av en 3dje personidentifikator i Norge.	Vedlegg 7: Toppnotat Felles hjelpenummer
	Forslag til vedtak: NUIT tar saken til orientering og ber Skatteetaten og Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene fra drøftingen inn i arbeidet.	
29/21	eHelse i kommunal sektor	Drøfting
	KS vil gi en orientering om deres og deltakende kommuners arbeid på e-helseområdet, inklusive status og veien videre for Felles kommunal journal.	Vedlegg 8: Toppnotat eHelse i kommunal sektor
	Forslag til vedtak: NUIT tar saken til orientering.	
30/21	Innspill til prinsipper for kobling mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet	Drøfting
	Direktoratet for e-helse, i samarbeid med Norsk helsenett SF, er godt i gang med hovedleveransen i oppdraget der vi skal vurdere prinsipper for kobling mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet. Arbeidet er i en tidlig fase, og det ønskes innspill på følgende i møtet: <ul style="list-style-type: none"> • Hva bør være formålet med prinsippene? • Hvem skal prinsippene gjelde for? • Hvilket nivå skal prinsippene ligge på? • Er vi på et modenhetsnivå hvor vi kan utarbeide prinsipper, eller burde vi på nåværende tidspunkt heller omtale det som anbefalinger? 	Vedlegg 9: Toppnotat Innspill til prinsipper for Helsenorge og andre løsninger i markedet Vedlegg 9A: Arbeidsutkast for diskusjon – Prinsipper v0.5

	<ul style="list-style-type: none"> Hvordan skal prinsippene/anbefalingene forankres med sektor? Hvilke perspektiver er det forventet at de ulike interessentgruppene vil ha? 	
	Forslag til vedtak: NUIT tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene inn i det videre arbeidet.	
31/21	Bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften på e-helse	Orientering
	Direktoratet for e-helse ønsker å orientere NUIT om arbeidet med kunnskapsgrunnlag for anbefaling om bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften på e-helseområdet, herunder forslag til prinsipper for bruk av markedet styrket gjennomføringsevne på e-helseområdet.	Vedlegg 10: Toppnotat Bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften på e-helse
	Forslag til vedtak: NUIT tar saken til orientering.	
32/21	Eventuelt	

Referat fra møte i NUIT

<i>Møte</i>	2/2021	
<i>Dato</i>	20. mai 2021	
<i>Tid</i>	10:00 -13:30	
<i>Sted</i>	Videomøte	
Medlemmer		
<i>Til stede</i>	Karl Vestli (Direktoratet for e-helse) Ole Johan Kvan (Helse Sør-Øst RHF) Per Olav Skjesol (Helse Midt-Norge RHF) Bjørn Nilsen (Helse Nord RHF) Asbjørn Finstad (KS) Terje Wistner (KS) Richard Åstrand (Oslo kommune) Wenche P. Dehli (Trondheim kommune), fra sak 12/21 Terje Jørgensen (Bodø kommune)	Morten Fronth-Andersen (Helsedirektoratet) Roger Schäffer (Folkehelseinstituttet) Egil Johannesen (Fastlegerepresentant) Anne-Lise Härter (Apotekforeningen), fra sak 13/21 Bente Christensen (Norsk sykepleierforbund)
<i>Ikke tilstede</i>	Erik M. Hansen (Helse Vest RHF) Bodil Rabben (NHN)	Kristin Brekke (Bergen kommune)
<i>Stedfortreder</i>	Anders Ravik (NHN) – for Bodil Rabben	
<i>Observatører</i>	Darlèn Gjølstad (HOD, observatør)	
<i>Direktoratet for e-helse</i>	Hans Löwe Larsen Jon Helge Andersen Ivar Thor Jonsson Håvard Kolle Riis	Siv Ingebrigtsen Sonja Turøy Brugman Karen Lima Vibeke Wang

Sak	Tema	Sakstype
9/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
10/21	Godkjenning av referatet fra NUIT 18. februar 2021	Godkjenning
11/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
12/21	Nasjonal e-helseportefølje – status og planer	Drøfting
13/21	Legemiddelprogrammet – langsiktig finansiering	Drøfting
14/21	Målbilde for helhetlig samhandling og kobling til veikart for nasjonale e-helseløsninger	Orientering
15/21	Strategi digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren – innspill til arbeidet med strategien og tiltaksoversikten	Drøfting
16/21	Digital hjemmeoppfølging – anbefalte nasjonale tiltak for datadeling	Orientering
17/21	Eventuelt	

Sak	Tema
9/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden
	Det kom ingen innspill til innkalling og dagsorden.
	Vedtak: NUIT godkjenner innkalling og dagsorden.
10/21	Godkjenning av referat fra NUIT 18. februar 2021
	Det kom ingen innspill til referat fra NUIT 18. februar 2021.
	Vedtak: NUIT godkjenner referatet fra NUIT 18. februar 2021.
11/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse
	Jon Helge Anderssen og Hans Löwe Larsen, Direktoratet for e-helse, orienterte om status på følgende saker: <ul style="list-style-type: none"> Ny direktør i Direktoratet for e-helse Status videreutvikling nasjonal styringsmodell

	<ul style="list-style-type: none"> Ny nasjonal e-helsestrategi Status etablering Helsedataservice og Helseanalyseplattformen Plan for normering 2021 Strategiplan for digitalisering av legemiddelområdet <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> I arbeidet med videreutvikling av nasjonal styringsmodell og ny nasjonal e-helsestrategi bør Kommunal- og moderniseringsdepartementet involveres i arbeidet da en ny strategi og revidert styringsmodell også inkluderer denne delen av e-helseområdet. <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> Det ble stilt spørsmål om arbeidet med ny nasjonal e-helsestrategi bygger videre på den vi har nå og tydeliggjør den, eller om den blir ytterligere fragmentert. Det ble videre presisert viktigheten i å jobbe godt med de tiltak vi har nå. Direktoratet for e-helse svarte at arbeidet er i en kunnskapsfase for å kartlegge hvor vi står nå, og at det skal være dialog med sektoren for å hente inn innspill fremover mot sommeren. Videre informerte direktoratet at utgangspunktet er en oppdatering og aktualisering av dagens strategi, samtidig som at prioriteringer må komme tydelig frem i strategien.
	<p>Vedtak: NUIT tar sakene til orientering.</p>
12/21	Nasjonal e-helseportefølje – status og planer
	<p>Siv Ingebrigtsen, Direktoratet for e-helse, orienterte om status og planer for nasjonal e-helseportefølje.</p> <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> I budsjettoppsettet savnes omstillingskostnadene for kommunene knyttet til omstilling og implementering av nye e-hesløsninger. I prinsippene for involvering mellom kommunal- og statlig sektor er det påpekt viktigheten av tidlig involvering i utredninger og konseptarbeid. Det ble uttrykt ønske om å endre det til involvering hele veien. Segmenteringen i porteføljestyling 2.0 endrer ikke hvordan man skal involvere kommunal sektor. Økonomiske forpliktelser og forankring må skje i Nasjonalt e-helsestyre. NUIT ønsker en status på utprøving av kriteriene til porteføljestyling 2.0 som ble tilsluttet i Nasjonalt e-helsestyre. En omlegging fra ICD-10 til ICD-11 vil få store konsekvenser for hele e-reseptkjeden. Dette vil medføre endringer i FEST, Vareregisteret, forskriversystem, apoteksystem og oppgjørskontroll. Her må apotekbransjen involveres i planlegging, utvikling og test.
	<p>Vedtak: NUIT tar status i nasjonal e-helseportefølje til orientering. NUIT ber Direktoratet for e-helse ta med seg øvrige innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
13/21	Legemiddelprogrammet – langsiktig finansiering
	<p>Rune Røren, Direktoratet for e-helse, presenterte saken hvor langsiktig finansiering av utviklings- og innføringskostnader samt drift- og forvaltningskostnader for Legemiddelprogrammet ble drøftet. Det ble lagt frem en erklæring, som NUIT ble spurt om å gi sin støtte til. Erklæringen var lagt ved i sakspapirene.</p> <p>NUIT bekrefter at legemiddelfeltet er det området som sektoren prioriterer høyest. De gir støtte til behovet for å sikre en forutsigbar og tilstrekkelig finansiering av Legemiddelprogrammet. Generelt sett mener aktørene at sentrale komponenter bør</p>

	<p>finansieres av staten. Det er noe ulik oppfatning knyttet til bidrag til finansiering. Følgende innspill kom fra ulike aktørene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - KS/Kommunal sektor har sendt brev til Helse- og omsorgsdepartementet hvor de påpeker viktigheten av tilstrekkelig finansiering for å sikre finansiering av planlagte aktiviteter i Legemiddelprogrammet. KS/Kommunal sektor mener staten må finansiere både investeringer og innføring. Videre mener KS/Kommunal sektor at aktørene i fellesskap må kvalitetssikre ambisjonsnivået for tidsplanen og synliggjøre gevinster aktørene får ved innføring. - Spesialisthelsetjenesten mener staten bør sikre langsiktig finansiering av Legemiddelprogrammet men vil vurdere å bidra med samfinansiering. De er også, som i dag, villig til å finansiere lokal innføring av prosjektene i Legemiddelprogrammet samt drift og forvaltning. - Helsedirektoratet gir tung faglig støtte til arbeidet med PLL. HelseDirektoratet må forholde seg til politiske føringer og prioriteringer, og kan derfor av prinsipielle grunner ikke støtte erklæringen som ble lagt frem i saken. - Legeforeningen mener også at sentrale komponenter må finansieres sentralt. Legeforeningen vil, sammen med EPJ-løftet, bidra til å få løsningene ut til fastlegene. - Apotekforeningen har tidligere gitt skriftlig tilbakemelding om støtte til Legemiddelprogrammet og kan stille seg bak erklæringen. <p>Dersom staten ikke sikrer tilstrekkelig finansiering av Legemiddelprogrammet, kom det forslag om at NUIT gjennomfører en samlet re-prioritering av innsatsen knyttet til de nasjonale løsningene, som kan gå til endelig vurdering i Nasjonalt e-helsestyre. Dette forslaget stilte alle aktørene seg bak. Alle aktørene er villige til å gjøre omprioriteringer i sine porteføljer for å understøtte arbeidet på legemiddelfeltet.</p> <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det rulles nå ut funksjonalitet som på sikt skal over i Sentral forskrivningsmodul (SFM). Spesialisthelsetjenesten spurte om det i stedet er mer hensiktsmessig å samle mest mulig av utviklingen og utrulling til SFM skal innføres? Direktoratet for e-helse svarte at det for spesialisthelsetjenesten er mulig å ta i bruk SFM Basis API. Alternativet er at aktørene må lage funksjonaliteten selv. <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innføring av PLL krever felles løft i tjenesten. Det er viktig med geografisk innføring, og at det prosessuelle og organisatoriske ved innføring er PLL blir ivaretatt. Gode grunndata er en forutsetning for å få til dette. • Helseplattformen har legemiddelhåndtering som ett av gevinstmålene og vil, i tillegg til Bergen, gi nyttige erfaringer til innføring av PLL i resten av landet. • SFM er en forutsetning for PLL. Men uten PLL er SFM kun en "e-resept-modul". Den konkurrerer også med løsninger som leverandører lager. Det er derfor viktig å gjøre brukergrensesnittet for SFM så godt, at det gir merverdi for leverandører.
	<p>Vedtak: NUIT støtter at Legemiddelprogrammet må få høy prioritet i årene fremover og sikres tilsvarende langsiktig finansiering for å lykkes. Direktoratet for e-helse tar innspill om finansiering med i det videre arbeidet.</p>
<p>14/21</p>	<p>Målbilde for helhetlig samhandling og kobling til veikart for nasjonale e-helseløsninger</p>
	<p>Hans Löwe Larsen, Direktoratet for e-helse, orienterte NUIT om bakgrunnen for og innhold i målbilde for helhetlig samhandling, og hvordan dette henger sammen med målene i veikart for nasjonale e-helseløsninger 2021-2025.</p> <p>Det kom ingen innspill i møtet til denne saken.</p>
	<p>Vedtak: NUIT tar saken til orientering.</p>

15/21	Strategi digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren – innspill til arbeidet med strategien og tiltaksoversikten
	<p>Birgitte Egset og Jan Gunnar Broch, Direktoratet for e-helse, orienterte NUIT om arbeidet så langt, og ønsket innspill og faglige vurderinger til det videre arbeidet.</p> <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det ble stilt spørsmål til formålet med tiltaksoversikten. Direktoratet for e-helse svarte at hensikten med tiltaksoversikten er at strategien skal bli mer handlingsrettet. Det skal være fokus på eksisterende, påbegynte og ønskede tiltak i den første leveransen av tiltaksoversikten. Videre nevnte direktoratet at de blant annet vil se på situasjonsbildet og effektmål når de går i gang med selve strategiarbeidet til høsten. Tiltaksoversikten skal da tas frem igjen og berikes, slik at det rolig kommer en oppdatert versjon sammen med strategien. <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er bra med fokus på frontlinjen, og at det blir et IT-sikkerhetsløft for helsetjenesten. • Dette må bli forståelig for ikke IKT-faglig personell, og opplæring på IT-sikkerhet blir viktig. Kompetanse må ikke undervurderes. • Strategien må berøre sentralisering av e-helseløsningene. Det er ikke realistisk at alle mindre virksomheter skal forstå dette risikobildet. • Strategien må tydeliggjøre roller og ansvar, i tillegg til begreper og definisjoner. Et ansvarskart kan være fint. • Relasjonen mellom denne strategien og virksomhetenes egne strategier er et viktig fokusområde. Hva kan være gode felles tiltak som løfter sektoren som helhet? Disse fellesløsningene må frem, og skillet mellom eventuelt sentralisert dataansvar og virksomhetenes tjenesteansvar må være tydelig. • Tiltaksområdene "forebyggende digital sikkerhet" og "avdekke og håndtere digitale angrep" er det lettest å være enige om. De resterende tiltaksområdene må hver enkelt virksomhet i større grad følge opp. • Innebygget sikkerhet er viktig i de store samhandlingskjedene, og en kobling mot arkitekturstyring nasjonalt bør tydeliggjøres i strategien. • En del av anskaffelsene i sektoren tilbys kun som sky-løsninger. Når vi skal bevege oss ut i den verden er det nyttig å ha noe felles rammeverk å støtte seg på som vi kan legge til grunn. • I Agder jobbet de med digital sikkerhet sammen med Statsforvalteren. Det er et arbeide vi kan hente erfaringer fra.
	<p>Vedtak: NUIT tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
16/21	Digital hjemmeoppfølging – tiltak og plan for arkitektur og infrastruktur
	<p>Thor Steffensen, Direktoratet for e-helse, orienterte NUIT om anbefalte nasjonale tiltak for å få etablert nasjonale rammer for datadeling mellom medisinsk utstyr og sektorens fagsystemer, hvordan disse henger sammen og strategi for hvordan disse kan gjennomføres.</p> <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er et stort behov for å tenke mer internasjonalt i forhold til det arbeidet som gjøres på dette feltet. Vi får liten leverandørmakt om vi kun tenker nasjonalt. Det ble så spurt om det er gjort internasjonale initiativ i dette arbeidet. Direktoratet for e-helse svarte at arbeidet går i tett samarbeid med standardiseringsmiljøet i direktoratet, som ser mot internasjonalt arbeid. Her er det en tett kobling med

	<p>planene rundt hele standardiseringsområdet og hvordan vi implementerer internasjonale standarder.</p> <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tidligere innspill fra enkelte aktører var savnet i presentasjonen. Det er viktig at de hensyntas i det videre arbeidet.• Det ble gitt støtte til smidig tilnærming og samspill med leverandørmarkedet.
	<p>Vedtak: NUIT tar saken til orientering.</p>
17/21	Eventuelt
	Ingen saker til eventuelt.

Til Møte 4/21
Dato 15.09.2021
Saksnummer 23/21
Type Orientering

Fra Karl Vestli
Saksbehandler Vibeke Jonassen Wang

Orientering fra Direktoratet for e-helse

Forslag til vedtak

NUIT tar sakene til orientering.

Hensikt med saken

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

1. Etterlevelsrapporten, Riksrevisjonsrapporten
2. Forvaltningsrapporten, Riksrevisjonsrapporten
3. Status forprosjekt digital samhandling steg 2 i program digital samhandling
4. Status porteføljestyling 2.0 og veikart

Bakgrunn

Direktoratet redegjør gjennom dette notatet for innholdet i sakene. I møtet vil direktoratet gå kort gjennom sakene.

1. Etterlevelsrapporten, Riksrevisjonsrapporten

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.

2. Forvaltningsrapporten, Riksrevisjonsrapporten

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.

3. Status forprosjekt digital samhandling steg 2 i program digital samhandling

Direktoratet for e-helse gjennomfører forprosjekt 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-helseløsninger. 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 og det sektorsammensatte programstyret.

Direktoratet vil i møtet orientere om status i prosjektet og videre prosess for å beslutte omfang av steg 2 og leveranse av SSD.

4. Status porteføljestyling 2.0 og veikart

Nasjonal porteføljestyling 2.0

Nasjonalt e-helsestyre ga i mars 2021 sin tilslutning til å prøve ut nye inngangskriterier for tiltak i den nasjonale porteføljen. Utprøvingen i har så langt inkludert møter med aktører i sektor, utprøvd anvendelse av inngangskriterier og inndeling av porteføljen i segmenter og pilotering av et nytt porteføljeverktøy.

Utprøvingen har ikke medført forslag til endring av kriteriene, men har avdekket et behov for noen presiseringer. For å redusere rapportering deles porteføljen i segmenter med ulik rapporteringsgrad. Vi foreslår å redusere til tre segmenter; samstyre, koordinering og observasjon. Videre vil vi teste ut innrapportering og bearbeiding av porteføljestatus gjennom porteføljeverktøyet, frem til endelig tilslutning i Nasjonalt e-helsestyre 4.kvartal 2021.

Videreutvikling av veikart

Veikartet er en viktig mekanisme for å underbygge en felles retning i e-helseutviklingen. Direktoratet planlegger å starte en pilot for videreutvikling av veikartet for å ha mulighet til å teste ut nye arbeidsformer samtidig som vi legger grunnlaget for en ny permanent prosess. Det er

ønskelig å legge opp til en stegvis og smidig prosess samtidig som vi sikrer gode prioriteringsmekanismer og godkjenning. Viktige momenter er tidlig og kontinuerlig leveranse med læring underveis. Piloten vil rapportere til nasjonal styringsmodell.

Til Møte 4/21
Dato 15.09.2021
Saksnummer 24/21
Type Drøfting

Fra Siv Ingebrigtsen
Saksbehandler Nina Bjørlykke

Behandling av tiltak med drift- og forvaltningskostnader i styringsmodellen

Forslag til vedtak

NUIT drøftet hvordan tiltak som medfører økte drift- og forvaltningskostnader for nasjonale e-helseløsninger behandles i styringsmodellen.

Hensikt med saken

1. Behandle forslag til håndtering av tiltak med drift- og forvaltningskostnader i den nasjonale styringsmodellen.

Bakgrunn

Teknisk beregningsutvalg ble etablert i 2020. Det er kommet i tillegg til og skal supplere den nasjonale styringsmodellen for e-helse.

Mens sektorens forslag til prioriteringer går gjennom den nasjonale styringsmodellen, vil beregningsutvalget vurdere og kvalitetssikre kostnader knyttet til forvaltning og drift av disse prioriteringene.

Vurdering av investeringskostnader til planlagte nye e-helseløsninger håndteres i dag gjennom den nasjonale styringsmodellen, mens Teknisk beregningsutvalgets mandat er avgrenset til å vurdere kostnadene til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger samt drøfte fordelingen av kostnadene. Det er avhengigheter mellom beregningsutvalget og den nasjonale styringsmodellen når det gjelder forvaltning og drift av nasjonale løsninger, og prioriteringer av utvikling som utløser drifts- og forvaltningskostnader hos aktørene.

I Teknisk beregningsutvalgs notat til Helse- og omsorgsdepartementet 30.04.2021 ønsket utvalget om "... en tydeligere kobling mellom de investeringer og beslutninger som skjer i ulike prosesser (i styringsmodell, produktstyret for Helsenorger og koronaporteføljen) og hvilken påvirkning det har på drift- og forvaltningskostnader som Norsk helsenett SF presenterer."

Forslag til behandling av tiltak som medfører økte drift og forvaltningskostnader for de nasjonale e-helseløsningene

De nye inngangskriteriene til nasjonal portefølje som ble vedtatt av Nasjonalt e-helsestyre i mars 2021 til utprøving betyr kort sagt at porteføljen skal inkludere tiltak som omhandler kjernevirksomheten i helse- og omsorgssektoren, inkluderer digitalisering og der koordinering eller samordning på tvers av flere aktører

kreves for å lykkes. Uprøving viser at porteføljen består av ca 45 tiltak. Innovasjonsprosjekter vil ikke være i den nasjonale porteføljen, inntil de evt besluttes å breddes nasjonalt.

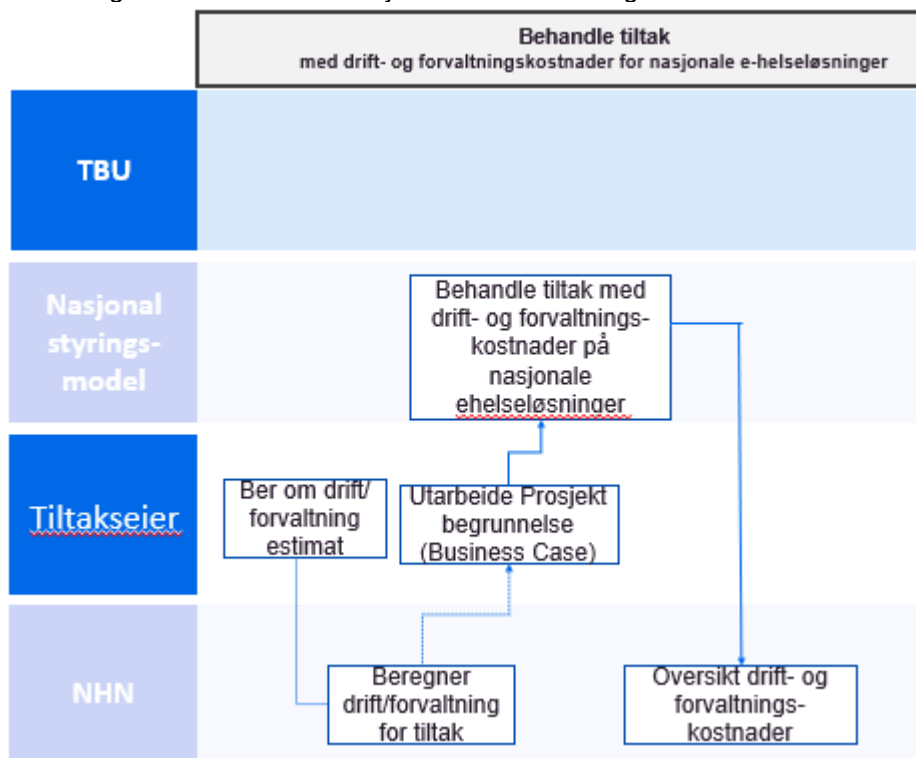
Tiltak som medfører økte drift- og forvaltningskostnader for de nasjonale e-helseløsningen og som skal deles i sektoren vil normalt være i den nasjonale porteføljen. Av de 45 tiltakene i porteføljen utgjør dette ca ti tiltak. Tiltak som gir mindre kostnadsendringer på Helsenorge, og som ellers ikke har koordineringsbehov på tvers vil ikke være med i porteføljen.

Ved innmelding av nye tiltak i porteføljen er det ønskelig at det markeres om man forventer at tiltaket vil medføre økte drifts- og forvaltningskostnader i nasjonale e-helseløsninger. Konsekvenser for drift- og forvaltningskostnader for de nasjonale e-helseløsningene vil også være en del av tiltakenes rapportering til nasjonal portefølje. Nasjonal porteføljestyling (porteføljekontor) vil derfor holde oversikt over rapporterte drift- og forvaltningskostnader fra tiltak i porteføljen totalt og på hvert tiltak fordelt pr år.

Vi foreslår i tillegg at slike tiltak også behandles som egen sak i nasjonal styringsmodell når tiltaket har klar en prosjektbegrunnelse eller «business case». Saken bør inneholde en kortfattet helhetlig oppsummering av tiltakets prosjektbegrunnelse som inkluderer økte nytte og drift- og forvaltningskostnader for nasjonale e-helseløsninger. Tiltaket bør behandles i NUIT og Nasjonalt e-helsestyre, og resultatet av behandlingen dokumenteres for transparens.

For tiltak som øker drift- og forvaltningskostnader på Helsenorge, men ikke er i nasjonal portefølje, anbefaler Direktoratet en samlet behandling. Økningen i drift- og forvaltningskostnader for Helsenorge inngår samlet i porteføljerapporten som behandles i den nasjonale styringsmodellen. Disse økningene er basert på veikartet for Helsenorge og er anbefalt av sektorsammensatt produktstyre for Helsenorge.

Figuren under viser saksflyten for tiltak i den nasjonale porteføljen som øker drift og forvaltningskostnaden for de nasjonale e-helseløsningene.



Forslaget oppsummert:

- Tiltak som medfører økte drift og forvaltningskostnader som skal deles på sektoren skal behandles i den nasjonale styringsmodellen én gang.
 - Tiltak som er en del av nasjonal portefølje, skal behandles som sak når man har nok grunnlag og normalt før gjennomføring starter
 - Tiltak utenfor porteføljen som medfører økte drift- og forvaltningskostnader på Helsenorge, behandles samlet
- Innovasjonsprosjekter utsetter behandling til de evt skal breddes
- Tiltak der aktørene selv dekker drift- og forvaltning i nasjonale e-helseløsninger vil heller ikke behandles i nasjonal styringsmodell.

Til Møte 4/21
Dato 15.09.2021
Saksnummer 25/21
Type Tilslutning

Fra Helsedirektoratet v. avdelingsdirektør Liv
Heidi Brattås Remo
Saksbehandler Ole Kristian Storli og Kirsten Petersen

Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner – drifts- og forvaltningskostnader

Forslag til vedtak

NUIT anbefaler at Nasjonal e-helsestyre gir sin tilslutning til økte årlige drift- og forvaltningskostnader estimert til 3 MNOK i 2022 og årlig 6,4 MNOK etter dette, som en konsekvens av investeringer i prosjektet "Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner".

Hensikten med saken er å orientere NUIT om status i prosjektet, samt få en anbefaling fra i NUIT om dekning av drifts- og forvaltningskostnader slik at løsningen kan tas i bruk av sektoren etter prosjektavslutning.

Det redegjøres her for beregnede gevinster som kan realiseres ved bruk av digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner og grunnlaget for beregning av drifts- og forvaltningskostnader.

Saken ble behandlet i NUIT i februar med anbefaling om at forvaltningskostnader for behandlings-, egenbehandlings- og veiledende planer i Kjernejournal og Helsenorge blir prioritert dekket. Anbefalingen ble gitt med forbehold om at man tar stilling til dette når det totale kostnadsnivået for økte forvaltningskostnader foreligger. Med bakgrunn i dette legges sak vedrørende prosjekt Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner på nytt frem for NUIT.

Digital behandlings- og egenbehandlingsplan (heretter DBEP) er et prosjekt som eies av Helsedirektoratet og gjennomføres i tett samarbeid med Norsk Helsenett (NHN) og Direktoratet for e-helse. Prosjektet fikk midler fra StimuLab-ordningen i Digitaliseringsdirektoratet til å gjennomføre et innsikts- og konseptutredningsarbeid i 2020. I løpet av StimuLab-arbeidet har det vært høy grad av involvering av aktører i sektoren og pasienter for innsikt, testing og iterering av konseptet for DBEP. Prosjektet har fått tilsagn om 41,7 MNOK fra Digitaliseringsdirektoratet (Medfinansieringsordningen) til å utvikle løsningen og gjennomføre prosjektet. Under forutsetning av et positivt vedtak i NUIT går prosjektet over i gjennomføringsfase i september 2021 med utvikling, testing og pilotering.

Bakgrunn

Det har over lengre tid vært behov for en mer strukturert tilnærming til å legge opp behandlingssløp for en rekke pasienter, og for mer koordinering og informasjonsdeling på tvers av hele helse- og omsorgstjenesten. Flere prosjekter har tidligere omhandlet disse utfordringene, uten at noen av initiativene har klart å komme helt i mål. Begrunnelsen for manglende måloppnåelse er til dels stor kompleksitet og manglende finansiering av et tiltak som krever samarbeid og involvering av mange

aktører på tvers av tjenestene. Dette resulterer i behov fra ulike kanter, og ikke minst at det er vanskelig å definere eierskap til utformingen, utviklingen og implementeringen av en løsning. En enkelt aktør har ikke hatt kapasitet eller midler til å gå videre med dette.

I prosjektene Primærhelseteam (PHT) og Digital hjemmeoppfølging i regi av Helsedirektoratet, har det vist seg å være behov for at det utvikles mal for behandlingsplan og egenbehandlingsplan, samt teknologi som understøtter deling av innholdet. Dette var utgangspunktet for at Helsedirektoratet tok initiativ til prosjekt DBEP i 2019.

Formål

Med digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner ønsker en, i tråd med føringer for pasientens helsetjeneste blant annet gjennom Primærhelsemeldingen, Stortingsmelding om kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 og nasjonal e-helsestrategi for 2017-2022, å oppnå:

- bedre sammenheng i pasientforløpet med mer helhetlige og koordinerte tjenester
- digitalisering av informasjonsdeling, der all informasjon knyttet til en pasients behandlingsløp skal være tilgjengelig mellom ulike behandlere i helse- og omsorgstjenesten og pasienten selv
- standardisering og dermed effektivisering av arbeidsprosesser, der aktører i helse- og omsorgstjenesten har maler og verktøy for å utarbeide behandlingsplaner og egenbehandlingsplaner
- pasienter som føler seg tryggere i egen behandling og som kan gjøre mer tilpasninger hjemmefra

Målbildet er en helhetlig plan for behandling av pasienter, både fra helsetjenesten (behandlingsplan) og i pasientens eget hjem (egenbehandlingsplan), samt informasjonsdeling på tvers av behandlere og pasienten selv. Det skal være en felles plan som er enkel, kortfattet, nyttig for alle parter som er involvert og som holdes oppdatert. Det må legges til rette for individuelle behandlingsplaner som er tilpasset pasienter med sammensatte problemer, oppfølging av kroniske sykdommer, konkrete behandlingsløp og flere ulike sykdomsbilder. Totalt sett vil dette føre til smidigere samhandling og økt pasientsikkerhet.

Gevinster

Prosjektet har gjennomført en beregning av gevinster som kan forventes realisert gjennom løsningen. Se vedlegg for detaljert oversikt over potensielle gevinster. Beregningen er gjort i et 9 års perspektiv (2022-2030) og gevinstene er beregnet ut fra en gradvis implementering av løsningen i sektor. Beregningen tar for seg kvantifiserbare økonomiske gevinster og disse beregnes til å være følgende:

Beregnet gevinst i tidsbesparelse for 2023-2030	MNOK (Brutto)	MNOK (Netto)
Statlige virksomheter (HF)	40,9	26,6
Kommunale virksomheter	95,4	59,7
Totalt	136,4	85,4

Netto gevinster er brutto minus drifts- og forvaltningskostnader i samme tidsperiode. Forvaltnings- og driftskostnadene er forventet å være på 3 MNOK i 2022 og 6,4 MNOK pr år fra 2023- 2030.

Det er i søknaden om Medfinansiering tydeliggjort at gevinster vil kunne tas ut som økt kapasitet og kvalitet i tjenesten, ikke som kutt i tjenesten. I tillegg til de økonomiske gevinstene er redusert antall unødvendige henvendelser til fastlege og konsultasjoner på sykehus identifisert som en kvantifiserbar gevinst.

Det er også forventet at løsningen vil gi kvalitative gevinster som er krevende å kvantifisere, men som vil gi stor verdi både for pasienter og behandlere. Disse gevinstene er:

Forventede kvalitative gevinster	Viktighet*	År start
Bedre sammenheng og samhandling i pasientforløpet og oppfølging mellom helsepersonell på tvers av helseinstitusjoner medfører økt kvalitet i behandlingen og økt pasientsikkerhet (helsepersonellperspektiv)	Medium	2022
Redusert antall unødvendige henvendelser til fastlege og konsultasjoner på sykehus	Medium	2022
Mer individuelt tilpasset oppfølging av pasienter	Medium	2022
Redusert tidsbruk for pasienter og pårørende	Medium	2022
Økt forutsigbarhet og økt mestring (pasientperspektiv)	Medium	2023

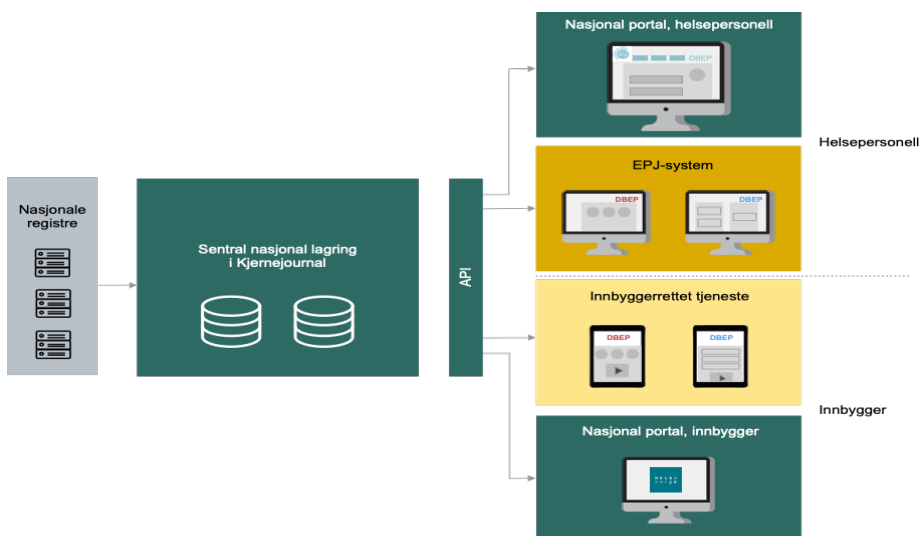
*Viktighet: På en skala med lav, medium og høy angis hvor viktig den kvalitative gevinsten er for mottaker av effekten.

Teknisk konsept

Gjennom innsikts- og konseptarbeidet er det også gjennomført møter og intervjuer bredt i helsesektoren og med private leverandører av EPJ-systemer og innbyggerrettede tjenester, samt vurdert ulike tekniske konsept for realisering av DBEP. Basert på dette anbefales det et teknisk konsept der det etableres:

- **Sentral nasjonal lagring** for å sikre at helsepersonell har tilgang til lik informasjon om pasientens DBEP uavhengig av behandlingssted og EPJ-system. Dette anbefales etablert i kjernejournal som har eksisterende infrastruktur for lagring av helseopplysninger, og hjemmel for å lagre behandlingsplaner etter kjernejournalforskriften.
- **En informasjonsmodell** som bygger på HL7 FHIR og FHIR Care plan. FHIR er Direktoratet for e-helses anbefalte standard for utveksling av helseinformasjon.
- **Tjenester for DBEP i EPJ-systemene og i innbyggerrettede tjenester** slik at helsepersonell og innbyggere kan interagere med DBEP i eksisterende brukerflater og i de løsningene de bruker mest. Det anbefales å realisere dette ved å tilgjengeliggjøre APIer for tredjepartsløsninger (både EPJ-systemer og innbyggerrettede tjenester) slik at leverandørene kan utvikle egne tjenester i sine brukergrensesnitt, samtidig som det vises den samme, og fullstendige, dataen på tvers av systemer.
- **En portalløsning for helsepersonell i kjernejournal og for innbyggere i Helsenorge** for raskere bredding til sektoren.

Teknisk konseptskisse (merk: dette er ikke en arkitekturskisse):



Dette konseptet:

- Gjenbruker eksisterende tjenester for helsepersonell og innbygger, både offentlige og private, i tillegg til eksisterende infrastruktur for lagring og deling av helseopplysninger
- Gjenbruker data fra kjernejournal, Helsenorge og private leverandører
- Er i tråd med NHNs strategi 2026 ved å utvikle API og sluttbrukerløsninger
- Er i tråd med Direktoratet for e-helses sin anbefaling om og veileder for åpne APIer
- Legger til rette for behandlere som ikke har EPJ som tilbyr tjenesten
- Har kortere tid til gevinst og mer kontroll på gjennomføringen (sammenlignet med andre konsepter vurdert)

Prosjektplanlegging og gjennomføring

Prosjektet er nå i en fase med detaljplanlegging av gjennomføringen, med faseinndeling for utvikling av løsning, med smidig tilnærming der testing og verifisering av løsning vil gjøres i tett samarbeid med pasienter og representanter for sektoren. Det er innledet dialog med Helse Nord RHF og 4 kommuner i nord om prosjektdeltagelse. Videre er det etablert et godt samarbeid med Direktoratet for e-helse, Norsk helsenett og KS (Læringsnettverket gode pasientforløp). Det er også innledet dialog med Helseplattformen.

Før midler kan utløses fra Digitaliseringsdirektoratet (totalt 41,7 MNOK over 3 år) må Helseledelse inngå avtaler med virksomheter som skal delta i prosjektet, NHN, Direktoratet for e-helse, Helse Nord RHF og kommuner i nord. Avtalene skal oversendes Digitaliseringsdirektoratet.

Ingen avtaler inngås før saken er behandlet i NUIT med anbefaling om dekning av drifts- og forvaltningskostnader. Helseledelse vil ikke inngå avtaler og utløse midler fra Digitaliseringsdirektoratet til utvikling av en løsning i kjernejournal og Helsenorge, hvis det foreligger usikkerhet på dette området. KS har tidligere støttet saken gjennom et notat til Digitaliseringsdirektoratet og det er gitt anbefaling om å søke midler fra Digitaliseringsdirektoratet fra en bredt sammensatt styringsgruppe.

Fremtidige drifts- og forvaltningskostnader er beregnet til 3 MNOK i 2022 og 6,4 MNOK pr år fra og med 2023. Drifts- og forvaltningskostnader er beregnet ut fra utviklingskostnadene som er spesifisert i søknaden til Digitaliseringsdirektoratet, totalt kr 31,8 MNOK. Det er tatt utgangspunkt i 20% årlige drifts- og forvaltningskostnader. For 2022 vil drifts- og forvaltningskostnadene bli lavere enn de kommende årene, da løsningen ikke vil være ferdig utviklet med all ønsket funksjonalitet før i 2023. Helseledelse vil ikke kunne påta seg drifts- og forvaltningskostnader.

Helseledelse ber NUIT om tilslutning til gjennomføring av prosjektet med anbefaling om dekning av drifts- og forvaltningskostnader.

Vedtak på tilsluttende saker

Sak	Tema	Vedtaksformulering
5/21	Digital behandlings-, egenbehandlings- og veiledende planer	Vedtak: NUIT bekrefter at det er stort behov for at helseaktører settes bedre i stand til å samarbeide om pasientenes behandlings-, egenbehandlings- og veiledende planer, og at prosjektene på dette feltet må prioriteres høyt. NUIT anbefaler at forvaltningskostnader for behandlings-, egenbehandlings-

		og veiledende planer i kjernejournal og Helsenorge blir prioritert dekket. Anbefalingen gis med forbehold om at man tar stilling til dette når det totale kostnadsnivået for økte forvaltningskostnader foreligger.
...		

Sett inn rader ved behov

Til Møte 4/21
Dato 15.09.2021
Saksnummer 26/21
Type Drøfting

Fra Karl Stener Vestli
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

Evaluering av nasjonal styringsmodell for e-helse

Forslag til vedtak

NUIT 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.

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 NUIT (prioriteringsutvalget) sin rolle
- Hvilken type saker bør behandles i NUIT
 - Saker som drøftes og tilsluttes i NUIT (NUIT har et selvstendig ansvar)
 - Saker som drøftes i NUIT, før videre drøfting og tilslutning i topplederutvalget

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 har Direktoratet for e-helse våren 2021 gjennomført 1-til-1 møter med medlemmene i Nasjonalt e-helsestyre. Dette sammen med tilbakemeldinger på styringsmodellen 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 fra møter i styringsmodellen, har gitt grunnlag for å utarbeide det overordnede utfordringsbildet.

Utfordringsbildet og noen foreløpige forslag til endringer har i løpet av august blitt drøftet i separate møter med statlige etater, de regionale helseforetakene, KS og kommuner, samt 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
- Å ha et organ som tar styring på prioriteringer er helt avgjørende for å lykkes med felles kommunal journal
- 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

Hva denne styringsmodellen skal være og hvordan den skal fungere, har 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. Det oppfattes at Nasjonalt e-helsestyre nå er et styre hvor medlemmene ikke har en reell påvirknings- eller beslutningsmyndighet.

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

Det er uklart for medlemmene hva en tilslutning i styringsmodellen faktisk innebærer, og hva som er konsekvensen av vedtak som fattes i ulike utvalg.

Det er viktig å ha tid nok til å kjøre forankrings- og modningsprosesser i forkant av en tilslutning. Dette er spesielt viktig for kommunesektoren for å lettere kunne få forpliktende vedtak i kommunene. Lokaldemokratiet står sterkt i Norge, og det må respekteres.

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 kan jobbe tettere sammen for å få helheten tydeligere frem på de sakene som løftes inn i møtene.

Det blir stilt spørsmål til 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. Nasjonalt e-helsestyre foreslås endret til Nasjonalt e-helseråd. Alle aktørene bør bringe inn sine strategiske saker til styringsmodellen. De regionale

helseforetakene, kommune og helseforvaltningen jobber alle med strategier og tiltak som har betydning på nasjonalt nivå. NUFA praktiserer allerede i dag at aktørene bringer inn aktuelle saker til drøfting.

Det foreslås også at Direktoratet for e-helse tar en koordinerende rolle overfor Helsedirektoratet, Folkehelsedirektoratet, Digitaliseringsdirektoratet og Norsk helsenett, for å få helheten på enkelte saker som løftes inn bedre frem.

Direktoratet for e-helse deltar i utvalgene på lik linje med de andre aktørene, og har i tillegg ansvar for sekretariatet og å fasilitere prosesser knyttet til utvalgsmøtene. Som fagorgan med nasjonal myndighet på e-helseområdet har Direktoratet for e-helse i tillegg et ansvar for å se helheten i e-helseutviklingen. Direktoratet for e-helse skal være helse- og omsorgssektorens og departementets sentrale rådgiver på e-helseområdet.

Ambisjonen bør være å få flere drøftings- og tilslutningssaker og færre orienteringssaker i utvalgene. En tilslutning blir av Språkrådet definert som *oppslutning*. Dette kan være å stille seg bak eller si seg enig i en anbefaling, en strategi, prioriteringer i et veikart mv. Enhver tilslutningssak skal tydeliggjøre hvilke konsekvenser og forpliktelser saken vil medføre for aktørene. Konsekvensene må tydeliggjøres i saksunderlaget, slik at medlemmene kan vurdere 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 veie tyngre opp mot Helse- og omsorgsdepartementet.

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

Den foreløpige anbefalingen fra Direktoratet for e-helse er å beholde strukturen med en tredelt styringsmodell, men med noen endringer. Mandatene må tydeliggjøres og spisses. Det foreslås å tillate faste stedfortredere i Nasjonalt e-helseråd.

Følgende formål foreslås for de tre nivåene 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 også følge opp gjennomføring av nasjonal e-helseportefølje og veikart, samt å anbefale strategiske tema til Nasjonalt e-helseråd.
NUFA *) Fagutvalget	Formålet med NUFA er å gi råd og anbefalinger i sentrale problemstillinger innen e-helse. Fagutvalgets råd skal ivareta innbyggerens og helse- og omsorgssektorens behov.

*) Eventuelle nye navn er foreløpig ikke vurdert

NUITs rolle

Det er en målsetning at Nasjonalt e-helseråd og NUIT skal behandle strategiske saker.

NUIT anbefales å få en strategisk rolle med å forberede og anbefale saker til Nasjonalt e-helseråd. Forslag til slike saker er for eksempel strategisk retning, målbilder og veikart og prioriteringer knyttet til dette, produktstrategier for de nasjonale e-helseløsningene, andre prinsipielle strategiske saker, samt kostnader til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger.

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 er ønskelig at alle aktørene bringer inn strategiske saker til styringsmodellen, og det foreslås at NUIT får et spesielt ansvar for å bringe inn saker for behandling kun i NUIT, eller som anbefaling av saker til Nasjonalt e-helseråd.

NUIT skal også gi råd og anbefalinger i strategiske spørsmål.

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 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.

NUFAs vurdering av egen rolle

Videreutvikling av styringsmodellen blir 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. NUFAs tilbakemeldinger vil bli ettersendt.

Videre prosess

Videreutvikling av styringsmodellen skal også drøftes i Nasjonalt e-helsestyre 21. september.

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.

Innspill fra NUFA i møte 1. september til saken om evaluering av nasjonal styringsmodell for e-helse

Direktoratet for e-helse har i tildelingsbrev for 2021 fått i oppdrag å levere forslag til hvordan den nasjonale styringsmodellen for e-helse kan videreutvikles for å ivareta helhetlig og i størst mulig grad forpliktende e-helseutvikling. Oppdraget har frist 15. oktober 2021. Arbeidet skal baseres på evaluering av dagens styringsmodell og skal skje i tett samarbeid med, og forankres hos, aktørene i helse- og omsorgssektoren.

Forslag til NUFAs rolle i forbindelse med videreutvikling av nasjonal styringsmodell for e-helse ble lagt frem i møte av Siv Ingebrigtsen, Direktoratet for e-helse.

Følgende innspill fra NUFAs medlemmer ble tatt med fra møtet:

- 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 styrer 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?

Til Møte 4/21
Dato 15.09.2021
Saksnummer 27/21
Type Drøfting

Fra Liv Heidi Brattås Remo (Helsedirektoratet) og Elin Høyvik
Saksbehandler Kindingstad
Bjørnar Andreassen (Helsedirektoratet), Avrinder Jit Kaur Bajwa,
Thor Steffensen

Innretning av velferdsteknologiprogrammet 2022-2024, inkludert plan for arkitektur og infrastruktur

Forslag til vedtak

NUIT støtter foreslått innretning av velferdsteknologiprogrammet 2022 – 2024 og foreløpig målhierarki for neste programperiode. NUIT ber Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse sørge for at innspill blir ivaretatt i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Hensikten med denne saken er å orientere om videre innretning av velferdsteknologiprogrammet i perioden 2022-2024 og hvordan dette henger sammen med plan for arkitektur og infrastruktur for digital hjemmeoppfølging. Det er ønskelig med innspill fra NUIT på foreslått innretning for det videre arbeidet og målhierarkiet for neste programperiode.

Bakgrunn

Regjeringen sendte ut en pressemelding 16. august om at velferdsteknologiprogrammet videreføres i perioden 2022-2024. Formålet med videreføringen er:

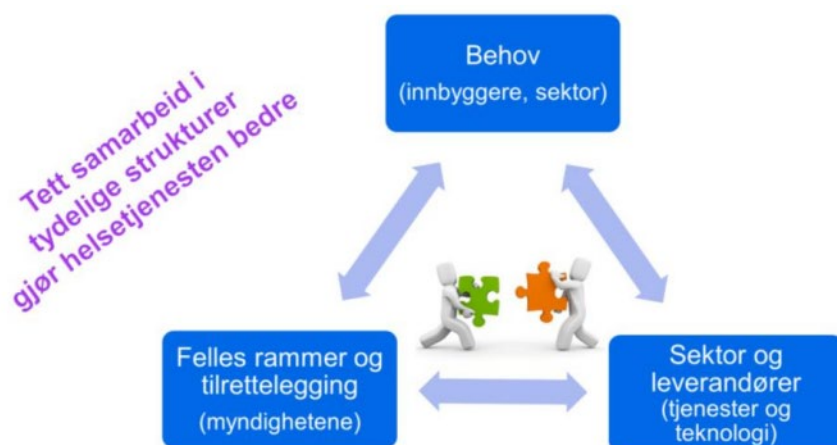
- **Støtte kommunene i arbeidet med å innføre velferdsteknologi** som en ordinær del av tjenesten og tilrettelegge de nasjonale rammebetingelsene for ønsket utvikling i tjenesten
- Programmet skal innrettes på en slik måte at **kommunene etter 2024 skal være i stand til å selv prioritere, drifte og implementere** velferdsteknologiske løsninger

I den forbindelse har Helsedirektoratet mottatt et tilleggoppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om beskrivelse av innretning av velferdsteknologiprogrammet i den neste perioden innen 10.november. Innretningen skal omfatte følgende tiltak:

- Tiltak 1: Videre spredning av DHO for kroniske syke
- Tiltak 2: Spredning av VFT til barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse
- Tiltak 3: Etablering av varig struktur for nettverk for innføring av VFT
- Tiltak 4: Prosessveiledning for kommuner
- Tiltak 5: Arkitektur og infrastruktur

- Tiltak 6: Sosial kontakt for eldre
- Tiltak 7: Sentrale tiltak, rådgivning, kunnskapsutvikling, utvikling av retningslinjer, opplæringsverktøy

Innretningen skal beskrives i samarbeid med Direktoratet for e-helse, KS og noen utvalgte kommuner. Arbeidet skal sees i **sammenheng med tiltakene i Digi-hjem¹**, og evt. avhengigheter skal synliggjøres. Innretningen skal videre ta utgangspunkt i og bygge videre på erfaringer fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram 2013-2021, og anbefalingen om veien videre for Nasjonalt velferdsteknologiprogram fra høsten 2020². I anbefalingen om veien videre for programmet kom det frem at Nasjonalt velferdsteknologiprogram har profitert på et bra og tett samarbeid mellom de involverte aktørene, med KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet representert i programledelsen. Videre satsning bør bygge på dette, men innrettes enda bredere, fokusere på tvers av tjenestenivåer og med en enda klarere involvering av brukere, profesjoner, tjenester og de forskjellige myndighetsaktørene på området. Følgende figur illustrerer hvordan tett samarbeid på dette området kan sikre bedre tjenester og økt bærekraft:



Det er ønskelig fra direktoratenes side at tiltak knyttet til arkitektur og infrastruktur i sterkere grad synliggjøres som virkemidler i arbeidet med programmets overordnede målsetting, samt tydeliggjøre sammenhengen med Digi-hjem. Gjennom dette vil vi i sterkere grad oppnå en behovsdrivet prioritering av arbeidet og en mer helhetlig gevinstvurdering. I tillegg til arbeid med spesifisering og realisering av digital samhandling i programmets prosjekter skal programmet være tydelige kravstillere inn til annet arbeid i Direktoratet for e-helse innen arkitekturstyring, standardisering, kodeverk og terminologi og digital samhandling, samt inn til NHN sitt arbeid med utvikling av nasjonal digital samhandlingsplattform.

Om programmet

Programmet omfatter prosjekter knyttet til teknologi for trygghet- og mestring, digital hjemmeoppfølging av kronisk syke, arkitektur og infrastruktur, og sosial kontakt og verktøy for barn med nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi for trygghet og mestring utgjør en stor del av programmet. Det er innen medisineringsstøtte, lokaliseringsteknologi (GPS), pasientvarsling og digitalt tilsyn flest kommuner tilbyr velferdsteknologi på lik linje med andre tjenester. Ved utgangen av 2020 anslås det at 70 pst. av befolkningen bor i en kommune hvor trygghet og mestringsteknologier tilbys på lik linje med andre tjenester på minst ett anbefalt område. Det pågår utprøving av digital hjemmeoppfølging for kronisk syke pasienter i seks kommuner i perioden 2018–2021. Formålet med utprøvingen er å utvikle en mer helhetlig og teambasert tjeneste tilpasset brukernes behov for å gi bedre og mer kostnadseffektiv oppfølging.

¹ Digi-hjem er et prosjekt i Helsedirektoratet som koordinerer alle tiltakene knyttet til digital hjemmeoppfølging knyttet opp mot realisering av Nasjonal helse- og sykehusplan.

² Velferdsteknologi etter 2020 - Anbefaling om strategi for veien videre

Utprøvingen skal bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag om hvordan tjenesten bør organiseres. Det er særlig behov for mer kunnskap om fastlegens rolle. Resultatene så langt viser at brukerne opplever at de får bedre oppfølging, er tryggere og har mer kontroll over egen helse. I tillegg har flere kommuner prøvd ut et nasjonalt knutepunkt for velferdsteknologi for å vurdere om en slik løsning kan gjøre det enklere å sikre effektiv deling av informasjon i tjenesten. Utprøvingen viser at knutepunktet bidrar til standardisering, økt informasjonssikkerhet, bedre datakvalitet og gjør det enklere for kommuner å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger.

Selv om bruken av velferdsteknologi har økt og er stigende, har programmet kartlagt både interne og eksterne barrierer for ytterligere spredning. Noen av de mest vesentlige barrierene er:

- Finansielle barrierer (fragmentert finansiering)
- Tekniske barrierer (mangelfull informasjonsdeling, mangelfull mobildekning, manglende sertifiseringsordninger, mm.)
- Regulatoriske barrierer
- Organisatoriske barrierer
- Kulturelle barrierer
- Barrierer knyttet til kompetanse

Dette er barrierer som vil bli adressert i neste programperiode.

Foreløpig målhierarki for neste programperiode

Høsten 2020 leverte programmet en anbefaling om veien videre for Nasjonalt velferdsteknologiprogram, som inkluderte forslag til målhierarki som er oppgitt nedenfor. Dette forslaget videreutvikles av programmet og danner grunnlag for planen som skal leveres til Helse- og omsorgsdepartementet 10. november. En status på dette arbeidet skal leveres til departementet 10. september, og vil bli gjennomgått på NUIT.

Overordnet målsetting for programmet:

Velferdsteknologi bidrar til god helse og mestring i befolkningen og bærekraftig samfunnsutvikling.

Resultatmål ut 2024:

1. Helhetlige tjenestemodeller for velferdsteknologi er etablert og sikret, og endrings- og avlæringsprosessene har bidratt til varig endret praksis i helse- og omsorgstjenestene.
2. Det er etablert en struktur og varig forvaltningsmodell for råd og veiledning til helse- og omsorgstjenestene knyttet til implementering av velferdsteknologi, med roller og ansvar for ulike aktører.
3. Kunnskap generert i velferdsteknologiprogrammet og videre satsing har bidratt til ny praksis for tjenester til barn, unge og voksne med nedsatt funksjonsevne og for medisinsk avstandsoppfølging/digital hjemmeoppfølging av kronisk syke. Det finnes minst ett godt eksempel i alle fylker hvor velferdsteknologi er integrert i tjenester til hver av de to målgruppene.
4. Det er utviklet minst en resultatindikator for å følge med på effekt av velferdsteknologi integrert som verktøy i helse- og omsorgstjenestene.
5. Tilrettelegging for informasjonsdeling som støtter helse- og omsorgstjenestens behov for samhandling knyttet til velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging, er under utbredelse i tjenesten. Realisering av nødvendige nasjonale samhandlingskomponenter er videreført ut fra velferdsteknologisk knutepunkt og planlagt inn i andre pågående realiseringsløp for helhetlig samhandlingsløsning.

6. Utvidelse av velferdsteknologifokus i helse- og omsorgstjenesten til nye tjeneste- og teknologiområder er utredet, utprøving er igangsatt.

Prosess for videre arbeid

Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet vil frem mot endelig leveranse 10.november arbeide tett med KS, utvalgte kommunerepresentanter og øvrige tilgrensende nasjonale satsninger som Kvalitetsreformen Leve Hele Livet, Handlingsplan for allmennlegetjenesten og arbeidet i Nasjonal helse- og sykehusplan med å flytte tjenester hjem ved hjelp av teknologi ("Digi-hjem") for å utarbeide konkrete forslag til aktiviteter og leveranser i Nasjonalt velferdsteknologiprogram for perioden 2022-2024. Det vil bli avholdt workshops med representanter fra sektor, i tillegg til forankring i NUFA, NUIT og gjennom innspillsrunder. I tillegg vil det avholdes styringsgruppemøte for velferdsteknologiprogrammet og Digi-hjem, der vår anbefaling vil bli drøftet.

Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet ber NUIT drøfte følgende spørsmål:

- Har NUIT innspill til foreslått innretning av velferdsteknologiprogrammet i perioden 2022-2024, som inkluderer plan for arkitektur og infrastruktur?
- Har NUIT innspill til foreslått målhierarki for neste programperiode?

Til Møte 4/21
Dato 15.09.2021
Saksnummer 28/21
Type Drøftingssak

Fra Norunn Saure
Saksbehandler Lars Angell-Jørgensen

Felles hjelpenummer

Forslag til vedtak

NUIT tar saken til orientering og ber Skatteetaten og Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene fra drøftingen inn i arbeidet.

Hensikt med saken

Saken omhandler felles hjelpenummer og ny personidentifikator sett i sammenheng med Skatteetatens utredning av en 3dje personidentifikator i Norge. Hensikten er å orientere NUIT om arbeidet som pågår (kort gjennomgang av arbeidet i Skatteetaten og i Direktoratet for e-helse), og få innspill fra NUIT på arbeidet.

Bakgrunn

Direktoratet for e-helse utredet i 2019/2020 bruk av felles hjelpenummer og innføring av ny personidentifikator (PID) i helse – og omsorgssektoren på oppdrag fra HOD. Utredningen omfattet også et forslag til gjennomføring. Så langt har ikke dette blitt prioritert/finansiert.

Skatteetaten har i 2021 igangsatt en tverrsektoriell, overordnet utredning av samfunnets behov for en tredje type personidentifikator. Denne utredningen skal være ferdigstilt 15. oktober 2021. I forbindelse med denne utredningen har Direktoratet for e-helse, i samarbeid med NHN, koordinert og innhentet innspill til dette arbeidet. Tidligere gjennomført utredning er også oversendt Skatteetaten.

Direktoratet for e-helse ved program MF Helse vil oppdatere utredningen fra 2020 basert på evt. endring i rammevilkår og med ny kunnskap samlet inn i forbindelse med Skatteetatens utredning. Oppdatert utredning blir beslutningsunderlag for hvordan en 3dje identitet skal tas i bruk i sektoren, og skal være klar innen 2021. Saken med anbefaling planlegges da forelagt NUIT Q4 2021 eller første møtet i 2022.

Til Møte 4/21
Dato 15.09.2021
Saksnummer 29/21
Type Drøfting

Fra Terje Wistner, KS

eHelse i kommunal sektor

Forslag til vedtak

NUIT tok saken til orientering

Hensikt med saken

Saken gir en orientering om KS og deltakende kommuners arbeid på e-helseområdet, inklusive status og veien videre for Felles kommunal journal.

Bakgrunn

Landstinget har gitt KS er gitt en tydelig rolle og et oppdrag med å sikre samordning og økt gjennomføringskraft i digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor. Dette omfatter følgende hovedområder:

- ivareta og videreutvikle samordnings- og samstyingsstrukturen for digitalisering og smart bruk av teknologi i kommunal sektor i samarbeid med regionale digitaliseringsnettverk
- representere sektoren og dens interesser overfor staten og andre nasjonale aktører, og oppnevne sektorens representanter til råd, utvalg og nasjonale prosjekter innen digitalisering
- være en pådriver for digital kompetanse, utvikling og utbredelse av sammenhengende tjenester og felles kommunale løsninger og komponenter i tett samarbeid med ressurser hos medlemmene og regionale digitaliseringsnettverk, og støtte opp om prosjekter som er strategisk viktige for kommunene
- i samspill med medlemmene være en pådriver for utvikling av digitaliseringsvennlig regelverk og premissleverandør for utvikling av felles standarder og virksomhetsarkitektur for kommunal sektor

KS deltar, sammen med en rekke kommuner, i Nasjonalt e-helsestyre, NUFA, NUIT og andre nasjonale e-helsefora og utvalg med formål å formidle innspill, posisjoner og forventninger til nasjonale e-helseområder.

Behov for et felles plan og rammeverk for eHelse

Det er mange pågående nasjonale og lokale tiltak med mål om å digitalisere helse- og omsorgstjenestene, men kommunesektoren har ikke tilstrekkelig kapasitet, investeringsevne eller kompetanse til å prioritere alle e-helsetiltak på en gang. Derfor arbeider KS, med bistand fra kommunene, med et felles plan- og rammeverk e-helse for kommunal sektor. Formålet er å samordne kommunal

Side 1 av 3

sektors målsetninger innen e-helseområdet slik at gjennomføringsevnen øker og at kommunene kan realisere nødvendige gevinster på kort og lang sikt. Det er helt avgjørende å prioritere de tiltakene som kommer innbyggere til gode, og som gir reelle gevinster for kommunene.

Det foreløpige utkastet til felles plan- og rammeverk (skal ferdigstilles og behandles i KS hovedstyre i høst) legger derfor vekt på spesielt fem prioriterte e-helseområder de neste tre til fem årene:

- Utvikling og utprøving på legemiddelområdet, spesielt med vekt på kjernejournal, sentral forskrivningsmodul og pasientens legemiddelliste
- Innføring av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging
- Utbredelse av innbyggertjenester
- Felles journalløsninger, inklusive Helseplattformen og Felles kommunal journal
- Tilretteleggelse for digital samhandling

Prioritering av de fem e-helseområdene forutsetter godt og likeverdig samarbeid med myndighetene, statlige og private virksomheter og fag- og profesjoner. I tillegg er det en rekke forutsetninger og virkemidler som må ligge til grunn for å lykkes med de fem prioriterte områdene:

- Felles nasjonal modell for utbredelse av nasjonale e-helseløsninger
- Tydelig styringsmodell som sikrer kommunal sektors medinnflytelse som likeverdige parter
- Finansieringsprinsipper som setter kommunal sektor i stand til å bære fremtidige kostnader av e-helseinitiativer
- En felles leverandørdialog basert på felles prioriteringer

Felles plan- og rammeverk vil være et viktig verktøy i dialog med aktørene i helsesektoren og som grunnlag for å skape et felles utgangspunkt for prioriterte områder for samhandling, tjenesteutvikling og gevinstrealisering.

Felles kommunal journal

Felles kommunal journal er et av de prioriterte satsningsområder for kommunal sektor, og da spesielt for de kommunene som er utenfor Midt-Norge. Følgende gir bakgrunn for området og status for det pågående samarbeidsprosjektet mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), KS og foregangskommuner (Bærum, Bodø, Bergen, Kristiansand, Ringsaker, Vinje, Oslo, Hammerfest og Stavanger).

Felles kommunal journal er et av flere tiltak som skal bidra i realiseringen av «En innbygger – en journal». Felles kommunal journal var tidligere en del av tiltaket Akson i Direktoratet for e-helse, da under navnet Akson journal.

Høsten 2020 ble Akson delt i to programmer. Direktoratet for e-helse er ansvarlig for å realisere nasjonale samhandlingsløsninger i et program Digital samhandling. Akson journal er omdøpt til Felles kommunal journal der stat og kommune skal videreføre prosjektarbeidet med å etablere grunnlaget for stegvis realisering av Felles kommunal journal inklusive anskaffelses-, løsnings- og gjennomføringsstrategi. Samarbeidsprosjektet skal tydeliggjøre hvordan realiseringen skal organiseres, finansieres og styres herunder utrede selskapskonstruksjoner og former for fremtidig virksomhet samt øvrige gjenstående punkter påpekt av KS og kommuner gjennom vedtak i Nasjonalt e-helsestyre. Det skal legges vekt på å sikre robust styring og organisering med økonomisk bærekraft, sett i sammenheng med rollen til NHN som nasjonal tjenesteleverandør. Målet er å utvikle et oppdatert styringsdokument med klare anbefalinger

til veien videre iht. kravene i statsbudsjettet for 2021, samt et fyllestgjørende beslutningsgrunnlag for deltakende kommuner, KS og Helse- og omsorgsdepartementet for å ta stilling til videre veivalg.

KS etablerer et interimsselskap for prosjektsamarbeidet

Våren 2021 ble det vedtatt at KS etablerer et heleid datterselskap som skal midlertidig videreføre arbeidet med Felles kommunal journal. Sentralt for FKJ er å følge at «...prinsipper om økosystem, plattformtilnærming og samhandling, samt en stegvis gjennomføring, er omsatt til en planlagt, konkret og troverdig løsnings- og gjennomføringsstrategi» (Fra kvalitetssikringsrapport 2 fra 26 juni 2020). Innenfor rammen av valgt konsept, bygges det derfor videre på konkretisering av dette. Det skal utarbeides et beslutningsgrunnlag som innebærer en oppdatert løsnings-, anskaffelses- og gjennomføringsstrategi knyttet til veien videre for Felles kommunal journal. Selskapet som KS etablerer, skal lede utviklingen frem til kommunene selv har det nødvendige beslutningsgrunnlaget for å ta stilling til deltagelse i Felles kommunal journal.

Våren 2021 var samarbeidsprosjektet fokusert på å tydeliggjøre løsningsforslaget og involvere og forankre dette blant interessentene og med det som utgangspunkt endre omdømmet til løsningen til det mer positive.

Forankring og videre arbeid

Samarbeidsprosjektet har hittil i år lagt stor vekt på kommunikasjon og forankring, først og fremst av sentrale egenskaper og prinsipper i løsningsforslag. Det er også gjennomført dialog- og innspillsmøter med fag- og profesjonsforeninger, pasient- og brukerorganisasjoner, kommuner og leverandører, samt akademia, kunnskapsnæring og offentlig virksomhet.

Videre arbeid skal som nevnt blant annet resultere i et beslutningsunderlag for kommuner (utenfor Midt-Norge), som må gi nødvendige svar for å ta stilling til deltagelse og forpliktelse i Felles kommunal journal. Tett samarbeid og dialog med sentrale aktører som berøres av tiltaket, blir helt essensielt i arbeidet med å finne de gode svarene sammen.

Det er for tiden mange samtidige initiativ i gang for å sikre bedre e-helseløsninger for innbyggere og helsepersonell. Det er derfor behov for en god koordinering av tiltakenes arkitektur, rekkefølge, og avhengighet.

.

Til Møte 4/21
Dato 15.09.2021
Saksnummer 30/21
Type Drøfting

Fra Elin Høyvik Kindingstad
Saksbehandler Inger Anette Finrud/Merete Lassen

Innspill til prinsipper for kobling mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet

Forslag til vedtak

NUIT tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene inn i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse, i samarbeid med Norsk helsenett SF, er godt i gang med hovedleveransen i oppdraget der vi skal vurdere prinsipper for koblingen mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet.

Arbeidet er i en tidlig fase, og vi ønsker å få innspill til følgende:

- Hva bør være formålet med prinsippene?
- Hvem skal prinsippene gjelde for?
- Hvilket nivå skal prinsippene ligge på?
- Er vi på et modenhetsnivå hvor vi kan utarbeide prinsipper, eller burde vi på nåværende tidspunkt heller omtale det som anbefalinger?
- Hvordan skal prinsippene/anbefalingene forankres med sektor?
- Hvilke perspektiver er det forventet at de ulike interessentgruppene vil ha?

Hva bør være formålet med prinsippene?

Et relatert spørsmål er også *Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?* Noe av problemet i dag er at det er uklart hva som bør være tilgjengelig på Helsenorge og hva som kan etableres i andre digitale innbyggertjenester. Gjennom dialog med aktører som FIN-oppdraget har gjennomført, har det kommet frem flere relevante problemstillinger som vil berøre prinsippene. Dette er f.eks. rolleforståelse mellom en offentlig nasjonal myndighet (Direktoratet for e-helse), tjenesteleverandør (NHN) og andre offentlig og private aktører og usikkerhet rundt forutsigbarhet for investeringer og mulighet for å innovere og tilby sine tjenester gjennom offentlig styrte plattformer som Helsenorge.

Det ser ut til å være et behov for prinsipper som tydeliggjør hva som bør finnes på en nasjonal portal og hva som kan tilgjengeliggjøres i andre løsninger, og samspillet mellom disse.

Hvem skal prinsippene gjelde for?

Skal prinsippene gjelde for alle som har utviklet, utvikler eller anskaffer en portal eller app som benyttes av innbyggere, eller er det behov for å avgrense dette? I tillegg til informasjons- og administrasjonsportaler, lages det også f.eks. løsninger som benyttes til digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologiske løsninger. Et annet eksempel på flere ulike løsninger (nettsider og app-er), viser seg nå under vaksinasjonsperioden for korona, hvor det utvikles flere offentlige og private løsninger for innbygger (eks. Helseboka, kommuner med egen løsning, osv.). Dette skjer også på andre områder som eks. fremveksten av private aktører som tilbyr legekonsultasjoner medfører også ofte etablering av løsninger og app-er på telefonen.

Hvilket nivå skal prinsippene ligge på?

Det har vært diskutert om prinsippene skal ligge på et overordnet nivå, litt som Digitaliseringsdirektoratets arkitekturprinsipper, f.eks. "Ta utgangspunkt i brukernes behov". Et alternativ er å ha prinsipper som er mer detaljerte som f.eks. "Alle digitale innbyggertjenester skal forholde seg til innstillingene innbygger har lagt inn i den nasjonale personvernkomponenten". Hvilket nivå prinsippene skal ligge på, må være i samsvar med hva som er formålet med prinsippene og hvem de skal gjelde for.

Bakgrunn

Direktoratet for e-helse har i tilleggsoppdrag 3 blitt bedt om å utarbeide prinsipper for kobling mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet, herunder Helsami. Etter dialog med Helse- og omsorgsdepartementet er det klart at de har en forventning om at leveransen skal sette retning for hvordan utviklingen på innbyggertjenester skal være, og hvordan dette bygger opp under strategien i Nasjonal helse- og sykehusplan og nasjonal e-helsestrategi. Det er forventninger om at leveransen skal tydeliggjøre om det foreligger nødvendige rammebetingelsene for å oppnå det ønskede resultatet.

Arbeidsgruppen anser leveransen for å være av strategisk karakter, og ønsker å forankre innretning og få innspill fra sektoren.

Om oppdraget

Direktoratet for e-helse mottok 29. mars 2021 tilleggsoppdrag om å vurdere prinsipper for koblingen mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet, herunder Helsami

Fra oppdragsteksten:

Det fremgår av Nasjonal helse- og sykehusplan at regjeringen legger til grunn at hels norge.no er, og fortsatt vil være, innbyggernes hovedinngang til offentlige helse- og omsorgstjenester på nett. Det er samtidig et mål at hels norge.no skal tilrettelegges med grensesnitt som åpner for at ulike aktører og leverandører kan gjøre sine løsninger tilgjengelig på hels norge.no. Vi ber på den bakgrunn om at direktoratet innen 1. oktober kommer 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. Oppdraget skal ses 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 og har frist den 1. oktober. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Norsk Helsenett SF.

Det fremgår videre av foretaksprotokollen for Helse Midt-Norge RHF for 2020 at "Helsenorge.no skal være innbyggernes hovedinngang til offentlige helsetjenester på nett. Det er et mål at de regionale helseforetakene innen 2023 har gjort digitale innbyggertjenester for innsyn, dialog og administrasjon tilgjengelig på hels norge.no. Det er videre et mål at hels norge.no skal tilrettelegges med grensesnitt som åpner for at ulike aktører og leverandører kan gjøre sine løsninger tilgjengelige på portalen."

Vurderingene og innretningen på tjenestene som utvikles av Helseplattformen og Helsami må ta utgangspunktet i dette. Vi ber om at direktoratet innen 22. april kommer med en beskrivelse av 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. Arbeidet skal gjøres i samarbeide med Helse Midt-Norge RHF og Norsk Helsenett SF.

Direktoratet for e-helse hadde også en leveranse i april i forhold til samspillet mellom Helsenorge og Helsami her vurderte Direktoratet for e-helse at det spesielt var tre områder som vil påvirke hvordan innbyggerne opplever Helsenorge og HelsaMi som en helhet. Det er hvordan de er integrert, overlapp mellom tjenester og kommunikasjon og merkevare.

Dette er vurderingene som ble tatt frem:

- For en innbygger er det avgjørende at opplysningene som ligger på Helsenorge er til å stole på. Hvis opplysningene ikke er til å stole på, vil løsningen få redusert verdi for innbyggeren og den vil bli mindre brukt. Opplysningene må være korrekte, gyldige og fullstendige. På bakgrunn av dette er det Direktoratet for e-helses vurdering at alle aktører i sektoren må etablere integrasjoner med Helsenorge på tjenesteområdene administrasjon, dialog og innsyn.
- Helsenorge har grensesnitt som åpner for at ulike aktører kan gjøre sine løsninger tilgjengelige på portalen, og Helse Midt-Norge bør benytte denne muligheten for å ivareta at innbyggere i midt-Norge fortsetter å ha Helsenorge som sin hovedinngang til offentlige helse- og omsorgstjenester på nett.
- For å støtte kravet om universell utforming vurderer Direktoratet for e-helse at sømløse uthopp er metoden som skal benyttes for integrasjon mellom Helsenorge og HelsaMi. Med sømløst uthopp menes at innbygger ledes direkte til den oppgaven som skal utføres i HelsaMi, uten å måtte lete seg fram i et nytt system.
- Det er overlapp mellom tjenestene i Helsenorge og HelsaMi, og administrasjon, dialog og innsyn dekkes av begge løsningene.
- I brukergruppene med langvarige sykdommer, alder over 65 år og/eller lav utdanning er det dokumentert at det er utfordringer med å navigere i helsetjenesten og lave digitale ferdigheter. For disse brukerne vil trolig én inngang til den digitale helsetjenesten være viktigere enn hvilke merkevarer som tilbyr hvilke tjenester.

Basert på disse vurderingene ble det utarbeidet en liste med tiltak som det anbefales at helse Midt-Norge RHF gjennomfører for å oppfylle kravene i foretaksprotokollen.

ARBEIDSUTKAST FOR DISKUSJON

Mål for prinsippene

De overordnede prinsippene for koblingen mellom den nasjonale plattformen Helsenorge og andre løsninger i markedet skal bidra til at aktører i sektoren kan ta beslutninger som gir et best mulig resultat for innbygger, næringsliv og samfunnet. Prinsippene understøtter de helsepolitiske målene og målene for digitaliseringsarbeidet i offentlig sektor for helsetjenester.

Det er en målsetting at prinsippene bidrar til:

- at den nasjonale styringen og koordineringen av IKT-utviklingen blir tydeligere
- å sette føringer for hvordan lokale/regionale løsninger bør samspille med den nasjonale innbyggerportalen
- å sette retning for digitalisering av den offentlige helsetjenesten
- å understøtte innovasjon og næringsutvikling ved å tilgjengeliggjøre løsninger fra helsetjenesten så vel som fra markedsaktører på Helsenorge
- at innbygger får en god brukeropplevelse på tvers av kanaler, flater og aktører
- å ivareta innbyggers behov for enkel tilgang, helhet og oversikt

Målgruppe for prinsippene

Målgruppa for prinsippene er alle aktører som bidrar til å levere offentlige helsetjenester, og inkluderer regionale helseforetak, kommuner, fylkeskommuner og andre virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, og tannhelsetjenesteloven

Utkast til prinsipper

1. **Prinsipp: Innbygger skal ha enkel tilgang til, og innsyn i, egne helseopplysninger via en felles nasjonal plattform.**

Det skal være enkelt for innbygger, eller dennes fullmektig, å benytte en digital tjeneste for å få en samlet nasjonal oversikt over oppdaterte, komplette og korrekte helse- og omsorgsopplysninger for innbygger uavhengig av hvor innbygger befinner seg. Innbygger må kunne stole på at opplysningene som er tilgjengelig på helsenorge.no er korrekte, gyldige og fullstendige.

Helsetjenesten skal være en likeverdig helsetjeneste, og pasientene skal oppleve sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner. Det er et mål at det digitale tjenestetilbudet skal være likeverdig, uavhengig av bosted og hvilke helse- og omsorgstjenester som benyttes. Pasientens helsetjeneste skal være en likeverdig helsetjeneste.

Begrunnelse for prinsippet

Det er en risiko at digitaliseringen kan medføre forskjeller i tilbudet til pasientene, men etter direktoratets mening vil pålegg om å ta de nasjonale e-helseløsningen i bruk være et viktig virkemiddel for å sikre likeverdige helsetjenester.¹

De nasjonale e-helseløsningene er viktige for at helse- og omsorgstjenesten kan oppfylle sitt sørge-foransvar. Løsningene gir best effekt når de benyttes av flest mulig aktører. Direktoratet for e-helse mener at det er viktig at de nasjonale e-helseløsningene tas i bruk raskere for å bidra til bedre samhandling og helhetlige pasientforløp, og sikre gevinster for både helsepersonell og innbyggere/pasienter.²

¹ Fra «Høringsuttalelse fra Direktoratet for e-helse til forslag til endringer i pasientjournalloven og forskrift om IKT-standarder i helse og omsorgstjenesten» 18. august 2021

² Fra «Høringsuttalelse fra Direktoratet for e-helse til forslag til endringer i pasientjournalloven og forskrift om IKT-standarder i helse og omsorgstjenesten» 18. august 2021

Anbefalinger for etterlevelse av prinsippet

Minimums krav:

- 1.1. Offentlige helseaktører må legge til rette for deling av helse- og omsorgsopplysninger slik at innbygger kan få en samlet oversikt over egne helse- og omsorgsopplysninger via en felles nasjonal plattform. Opplysningene skal være korrekte, komplette og oppdaterte.
 - 1.1.1. Dette betyr at den enkelte aktør i primær- og spesialisthelsetjenesten må tilgjengeliggjøre opplysninger på Helsenorge, slik som timeadministrasjon, dialog og innsyn.³
- 1.2. Innbygger skal oppleve at den nasjonale plattformen tilbyr sammenhengende tjenester uavhengig av hvem som leverer helsehjelpen og hvordan den offentlige helsetjenesten er organisert.
 - 1.2.1. Tjenester som tilbys på den nasjonale plattformen må oppleves sømløse for innbygger og bevare faglig kontekst og opplysninger ved integrasjon med andre lokale/regionale løsninger.
 - 1.2.2. For nasjonale tjenester som tilbys på den nasjonale plattformen for innbygger skal det være veldefinerte og dokumenterte grensesnitt for innhenting og utlevering av opplysninger med andre helseaktører. Aktører som utveksler opplysninger, må følge gjeldende nasjonale standarder for helsesektoren⁴.
 - 1.2.3. Innbygger skal slippe å logge seg inn flere ganger ved bruk av tjenester på den nasjonale plattformen. Ved integrasjon mellom den nasjonale plattformen og lokale/regionale løsninger må ansvarlige aktører legge til rette for dette.

Ytterligere anbefaling:

- 1.3. Alle IKT-systemene som helseaktørene benytter, bør designes for deling av opplysninger med andre IKT-systemer
 - 1.4. Offentlige helseaktører med lokale eller regionale innbyggerløsninger bør vurdere om overlappende tjenester med den nasjonale plattformen er hensiktsmessig.
 - 1.5. Helse-ID bør benyttes ved maskin-til-maskin datautveksling mellom helseaktører
 - 1.6. ID-porten bør benyttes ved innlogging til offentlige helsetjenester
2. **Prinsipp: Innbygger skal kunne se og registrere pårørendeinformasjon, fullmakter og personverninnstillinger ett sted.**

Det skal være enkelt for innbygger, eller dennes fullmektig, å benytte en digital tjeneste for å få en samlet nasjonal oversikt og kontroll over oppdaterte, komplette og korrekte representasjonsforhold og fullmakter, samt forvalte samtykker, tilganger og sperringer for digitale tjenester og bruk av helse- og personopplysninger.

Anbefalinger for etterlevelse av prinsippet

Minimums krav:

- 2.1. Alle aktører som leverer inn til den offentlige helsetjenesten skal benytte den nasjonale personvernkomponenten (i Helsenorge) da denne oppfyller minimumskravene og gir innbygger samlet nasjonal oversikt og kontroll for helse- og omsorgstjenestene.
 - 2.1.1. Offentlige helseaktører må legge til rette for at innbygger kan få innsyn i og forvalte fullmakter og personverninnstillinger samlet for helse- og omsorgstjenestene uavhengig av hvordan helsetjenesten

³ Se vedlegg (kommer senere) for hva som ligger definert under tjenestene timeadministrasjon, dialog og innsyn

⁴ Henviser til hvilke standarder det menes her

er organisert og hvor innbygger befinner seg.

2.1.2. Offentlige helseaktører må akseptere og benytte felles forvaltede representasjonsforhold, fullmakter og personverninnstillinger for helse- og omsorgssektoren.

Ytterligere anbefaling:

3. Prinsipp: Kvalitetssikrede og offentlig godkjente helseapper og selvhjelpsverktøy skal være enkelt og lett tilgjengelige for innbygger.

Den offentlige helsetjenesten skal legge til rette for innovasjon og næringsutvikling.....

Anbefalinger for etterlevelse av prinsippet

Minimums krav:

- 3.1. Felles nasjonal plattform for innbygger skal legge til rette for at eksterne leverandører kan levere nye tjenester inn på plattformen
- 3.2. Helseapper kan tilgjengeliggjøres på felles nasjonal plattform etter etablerte godkjenningsordninger. Godkjenningsordningen skal sikre helsefaglig kvalitet, sikkerhetsvurderinger og likebehandling av leverandørene.
- 3.3. Felles nasjonal plattform skal ha åpne og standardiserte grensesnitt for innrapportering og videreformidling av pasientgenererte data fra ulike kilder.
- 3.4. Alle markedsaktører som leverer digitale helsetjenester til felles nasjonal plattform må følge gjeldende nasjonale standarder for helsesektoren, og tilrettelegge for datadeling og åpne API.

Ytterligere anbefaling:

- 3.5. *Offentlige helseaktører bør benytte Helse-ID for identifisering og verifisering av andre aktører ved deling av data mellom systemer og virksomheter*

Til Møte 4/21
Dato 15.09.2021
Saksnummer 31/21
Type Orientering

Fra Karl Vestli
Saksbehandler Robert Nystuen

Bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften på e-helse

Forslag til vedtak

NUIT tar saken til orientering.

Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse ønsker å orientere NUIT om arbeidet med kunnskapsgrunnlag for anbefaling om bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften på e-helseområdet, herunder forslag til prinsipper for bruk av markedet styrket gjennomføringsevne på e-helseområdet.

Bakgrunn

Direktoratet for e-helse er i Tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2021 gitt følgende oppdrag:

"Innen 1. oktober levere en anbefaling om bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften på e-helseområdet, herunder forslag til prinsipper for bruk av markedet. Relevante aktører i forskningssystemet, helse- og omsorgstjenesten og privat næringsliv skal involveres i arbeidet. Direktoratet skal rapportere om status innen 1. juni."

Direktoratet er bedt av departementet om å se på hvordan gjennomføringskraften på e-helseområdet kan styrkes. Vårt fokus i arbeidet er på hvordan aktørene i sektoren og leverandørene samarbeider om at e-helseprodukter og -tjenester tas i bruk i helse- og omsorgssektoren. Det ser ut til at det mer friksjon i samarbeidet mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren og næringslivet enn ønskelig. Direktoratet ønsker å undersøke og i større grad forstå e-helsemarkedet i Norge for å dermed kunne utrede tiltak og bringe kunnskap som kan bidra til å forbedre samspillet mellom aktørene. Departementet etterspør et kunnskapsgrunnlag for politikkutvikling på feltet, samt anbefalinger om bruk av markedet. Arbeidet skal bidra til at vi tar ett skritt videre i oppfølging av Meld. St. 18 (2018-2019) Helsenæringen.

Side 1 av 2

[Vedlegg 10_Sak 31-21_Bruk av forskning innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften på e-helse](#)

Gjennomføring av oppdraget

Direktoratet er opptatt av å lytte og forstå hvordan aktørene opplever å være aktør i e-helsefeltet i Norge og forstå hvilke problemstillinger aktørene står ovenfor. Vi har ønsket å samle informasjon om dette gjennom en markedsundersøkelse og gjennom samtaler og intervjuer med aktører fra helse- og omsorgssektoren, forskningssystemet og næringslivet.