

<b>Møte i Nasjonalt e-helsestyre</b>	
<i>Møte</i>	4/2022
<i>Dato</i>	8. juni
<i>Tid</i>	Kl. 10.00 – 16.00
<i>Sted</i>	Radisson Blu, Gardermoen
<i>Medlemmer</i>	Inger Cathrine Bryne (Helse Vest RHF)                      Jan Hugo Sørensen (Nordreisa kommune) Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF)                      Kjell Wolff (Bergen kommune) Cecilie Daae (Helse Nord RHF)                              Lilly Ann Elvestad (FFO) Terje Rootwelt (Helse Sør-Øst RHF)                      Mina Gerhardsen (Nasjonalforeningen for folkehelsen) Mariann Hornnes (Direktoratet for e-helse)              Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Jan Arild Lyngstad (Helsedirektoratet)                      Steffen Sutorius Camilla Stoltenberg (Folkehelseinstituttet)              (Digitaliseringsdirektoratet) Kristin W. Wieland (KS)    Lill Sverresdatter Larsen (Norsk Sykepleierforbund) Svein Lyngroth (Oslo kommune) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune)
<i>Observatører</i>	Johan Ronæs (Norsk Helsenett SF)

Sak	Agenda Nasjonalt e-helsestyre	Tidspunkt	Sakstype
19/22	Godkjenning av innkalling og dagsorden	10:00	Godkjenning
20/22	Godkjenning av referatet fra møtet 30. mars og ekstramøtet 13. mai 2022 i Nasjonalt e-helsestyre	10:03	Godkjenning
21/22	Orientering fra Direktoratet for e-helse	10:05	Orientering
22/22	Stortingsmelding om helseberedskap	10:20	Orientering
23/22	Orientering om arbeidet med Felles kommunal journal (FKJ)	10:40	Drøfting
	<b>Lunsj</b>	<b>11:25</b>	
24/22	Videreutvikling av nasjonal styringsmodell og reviderte mandater for NUIT og NUFA	12:25	Anbefaling
	<b>Pause</b>	<b>13:25</b>	
25/22	Kostnadsfordeling av drift og forvaltning for de nasjonale e-helseløsningene	13:40	Anbefaling
26/22	Ansvarsdeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger	14:10	Anbefaling
	<b>Pause</b>	<b>14:40</b>	
27/22	Vurdering av alternativer for felles styring av PLL og PDS	14:55	Anbefaling
28/22	Hvordan avlate fastlegene ved innføring av pasientens legemiddelliste (PLL)	15:25	Drøfting
29/22	Eventuelt	15:55	

Sak	Tema	Sakstype
19/22	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden</b>	<b>Godkjenning</b>
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden.	
20/22	<b>Godkjenning av referatet fra møtet 30. mars og ekstramøtet 13. mai 2022 i Nasjonalt e-helsestyre</b>	<b>Godkjenning</b>
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre godkjenner referatet fra møtet 30. mars og ekstramøtet 13. mai 2022.	<b>Vedlegg 1:</b> Referat fra Nasjonalt e-helsestyre 30. mars 2022  <b>Vedlegg 1A:</b> Referat fra ekstramøtet i

		Nasjonalt e-helsestyre 13. mai 2022 ettersendes
<b>21/22</b>	<b>Orientering fra Direktoratet for e-helse</b>	<b>Orientering</b>
	Direktoratet for e-helse ønsker å orientere Nasjonalt e-helsestyre om følgende saker: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forordning om et Europeisk fellesområde for helsedata</li> <li>• Prinsipper for lagring av data</li> </ul>	<b>Vedlegg 2:</b> Topppnotat Orientering fra Direktoratet for e-helse
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar sakene til orientering.	
<b>22/22</b>	<b>Stortingsmelding om helseberedskap</b>	<b>Orientering</b>
	Helse- og omsorgsdepartementet vil orientere Nasjonalt e-helsestyre om at det skal legges frem en stortingsmelding om helseberedskap våren 2023.	<b>Vedlegg 3:</b> Topppnotat Stortingsmelding om helseberedskap
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar orienteringen fra departementet til etterretning.	
<b>23/22</b>	<b>Orientering om arbeidet med Felles kommunal journal (FKJ)</b>	<b>Drøfting</b>
	KS og Felles kommunal journal interim AS vil orientere Nasjonalt e-helsestyre om status i samarbeidsprosjektet Felles kommunal journal (FKJ) og få innspill og råd til det videre arbeidet med å utvikle en konkret og troverdig løsnings- og gjennomføringsstrategi for felles kommunal pasientjournal.  Vedlegg 4A «Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet April 2022» vil bli lagt ut på Nasjonalt e-helsestyre sine sider på ehelse.no.	<b>Vedlegg 4:</b> Topppnotat Orientering om arbeidet med Felles kommunal journal (FKJ)  <b>Vedlegg 4A:</b> <a href="#">Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet April 2022</a>
	<b>Forslag til vedtak:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nasjonalt e-helsestyre tok presentasjonen av arbeidet med Felles kommunal journal til orientering.</li> <li>2. Nasjonalt e-helsestyre gav sine innspill og råd til saken og ba om at disse tas med i de videre vurderinger i samarbeidsprosjektets arbeid.</li> </ol>	
<b>24/22</b>	<b>Videreutvikling av nasjonal styringsmodell og reviderte mandater for NUIT og NUFA</b>	<b>Anbefaling</b>
	Direktoratet for e-helse ønsker med denne saken: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Å drøfte de viktigste temaene i svarene fra høringsprosessen for den nasjonale styringsmodellen for e-helse og forslag til oppfølging</li> <li>2. Vedta reviderte mandater for Prioriteringsutvalget (NUIT) og Fagutvalget (NUFA)</li> <li>3. Å få anbefaling til revidert mandat for Nasjonalt e-helseråd</li> </ol> Vedlegg 5A, 5B og 5C vil bli lagt ut på Nasjonalt e-helsestyre sine sider på ehelse.no.	<b>Vedlegg 5:</b> Topppnotat Videreutvikling av nasjonal styringsmodell og reviderte mandater for NUIT og NUFA  <b>Vedlegg 5A:</b> <a href="#">Nasjonalt e-helseråd – revidert mandat</a>  <b>Vedlegg 5B:</b> <a href="#">NUIT – revidert mandat</a>

		<b>Vedlegg 5C:</b> <a href="#">NUFA – revidert mandat</a>
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre vedtar reviderte mandater for Prioriteringsutvalget (NUIT) og Fagutvalget (NUFA), og anbefaler Direktoratet for e-helse å vedta mandat for Nasjonalt e-helseråd.	
<b>25/22</b>	<b>Kostnadsfordeling av drift og forvaltning for de nasjonale e-helseløsningene</b>	<b>Anbefaling</b>
	Direktoratet for e-helse ønsker å drøfte med Nasjonalt e-helsestyre fordelingen av kostnader til forvaltning og drift gjeldende for 2023 for de nasjonale e-helseløsningene Helsenorger, kjernejournal og e-resept, samt grunndata og helseID (som en del av Helsenettet).	<b>Vedlegg 6:</b> Toppnotat Kostnadsfordeling av drift og forvaltning for de nasjonale e-helseløsningene
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre anbefaler fremlagte forslag til fordeling av vekst i kostnader til forvaltning og drift for de nasjonale e-helseløsningene for 2023.	
<b>26/22</b>	<b>Ansvarsdeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger</b>	<b>Anbefaling</b>
	Direktoratet for e-helse ønsker å drøfte med Nasjonalt e-helsestyre og få en anbefaling til oppdraget direktoratet har fått fra Helse- og omsorgsdepartementet om å utarbeide forslag til ansvarsdeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger.	<b>Vedlegg 7:</b> Toppnotat Ansvarsdeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre anbefaler forslag til ansvarsdeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger.	
<b>27/22</b>	<b>Vurdering av alternativer for felles styring av PLL og PDS</b>	<b>Anbefaling</b>
	Direktoratet for e-helse ønsker med denne saken å få innspill fra Nasjonalt e-helsestyre på vurderingen og anbefalingen for felles styring av program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste fra 2023.	<b>Vedlegg 8:</b> Toppnotat Vurdering av alternativer for felles styring av PLL og PDS
	<b>Forslag til vedtak:</b> Direktoratet for e-helse tar innspillene fra Nasjonalt e-helsestyre med i beslutningsunderlaget som danner grunnlaget for direktoratets beslutning rundt organisering og styring av PDS og PLL fra 2023.	
<b>28/22</b>	<b>Hvordan avlaste fastlegene ved innføring av pasientens legemiddelliste (PLL)</b>	<b>Drøfting</b>
	Direktoratet for e-helse ønsker en drøfting av de foreslåtte tiltakene for hvordan fastlegens merarbeid kan avlastes ved innføring av PLL.  Vedlegg 9A «Hvordan avlaste fastlegene» er lenket opp til Nasjonalt e-helsestyre sine sider på ehelse.no her i agendaen og i toppnotatet.	<b>Vedlegg 9:</b> Toppnotat Hvordan avlaste fastlegene ved innføring av pasientens legemiddelliste (PLL)  <b>Vedlegg 9A:</b>

		<a href="#">Hvordan avlaste fastlegene</a>
	<b>Forslag til vedtak:</b> Programmet tar innspillene med i det videre arbeidet med å svare på oppdraget.	
<b>29/22</b>	<b>Eventuelt</b>	

# Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre

<i>Møte</i>	2/2022	
<i>Dato</i>	30. mars 2022	
<i>Tid</i>	Kl. 10.00 – 15.30	
<i>Sted</i>	Radisson Blu, Gardermoen	
<b>Medlemmer</b>		
<i>Til stede</i>	Inger Cathrine Bryne (Helse Vest RHF) Terje Rootwelt (Helse Sør-Øst RHF) Mariann Hornnes (Direktoratet for e-helse) Jan Arild Lyngstad (Helsedirektoratet) Camilla Stoltenberg (Folkehelseinstituttet) Kristin W. Wieland (KS) Svein Lyngroth (Oslo kommune) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune)	Jan-Hugo Sørensen (Nordreisa kommune) Kjell Wolff (Bergen kommune) - video Mina Gerhardsen (Nasjonalforeningen for folkehelsen) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Steffen Sutorius (Digitaliseringsdirektoratet)
<i>Ikke til stede</i>	Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Cecilie Daae (Helse Nord RHF)	Lilly Ann Elvestad (FFO) Lill Sverresdatter Larsen (Norsk Sykepleierforbund)
<i>Stedfortreder</i>	Per Olav Skjesol for Stig Arild Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF)	Bengt Flygel Nilsfors for Cecilie Daae (Helse Nord RHF)
<i>Observatører</i>	Johan Ronæs (Norsk Helsenett SF)	
<i>Direktoratet for e-helse</i>	Karl Vestli Lucie Anun Siv Ingebrigtsen	Vibeke Jonassen Wang Mai Linn Kinstad (innleid)

Sak	Agenda Nasjonalt e-helsestyre	Sakstype
4/22	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
5/22	Godkjenning av referatet fra møtet 9. desember 2021 og ekstramøtet 4. februar 2022 i Nasjonalt e-helsestyre	Godkjenning
6/22	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
7/22	Ny e-helsestrategi fra 2023: Utkast til prioriterte mål og tiltak	Drøfting
8/22	Vekst i kostnader til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger	Orientering
9/22	Målbilde og veikart for Helsenorge og konsekvens for drifts- og forvaltningskostnader	Anbefaling
10/22	Digitale behandlings-, egenbehandlings- og veiledende planer	Anbefaling
11/22	Drifts- og forvaltningskostnader som følge av leveranser fra program digital samhandling	Drøfting
12/22	Presentasjon av arbeidet med innføring av Helseplattformen	Orientering
13/22	Iverksettelse av Felles språk på definerte områder	Drøfting
14/22	Videreføring av helsedatasatsingen etter Helsedataprogrammet	Drøfting
15/22	Eventuelt	

Sak	Tema
<b>4/22</b>	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden</b>
	Det kom ingen innspill til innkalling og dagsorden.
	<b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden.
<b>5/22</b>	<b>Godkjenning av referatet fra møtet 9. desember 2021 og ekstramøtet 4. februar 2022 i Nasjonalt e-helsestyre</b>
	Det kom innspill til sak 37/21 i referatet fra 9. desember: vedtaket er korrekt, men referatteksten skal oppdateres etter diskusjon med KS.
	Ingen øvrige innspill.

	<p><b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre godkjenner referatet fra møtet 9. desember 2021 og ekstramøtet 4. februar 2022.</p>
<b>6/22</b>	<p><b>Orientering fra Direktoratet for e-helse</b></p> <p>Mariann Hornnes, Direktoratet for e-helse, orienterte om status på følgende sak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tildelingsbrev 2022 og orientering om direktoratets målkart for 2022</li> </ul> <p>Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, orienterte om status på følgende sak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prosess for ny leder i Nasjonalt e-helsestyre</li> </ul> <p>Lucie Aunan, Direktoratet for e-helse, orienterte om status på følgende saker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Strategi for digital sikkerhet – status</li> <li>Leveranse av SSD og programstruktur steg 2</li> </ul> <p><b>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>KS ønsker å komme med innspill til strategi for digital sikkerhet før den sendes på høring.</li> <li>I SSD for steg 2 som ble levert i januar ble det beskrevet at steg 2 skulle gjennomføres som 2 program. KS trakk frem at det burde sees på om det skal gjennomføres som 1 program. Direktoratet for e-helse svarte at det pågår en prosess i parallell med ekstern kvalitetssikring hvor dette vurderes. Ekstern kvalitetssikrer er også bedt om å se eksplisitt på dette i sin vurdering. Representant fra kommunesektoren stilte spørsmål om strategien for digital sikkerhet er lagt på et høyt nok sikkerhetsnivå, gitt trusselbildet som nå er i Europa. Direktoratet for e-helse svarte at Digitaliseringsdirektoratet har en sikkerhetsstrategi som vi avstemmer mot. Mange små virksomheter har et ekstra oppfølgingsbehov, og strategien fokuserer på spesielle områder og utfordringer som er spesifikke for helsesektoren. KS la til at det kommer en proposisjon til Stortinget om kort tid som gjelder digital sikkerhet i kommuner og behov for støtte til dette.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar sakene til orientering.</p>
<b>7/22</b>	<p><b>Ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023: Utkast til prioriterte mål og tiltak</b></p> <p>Hensikt med saken var å få innspill til utkast til prioriterte seks mål, samt få innspill til viktigste tiltak som skal bidra til måloppnåelse av de ulike målene.</p> <p><b>Følgende innspill ble gitt i møtet:</b> <i>Drøftingspunkt 1: Har Nasjonalt e-helsestyre innspill til vedlagte utkast til prioriterte mål som skal til for å nå visjonen?</i></p> <p><i>Generelle innspill:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nasjonalt e-helsestyre er overordnet positive til målene. Det ble i hovedsak kommentert på momenter som bør komme tydeligere frem gjennom overskrifter og beskrivelser, samt at beskrivelsene bør tydeligere løfte effekten målene skal ha på helse- og omsorgssektoren.</li> <li>Utfordringsbildet knyttet til bærekraft må komme tydeligere frem. Det må komme frem at bærekraftighet i sektor er en viktig utfordring som alle målene skal bidra til å løse, i tillegg til at det bør komme tydeligere frem i de enkelte målbeskrivelsene.</li> <li>Det ble bemerket at FNs bærekraftsmål bør komme tydelig frem i målstrukturen og strategien, da dette er et felles rammeverk for arbeid mot de store samfunnsutfordringene vi står ovenfor.</li> <li>Det ble løftet frem at målene i strategien skal kunne måles, både de seks målene som ble diskutert, og effekten digitalisering i helse- og omsorgssektoren samlet sett bidrar til. Her vises det til overordnede mål for digitalisering, herunder at digitalisering skal føre til at sektoren jobber mer samordnet, mer effekt og bidrar til bedre kvalitet. Det må jobbes systematisk med oppfølging, og settes hensiktsmessige KPIer.</li> </ul>

- Representant fra Spesialisthelsetjenesten tok opp en diskusjon om formuleringen av visjonen og at den er veldig generell. Det ble enighet i møtet om at digitaliseringsperspektivet kan trekkes tydeligere frem i misjonen for å dekke opp for dette behovet.
- Representanten fra Folkehelseinstituttet trakk frem at helsedata må løftes frem og få en tydeligere rolle i strategien, spesielt bruk av helsedata til sekundærbruk. Helsedata i sanntid er viktig for å sørge for overvåkning og gode beslutninger på befolkningsnivå, både under ordinære omstendigheter og i beredskapssituasjoner, samt for andre deler av samfunnet, langsiktig forskning m.m. I tillegg bør det legges mer vekt på tilgjengeliggjøring og kvalitet på helsedata. Det som allerede pågår, bør videreføres som sentrale satsingsområder. Det ble av representanten foreslått å ha helsedata som et eget mål i strategien, med konkret forslag til ny målformulering. Innspill tas med i det videre arbeidet.
- Representant for Nordreisa kommune mente at digital kompetanse, som nå ligger som en avhengighet i strategien, bør komme tydeligere frem.
- Det ble stilt spørsmål om «undersetningene» per mål blir for begrensende. I så fall må man være tydelig på at det er en begrensning som har en intensjon bak seg.

*Innspill per mål:*

Mål 1 – STYRKET SAMARBEID *gjennom styrket samarbeid i sektoren, på tvers av offentlig sektor og med forskning, næringsliv, innbygger og internasjonalt*

- Målet er en forutsetning for å kunne arbeide mot de andre målene i strategien og at det kan komme tydeligere frem at dette er et virkemiddel fremfor et effekt-mål.
- Det ble nevnt at dette målet var vurdert slått sammen med mål 6.

Mål 2 – ENKEL OG TRYGG HVERDAG *gjennom sikker og brukervennlig digital støtte*

- Overskriften for målet kan justeres for å få med kvalitetsaspektet tydeligere.

Mål 3 – AKTIV MEDVIRKNING *gjennom behovsstyrte tjenester og mulighet for involvering i egen og næres helse*

- Representant fra Legeforeningen trakk frem at innbygger som en mer aktiv medvirker vil føre med seg store konsekvenser. Når innbygger får mer informasjon, innsikt og muligheter for involvering kan dette medføre økt kontakt med tjenesten, fremfor mindre. Flere representanter stilte seg bak innspillet.
- Det ble også påpekt, blant annet fra representant fra Nasjonalforeningen for folkehelsen, at sosiale ulikheter og variasjon i digital kompetanse blir viktige momenter å håndtere i forbindelse med dette målet. Flere stilte seg bak dette og presiserte viktigheten av å tilpasse til ulike behov og forutsetninger.

Mål 4 – NYSKAPENDE HELSETJENESTE *der innsikt fra data utnytte til utvikling og innovasjon i helse- og omsorgstjenesten*

- Dette ble trukket frem som et svært viktig mål, men det ble etterspurt en mer eksplisitt representasjon av helsedata i dette målet. Dette gjelder både nært til pasienten, tilknyttet beslutningsstøtte m.m, og sekundærbruk som langsiktig forskning, utvikling og innovasjon, refusjoner, tiltaksvurderinger og overordnet styring hos myndigheter på alle nivåer. Flere andre representanter stilte seg bak innspillet og påpekte at det bør legges vekt på aktiv bruk av data og kunstig intelligens i målbeskrivelsen.
- Det ble trukket frem at folkehelse og beredskap bør tydeliggjøres mer eksplisitt som mål for datainnsamling og bruk av data under dette målet
- Det kom konkrete forslag til reformulering av målet, som tas med i det videre arbeidet.

Mål 5 – HELHETLIG DIGITAL SAMHANDLING *gjennom å sørge for at informasjon følger pasienten på tvers av aktører*



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Representant fra Folkehelseinstituttet påpekte at økt kvalitet på data inn bør inngå som en del av dette målet.</li> <li>• Viktig av å vise til Kjernejournal og Helsenorge som sentrale løsninger for dette målet. Det samme gjelder Program digital samhandling som tiltak opp mot dokumentdeling.</li> </ul> <p>Mål 6 – STYRKET GJENNOMFØRINGSKRAFT <i>gjennom tilpasning av sentrale virkemidler som regelverk og finansieringsmodeller</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dersom målet begrenses til finansieringsmodeller og regelverk er det i større grad et tiltak enn et mål. Det refereres likevel til som veldig viktige virkemidler for å nå de øvrige målene.</li> <li>• Det bør presiseres at helsedata kan og skal deles med aktører, men at delingen bør være målstyrt. Det krever et system som legger til rette for deling.</li> </ul> <p><i>Drøftingspunkt 2: Hva mener Nasjonalt e-helsestyre er de aller viktigste nye tiltakene som skal til for å nå målene?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er viktig å ikke bare foreslå nye løsninger, men også organisatoriske grep.</li> <li>• Det er viktig at tiltakene legger til rette for å få ut effekt raskt, og at ikke tiltakene strekker seg for langt ut i tid.</li> <li>• Det savnes et konkret tiltak knyttet til arbeid med syntetiske test-data. Det er utfordrende å samhandle og sikre datadeling på tvers. Ved bruk av syntetiske data, eksempelvis ved å utvikle syntetiske borgere, helseforetak, kommuner mm., kan man få utført testing som er sentral for å kunne videreutvikle samhandlingsløsninger.</li> <li>• Deltakerne ble bedt om å legge inn konkrete forslag til tiltak i strategien i Mentimeter. Innspillene tas med i det videre arbeidet med utforming av forslag til tiltak i strategien.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b>        Direktoratet for e-helse tar med seg Nasjonalt e-helsestyre sine innspill til prioriterte mål i ny e-helsestrategi, samt viktigste tiltak for å nå målene.</p>
8/22	<b>Vekst i kostnader til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger</b>
	<p>Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, orienterte om oppdrag som Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF har fått knyttet til lov- og forskriftsendringene som pålegger virksomhetene å bruke de nasjonale e-helseløsningene og betale for forvaltning og drift.</p> <p><b>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det ble påpekt uklarheter i det vi skal gi tilslutning til i denne type saker, og at det er behov for mer informasjon og tydeliggjøring av konsekvenser.</li> <li>• KS spilte inn behovet for en modell som viser prosessen for sakene, og med en beskrivelse av de økonomiske konsekvensene. Her er det også viktig hvis mulig å synliggjøre de lokale konsekvensene slik at en får tatt høyde for det i de lokale budsjettene.</li> <li>• Videre påpekte KS at det er fastlegene i kommunene som er den primære brukergruppen av disse tjenestene, hvor flertallet er privatpraktiserende. At kommunene må betale for fastlegene er krevende. KS mener at Nasjonalt e-helsestyre ikke kan anbefale kostnader, men at det kan gis faglige støtte til investeringene. Kostnadene kan tas til etterretning.</li> <li>• Legeforeningen støttet innspillet til KS. Hvis kommunene får finansieringsansvaret, mens det er fastlegene som blir hovedaktøren vil det bli en utfordring. Legeforeningen mener den logiske bakgrunnen for brukerbetaling er de som er aktive brukere av tjenestene får innflytelse på utvikling av tjenestene. De mener fastlegene bør inneha denne rollen og bør både høres og gjøres ansvarlig, slik at sluttproduktet blir best mulig.</li> <li>• KS kom med innspill om at Norsk helsenett SF må utvikle tjenestepriksmodeller for at sektoren skal få et faktagrunnlag å diskutere på. Det vil gi større transparens. Norsk helsenett SF svarte at tjenestekost er en viktig parameter, og noe som skal behandles i teknisk beregningsutvalg. Det å følge med på enhetskost over tid er viktig.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spesialisthelsetjenesten kommenterte viktigheten av å få oversikt over de samlede kostnadene, samt gode modeller for estimering. Når regionene gjør store investeringer lokalt og regionalt baserer de seg på en totaloversikt på regionalt nivå</li> <li>• Videre påpekte spesialisthelsetjenesten at når saker om kostnader knyttet til drift og forvaltning skal opp i Nasjonalt e-helsestyre må det foreligge mer bakgrunnsinformasjon enn det som presenteres i sakene til dagens møte. Nasjonalt e-helsestyre må kunne forstå tallene for å kunne gi en anbefaling. Det er viktig at tiltakseier er så konkret som mulig.</li> <li>• Som oppfølging til innspillet fra spesialisthelsetjenesten kommenterte Norsk helsenett SF at sammenhengen mellom det som tas opp i teknisk beregningsutvalg og det som tas opp i Nasjonalt e-helsestyre burde synliggjøres bedre.</li> <li>• Direktoratet for e-helse kom med innspill om at vi må ha større oppmerksomhet på formålet i satsningsforslagene i gjennomføringen.</li> <li>• Det ble påpekt at det er utfordrende å beslutte langsiktige planer da vi har valgt å jobbe etter en stegvis modell. Direktoratet for e-helse støttet å tydeliggjøre hva vi trenger av tallgrunnlag fra Norsk helsenett SF, samt hva vi skal drøfte i tekniske beregningsutvalg og hva som skal drøftes her i styringsmodellen.</li> <li>• Representant fra kommunesektoren påpekte at vi må definere prinsipper for å løse saker knyttet til drift- og forvaltningskostnader, hvis ikke kan dette bli vanskelig å administrere. Videre ble det understreket at finansieringen er helt avgjørende for kommunene. Her kan det komme store utgifter sektoren ikke har tilstrekkelig oversikt over.</li> <li>• Spesialisthelsetjenesten foreslo å få en årlig oversikt over kostnader, i god tid før budsjettarbeidet starter. Det må være en struktur slik at det blir mer forutsigbart.</li> <li>• KS poengterte at kommunene er ivrige etter å ta i bruk tjenester som gir nytte. Norsk helsenett SF må synliggjøre hvilke tjenester som kommunene bruker.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering. Direktoratet for e-helse tar med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
9/22	<p><b>Målbilde og veikart for Helsenorge og konsekvens for drifts- og forvaltningskostnader</b></p>
	<p>Bodil Rabben og Nina Ulstein, Norsk helsenett SF, ønsket å gjøre Nasjonalt e-helsestyre kjent med målbilde og veikart for Helsenorge, og hvordan Produktstyret for Helsenorge ivaretar at utviklingen er i tråd med målbildet.</p> <p><b>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spesialisthelsetjenesten understreket at Helsenorge er viktig og at det er lett å finne løsninger sammen med Norsk helsenett SF, men at det er utfordrende å forstå det som legges frem. De kom med et ønske om å få en årlig sak med oversikt over investeringskostnader, drift- og forvaltningskostnader, slik at de kan ta det med tilbake til organisasjonene for forankring. Dette vil gjøre det mer forutsigbart for alle.</li> <li>• KS uttrykte at det er uproblematisk å betale for tjenestene som brukes i kommunene, men at det er utfordrende når investeringsbeslutningen tas av andre aktører enn de som skal bruke løsningen..</li> <li>• Helsedirektoratet påpekte at det som legges frem av Norsk helsenett SF i saken er et erfaringsbasert investeringsnivå, at det er basert på alt vi tidligere har bedt om av utvikling.</li> <li>• Norsk helsenett SF supplerte med at de tror ikke det er nødvendig å være bekymret for at en tjeneste koster mer enn vi har nytte av, slik det er akkurat nå. Dette er en oversikt over hva som er den viktigste funksjonaliteten som skal utvikles fremover, og hva ligger innenfor målbildet til Helsenorge per nå. Dette baserer seg på prioriteringer i produktstyret for Helsenorge.</li> <li>• Legeforeningen minnet om at det er viktig å ivareta innbyggerperspektivet, og at det kan være en idé at kommunene ivaretar innbyggernes behov inn mot Helsenorge.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> 1. Nasjonalt e-helsestyre støtter at Helsenorge må utvikles i tråd med innbyggernes og aktørenes behov.</p>

	<p>2. Estimerte kostnader tas til orientering.</p> <p>3. Det er viktig at økte drifts/forvaltningskostnader knyttet til ny funksjonalitet og økt bruk synliggjøres overfor de som skal finansiere løsningen.</p> <p>4. Kostnadene må inngå i en årlig samlet drøfting av forvaltnings- og driftskostnader.</p>
10/22	<b>Digitale behandlings-, egenbehandlings- og veiledende planer</b>
	<p>Ole Kristian Storlie, Helsedirektoratet, orienterte Nasjonalt e-helsestyre om status i prosjekt Digital behandlings- og egenbehandlingsplan (DBEP). Helsedirektoratet ønsket også en anbefaling fra Nasjonalt e-helsestyre om dekning av drifts- og forvaltningskostnader slik at løsningen kan tas i bruk av sektoren etter prosjektavslutning.</p> <p><b>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legeforeningen uttrykte at det er vanskelig å få tak i hvordan denne prosessen har vært. Det er viktig og et stort fremskritt å få dette på plass, og kan brukes til en mengde pasientkategorier. Det er viktig for Legeforeningen at behandlingsplanen ikke er for strukturert og er åpen for tilpasninger. Det er en oppfatning om at det som lages er retningslinjer, og utveksler måledata på pasienter, og legger opp et forslag til plan for behandlingen av en eksakt sykdom. Helsedirektoratet svarte at det ikke var ønskelig med diagnosespesifikke planer, og at man derfor har gått bort fra det. Det som utvikles er en generisk løsning, og man har mulighet til å legge til og fylle inn eget innhold. Legeforeningen var glade for å høre dette, og opplyser at det har vært en umoden prosess og at det er lite forankring i deres del av tjenesten, men at dette er en viktig løsning og at det er viktig at anvendbarheten blir bra.</li> <li>• Spesialisthelsetjenesten opplyste om at de i Midt-Norge har behandlingsplaner som settes i produksjon med Helseplattformen. De benytter felles språk for disse planene, og er opptatt av at den strukturen de har utviklet danner grunnlaget for en fremtidig nasjonal struktur slik at man kan utveksle planer i fremtiden. Det er finansielt krevende å i tillegg skulle investere i dette, da det allerede er investert mye i utvikling av planer gjennom Helseplattformen. Det er ønskelig at kostnadsfordelingen for dette er knyttet opp til bruk, og at det er viktig å ta med seg erfaringene fra Helseplattformen.</li> <li>• KS mente at tiltaket ikke er godt nok forankret i sektor. Det oppleves som umodent, og eierskap til tjenesten i kommunen er ikke helt på plass enda, noe som vil gjøre det vanskelig å ta ut de samlede gevinstene. De stilte også spørsmål om kostnadene og nytten som presenteres i saken inkluderer de lokale kostnadene, eller om det kun er sentrale kostnader. Helsedirektoratet bekreftet at det kun er de sentrale kostnadene som er inkludert.</li> <li>• Spesialisthelsetjenesten stilte spørsmål ved nytten av veiledende planer og hvordan det henger sammen med sykepleieprosedyrer. De har allerede nasjonale retningslinjer og prosedyrer som følges. Helsedirektoratet svarte at grunnen til at sykepleieprosedyrer ble trukket frem her er at prosjektet ble tidligere forvekslet med arbeid rundt veiledende planer som omhandler det sykepleiefaglige, mens deres prosjekt er en teknisk løsning for behandlings- og egenbehandlingsplaner. Løsningen legger også til rette for at de veiledende planene kan importeres i løsningen.</li> <li>• Videre påpekte spesialisthelsetjenesten at det må ligge et poeng med standardisering her, slik at en legger til rette for gjenbruk. Opplevelsen er prosjektets omfang er lite kjent, men det er flott at noen piloterer det. Det må gjøres juridiske avklaringer, tilsvarende som for dokumentdeling i kjernejournal.</li> <li>• Direktoratet for e-helse oppsummerte med at det er viktig at tiltakseier har svar på en del sjekkpunkter når saker tas inn Nasjonalt e-helsestyre, særlig om drift og forvaltningskostnader og juridisk hjemmelsgrunnlag.</li> </ul> <p><b>Følgende svar ble svart ut i møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oslo kommune spurte hvordan man kan beregne driftskostnader før utvikling er ferdig, og da fortsatt er i investeringsfasen. Helsedirektoratet svarte at det er en stegvis utvikling, og</li> </ul>

	at løsningen prøves ut i år. Utviklingen vil fortsette frem til den er klar til nasjonal utrulling i midten av 2023.
	<b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering, og ber Helsedirektoratet ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet. Hjemmelsgrunnlaget vurderes nærmere før det tas stilling til drift- og forvaltningskostnader.
<b>11/22</b>	<b>Drifts- og forvaltningskostnader som følge av leveranser fra program digital samhandling</b>
	Lucie Aunan, Direktoratet for e-helse, orienterte Nasjonalt e-helsestyre om drifts- og forvaltningskostnader for steg 1 i Program digital samhandling og den vurdering av hjemmelsgrunnlag som pågår.
	<b>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KS kommenterte at i det som legges frem, ser det ut som at drift og forvaltning skal dekkes av de aktørene som tar det i bruk. Det strider imot det Stortinget har lag til grunn, at det ikke er sammenheng mellom bruk og kostnader.</li> <li>• Representant fra spesialisthelsetjenesten stilte spørsmål om NILAR er ferdig besluttet og vedtatt, og det ble samtidig opplyst om at i Helse Sør-Øst er dette løst og det deles på tvers. Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF svarte at det har vært behandlet og besluttet tidligere, og at det er nødvending med en løsning for å dele lab og prøvesvar på tvers av sektor.</li> </ul>
	<b>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Representant fra kommunesektoren stilte spørsmål om hvem som definerer hva som er innenfor og utenfor i steg 1. Direktoratet for e-helse svarte at det i utgangspunktet er Norsk helsenett SF som vurderer det innenfor formålet for programmet, og dersom de trenger råd er det Direktoratet for e-helse som gir det.</li> </ul>
	<b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering, og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.
<b>12/22</b>	<b>Presentasjon av arbeidet med innføring av Helseplattformen</b>
	Per Olav Skjesol, Helse Midt-Norge RHF, orienterte Nasjonalt e-helsestyre om arbeidet med innføring av Helseplattformen i Midt-Norge.
	Nasjonalt e-helsestyre ønsker Helse Midt-Norge RHF og kommunene lykke til med innføringen. Det kom ingen øvrige innspill til saken.
	<b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.
<b>13/22</b>	<b>Iverksettelse av Felles språk på definerte områder</b>
	Lucie Aunan, Direktoratet for e-helse, ønsket gjennom saken å øke fokus på forankring og bruk av Felles språk i sektoren. Det ble kun tid til en kort introduksjon om saken.
	Saken kommer opp igjen i ekstra møte i Nasjonalt e-helsestyre 13. mai 2022.
<b>14/22</b>	<b>Videreføring av helsedatasatsingen etter Helsedataprogrammet</b>
	Det ble ikke tid til denne saken i møtet. Saken kommer opp igjen i ekstra møte i Nasjonalt e-helsestyre 13. mai 2022.
<b>15/22</b>	<b>Eventuelt</b>
	Det kom ingen saker til eventuelt.

Referat fra ekstra møte i Nasjonalt e-helsestyre	
Møte	3/2022
Dato	13. mai 2022
Tid	Kl. 09.00 – 13.00
Sted	Videomøte
<b>Medlemmer</b>	
<i>Til stede</i>	Inger Catrine Bryne (Helse Vest RHF) Terje Rootwelt (Helse Sør-Øst RHF) Mariann Hornnes (Direktoratet for e-helse) Camilla Stoltenberg (Folkehelseinstituttet) Svein Lyngroth (Oslo kommune) Jan-Hugo Sørensen (Nordreisa kommune) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune)
	Kjell Wolff (Bergen kommune) Lilly Ann Elvestad (FFO) Mina Gerhardsen (Nasjonalforeningen for folkehelsen) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Steffen Sutorius (Digitaliseringsdirektoratet)
<i>Ikke til stede</i>	Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Cecilie Daae (Helse Nord RHF) Lill Sverresdatter Larsen (Norsk Sykepleierforbund)
<i>Stedfortreder</i>	Terje Wistner for Kristin W. Wieland (KS) Per Olav Skjesol for Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF)
	Bengt Flygel Nilsfors for Cecilie Daae (Helse Nord RHF) Morten Fronth-Andersen for Jan Arild Lyngstad (Helsedirektoratet)
<i>Observatører</i>	Johan Ronæs (Norsk Helsenett SF)
<i>Direktoratet for e-helse</i>	Karl Vestli Lucie Anun
	Siv Ingebrigtsen Karen Lima Vibeke Jonassen Wang

Sak	Agenda Nasjonalt e-helsestyre	Sakstype
16/22	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
17/22	Behandling av utkast til ny nasjonal e-helsestrategi før høring	Anbefaling
13/22	Iverksettelse av Felles språk på definerte områder	Drøfting
14/22	Videreføring av helsedatasatsningen etter Helsedataprogrammet	Orientering
18/22	Eventuelt	

Sak	Tema
<b>16/22</b>	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden</b>
	Det kom ingen innspill til innkalling og dagsorden.
	<b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden.
<b>17/22</b>	<b>Behandling av utkast til ny nasjonal e-helsestrategi før høring</b>
	Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, ønsket å få Nasjonalt e-helsestyre sin anbefaling til at utkastet til ny nasjonal e-helsestrategi er klar for å sendes på høring i slutten av mai. I tillegg var det å få innspill foreslått prosess for arbeid med initiativer til strategien høsten 2022.
	<b>Følgende innspill ble gitt i møtet:</b> <i>Drøftingspunkt 1: Har Nasjonalt e-helsestyre innspill til vedlagte utkast til ny nasjonal e-helsestrategi, før den sendes på høring?</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nasjonalt e-helsestyret ga sin anbefaling til nytt utkast til ny nasjonal e-helsestrategi. Utkastet oppfattes som modent for høring. Utkastet fikk god tilslutning og innspillene som er kommet tidligere er godt ivaretatt.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det ble forespurt en vurdering av hvilke betegnelser man bruker på de ulike kategoriene målgrupper og at de som refereres til som «interessenter» i praksis er viktige målgrupper for strategien, og skal sørge for gjennomføring. Beslutningstakere i virksomhetene og på høyere nivåer i helsetjenesten bør løftes frem som målgrupper. Det ble påpekt at betegnelsen «frivillige» bør justeres.</li> <li>• Det ble foreslått å bytte om rekkefølgen på Mål 1 Enklere arbeidshverdag og Mål 2 Aktiv medvirkning i egen og næres helse</li> <li>• Det ble stilt spørsmål til om noen temaer i for liten grad var dekket eller beskrevet i strategien. Digital kompetanse og digital sikkerhet var to av temaene som ble påpekt av flere.</li> <li>• Andre referanser ble også trukket frem som dekket i for liten grad. Blant annet «Smidig utvikling», «Brukermedvirkning», «Digital transformasjon» og «Livshendelsene».</li> <li>• Spesifikt på Mål 2 Aktiv medvirkning i egen og næres helse ble det trukket frem at det var mye vekt på å aktivere innbygger, og at det også bør komme tydeligere frem at deres hverdag også skal forenkles. Det ble påpekt at ulik tilgang på digitale tjenester også gjelder for ulike sosial bakgrunn og etnisitet.</li> <li>• Det bør gjøres en bevisst gjennomgang for å tydeliggjøre helse- og omsorgssektorens pådriverrolle. Blant annet knyttet til folkehelse og beredskap.</li> <li>• Det ble generelt utfordret på å være tydeligere på roller og ansvar for å gjennomføre og følge opp strategien.</li> <li>• Det ble stilt spørsmål til om det skulle gjøres arbeid med å fastsette måltall på målindikatorerne foreslått på målene. Arbeidet med målindikatorer vil fortsette i høst.</li> </ul> <p><i>Drøftingspunkt 2: Har Nasjonalt e-helsestyre innspill til skissert prosess for arbeid med initiativer?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overordnet var Nasjonalt e-helsestyret positive til prosessen.</li> <li>• Det ble trukket frem at prosessen for arbeid med initiativer bør benytte eksisterende arenaer.</li> <li>• Det bør gjøres en vurdering av omfang, og finne en balanse mellom tilstrekkelig involvering av sektorrepresentanter og kapasiteten det kreves av deltakere.</li> <li>• Prosessen bør ta utgangspunkt i det som er pågående nå, og som skal videreføres, før det utformes forslag til nye initiativ.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre gir sin anbefaling til utkast til ny nasjonal e-helsestrategi (høringsnotat), som grunnlag for høringsutsendelse. Nasjonalt e-helsestyre stiller seg bak foreslått prosess for utforming av initiativer (tiltak), og Direktoratet for e-helse tar med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
<p><b>13/22</b></p>	<p><b>Iverksettelse av Felles språk på definerte områder</b></p>
	<p>Lucie Aunan, Direktoratet for e-helse, ønsket å øke fokus på forankring og bruk av Felles språk i sektoren, og få aksept for å iverksette arbeidet med å ta i bruk Felles språk i helseregionene utover Helse Midt-Norge.</p> <p><b>Følgende innspill kom frem i møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spesialisthelsetjenesten presiserte at mye godt arbeid er allerede i gang, det er god dialog med programmet. Videre ble det påpekt at arbeidet med Felles språk vil gå lenger enn til 2023, og at det må rettes oppmerksomhet på at Felles språk omfatter mer enn spesialisthelsetjenesten.</li> <li>• Spesialisthelsetjenesten mener at nasjonal forvaltning må være på plass når programmet blir avsluttet. Forvaltningen må omhandle mer enn SNOMED CT.</li> <li>• Spesialisthelsetjenesten mener det er viktig å få oppsummert erfaringene fra Helse Midt-Norge RHF, dette er viktig for planleggingen av ytterligere bredding av Felles språk.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legeforeningen mener målsettingen treffer, men savner dokumentasjon på effekt og hvordan ta ut nytteverdien. Dette ble støttet av flere medlemmer.</li> <li>• KS ønsker å knytte arbeidet tettere opp mot den kommunale helsetjenesten. Kommunene har ikke like mye erfaring med Felles språk. Videre ble det foreslått at Direktoratet for e-helse kommer tilbake med en sak til Nasjonalt e-helsestyre i løpet av høsten, for å følge arbeidet og høre om hvilke erfaringer som gjøres – spesielt fra Helseplattformen og Trondheim kommune.</li> <li>• Pasient- og brukerorganisasjonene mener dette også må handle om klart språk, og ikke kun felles språk. Videre ble det påpekt viktigheten rundt gjenbruk av data til forskning, og at det må gi mening for pasienten.</li> <li>• Norsk helsenett SF ønsker å bidra for tilrettelegging av informasjonsdeling. Det er ønskelig å få dokumentert klinisk nytte, for å kunne operasjonalisere dette i de tekniske løsninger.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b></p> <p>Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering. Programmet fortsetter sitt arbeid for å understøtte innføringen av Felles språk.</p>
<b>14/22</b>	<b>Videreføring av helsedatasatsningen etter Helsedataprogrammet</b>
	<p>Håvard Kolle Riis, Direktoratet for e-helse, orienterte Nasjonalt e-helsestyre om videre arbeid med helsedatasatsningen etter at Helsedataprogrammet er avsluttet.</p> <p><b>Følgende spørsmål og innspill kom frem i møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasient- og brukerorganisasjonene spurte om hva som legges i bruker. Direktoratet for e-helse svarte at i denne sammenhengen brukes begrepet bruker om brukere av helsedata, og det er de som er tiltenkt en rolle i Brukerrådet. Pasient- og brukerorganisasjoner er tiltenkt en rolle i Helsedatarådet, og har vært tidligere representert i programstyret i Helsedataprogrammet samt i dagens styringsråd for helsedata.</li> <li>• Spesialisthelsetjenesten er positive til å utnytte det som fins i sektoren i dag. Sektoren må finne en god rollefordeling, og utnytte hverandres tekniske og kompetansemessige fordeler.</li> <li>• Spesialisthelsetjenesten er skeptiske til å legge store systemer for overordnet forvaltning, og ikke tenke på strukturen under. Videre ble det nevnt at det ikke må lages enda et kostbart system, som blir krevende å ta i bruk for de som trenger det.</li> <li>• Norsk helsenett SF ser nærmere på hvordan sektoren kan dra nytte av de eksisterende kildene og systemene mot det målet som ble satt. Konsekvensene mot det opprinnelige målet må utredes.</li> <li>• FHI er i en spesiell situasjon hvor de sitter på flere sider av bordet. FHI mener det mest krevende nå er finansieringsmodellen, og finansieringen for den perioden vi ikke har en løsning. FHI understreker at dette er en situasjon som kan forverre tilgang til data for en periode. Det er viktig å se på hvordan sektor skal håndtere den situasjonen frem til det er en løsning på plass, og at det bør ses på alternativer til finansiering.</li> <li>• Direktoratet for e-helse støtter beskrivelsen til FHI av situasjonen. Videre nevner direktoratet at det var en vanskelig beslutning og pause videre arbeid med data- og analysetjenester på Helseanalyseplattformen, men beslutningen har fått bred støtte. Viktig at vi holder fast ved det overordnede målet, at bedre og mer bruk av helsedata gir stor gevinst og nytte.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b></p> <p>Nasjonalt e-helsestyre tar status for videre arbeid med helsedatasatsningen til orientering.</p>
<b>18/22</b>	<b>Eventuelt</b>
	<p>Det var to saker til eventuelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per Olav Skjesol, Helse Midt-Norge RHF, ga en kort status rundt Helseplattformen.</li> <li>• Mariann Hornnes, Direktoratet for e-helse, informerte om forventninger fra Helse- og omsorgsdepartementet til Program digital samhandling steg 2. Videre ble det nevnt at ekstern kvalitetssikrer har gitt gode tilbakemeldinger, de har tro på satsningen.</li> </ul>





Til Møte 4/22  
Dato 08.06.2022  
Saksnummer 21/22  
Type Orientering

Fra Mariann Hornnes  
Saksbehandler Karl Vestli og Lucie Aunan

## Orientering fra Direktoratet for e-helse

### Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre tar sakene til orientering.

### Hensikt med saken

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

1. Forordning om et Europeisk fellesområde for helsedata
2. Prinsipper for lagring av data

### Bakgrunn

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

#### 1. Forordningen om det Europeiske helsedataområdet (EHDS)

Forordningen om det Europeiske helsedataområdet (European Health Data Space – EHDS) ble lagt frem av EU-kommisjonen 3. mai. Dette er et ambisiøst lovforslag som kan få store konsekvenser for både primærbruk og sekundærbruk av helsedata i Norge. Tiltak EU iverksetter på det digitale indre markedet, får direkte betydning for Norge og norsk næringsliv, og det er viktig at helsetjenesten og helsenæringen i Norge kommer i posisjon til å forstå og ha mulighet til å påvirke denne utviklingen. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt et tilleggsoppdrag til Direktoratet for e-helse om å gjøre en vurdering av konsekvenser og muligheter av forordningen for Norge.

Et av forslagene i forordningen er obligatorisk tilknytning til EUs infrastruktur for utveksling av helseopplysninger: «MyHealth@EU» (også kalt eHDSI). Norge har søkt – og fått godkjent av EU - norsk deltakelse i dette EU-samarbeidet. Finansiering er under avklaring.

## 2. Prinsipper for lagring av data

Gjennom arbeidet med digital samhandling er det identifisert mange uløste samhandlingsbehov. Dette gjelder spesielt samhandling mellom helsepersonell i ulike virksomheter, og med innbygger. Utgangspunktet er at behovene skal løses gjennom sektoren sine egne journal- og samhandlingsløsninger. Det er imidlertid en kjent utfordring at dette alene ikke er tilstrekkelig i enkelte situasjoner, og at det er nødvendig å ta i bruk alternative løsninger. For å gjøre arbeidet med digital samhandling mer forutsigbart er det behov for tydeligere retningslinjer rundt dette, blant annet for å komme i forkant med regelverksutvikling når behovene ikke kan løses innenfor gjeldende rett. Dette er bakgrunnen for at Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å anbefale prinsipper for tilfeller hvor det er nødvendig med sentral lagring av helseopplysninger (kopi og original), og når utgangspunktet bør følges. Etter dialog med departement er det avklart at hovedfokuset for oppdraget skal knyttes til dataansvar ved bruk av alternative løsninger, ikke den fysiske lagringen eller tekniske løsninger. Arbeidet skal gjøre i samråd med sektoren, og sees i sammenheng med målbildet for digital samhandling, pågående arbeid med Felles kommunal journal og Norsk helsenett SFs arbeid med nasjonale løsninger for digital samhandling i helse- og omsorgssektoren. Vi ser også til erfaringer, beste praksis og trender internasjonalt og i andre bransjer. Fristen er satt til 15. juni.

Til Møte 4/22  
Dato 08.06.2022  
Saksnummer 22/22  
Type Orientering

Fra Helse- og omsorgsdepartementet  
Saksbehandler Kristian Skauli

## Stortingsmelding om helseberedskap

### Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre tar orienteringen fra departementet til etterretning.

### Hensikt med saken

Helse- og omsorgsdepartementet vil orientere Nasjonalt e-helsestyret om at det skal legges frem en stortingsmelding om helseberedskap våren 2023.

### Bakgrunn

Departementet har gitt Direktoratet for e-helse i oppdrag i tildelingsbrev for 2021 å utarbeide en strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren, i samarbeid med Helsedirektoratet, Helsetilsynet, Norsk Helsenett SF, de regionale helseforetakene og kommunesektoren/KS.

Utvalgene i nasjonal styringsmodell har i flere møter i 2021 og 2022 blitt orientert om arbeidet og gitt viktige innspill til strategien.

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

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

### Videre saksprosess

Departementet har gitt Direktoratet for e-helse følgende endrede oppdrag:

ID: TB2022-12 Digital sikkerhet

Direktoratet skal, som erstatning for Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren, utarbeide et innspill om digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren til stortingsmeldingen om helseberedskap. Direktoratet sender innspillet på bred høringsrunde og innarbeider høringsinnspill.

Frist: Innen 15. oktober 2022.

Til Møte 4/22  
Dato 08.06.2022  
Saksnummer 23/22  
Type Drøfting

Fra KS v/ FKJ Interim AS  
Saksbehandler Terje Wistner/Håkon Grimstad

## Orientering om arbeidet med Felles kommunal journal (FKJ)

### Forslag til vedtak

1. Nasjonalt e-helsestyre tok presentasjonen av arbeidet med Felles kommunal journal til orientering.
2. Nasjonalt e-helsestyre gav sine innspill og råd til saken og ba om at disse tas med i de videre vurderinger i samarbeidsprosjektets arbeid.

### Hensikt med saken

Orientere om status i samarbeidsprosjektet Felles kommunal journal (FKJ) og å få innspill og råd til det videre arbeidet med å utvikle en konkret og troverdig løsnings- og gjennomføringsstrategi for felles kommunal pasientjournal.

### Bakgrunn

KS etablerte høsten 2021 et heleid selskap – Felles kommunal journal interim AS (FKJI AS) som skal videreføre arbeidet med felles kommunal journal (FKJ). Selskapet skal lede utviklingen frem til kommunene kan ta stilling til videre deltakelse med stegvis realisering av en felles kommunal journal

FKJI AS er en midlertidig organisering kun i denne utredningsfasen. Formålet er å ivareta selve utredningsarbeidet frem til KS, Nasjonale myndigheter, og kommunene kan ta stilling til veien videre.

Interimselskapet er etablert for å oppfylle forutsetninger gitt av Stortinget gjennom statsbudsjettet, samt for å organisere prosjektarbeidet frem til man er klare til å ta stilling til veien videre.

### Kommunenes ambisjoner på eHelseområdet

Felles kommunal journal (FKJ) inngår som en del av felles plan og rammeverk for kommunal sektor og *Kommunenes ambisjoner på eHelseområdet*, som ble godkjent i Hovedstyret i KS den 31. januar 2021, se vedlegg. Planverket oppsummerer kommunal sektors visjoner, ambisjoner og målsetninger innen e-helseområdet, spesielt sett i forhold til et helhetlig innbyggerperspektiv. FKJ er ett av flere tiltak for å realisere målsetningene om «Én innbygger – én journal».

## Status i utredningsarbeidet for Felles kommunal journal

Målet for Felles kommunal journal er stegvis realisering av fremtidsrettete journalløsninger for helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Løsningene skal på en sikker og trygg måte gi helsepersonell helhetlig, oppdatert og relevant informasjon via en felles plattform, og samtidig understøtte de funksjonelle behovene i tjenesten. Helt sentralt er koblingen inn mot nasjonale samhandlingsløsninger, slik at helseinformasjonen følger pasienten i møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenesten og også bidrar til god samhandling med andre statlige og kommunale tjenesteområder som må samhandle om innbyggernes behov. Det gir tryggere og bedre tjenester for innbygger. Informasjonen skal være tilgjengelig for forskning, utvikling og styring.

Gjennom åpne standarder og grensesnitt skal det være mulig å bygge løsninger over tid samt fremme innovasjon og næringsutvikling. Løsningene skal tilpasses behov hos ulike grupper av helsepersonell, og sørge for at innbyggerne får gode tjenester, uansett hvor de bor eller befinner seg. Kommunene i FKJ-samarbeidet vil sammen sørge for innovative, trygge og gode digitale journalløsninger i samarbeid med markedet.

I den pågående prosjektfasen (utredningsarbeidet) er det fire mål:

1. Det foreligger et oppdatert og eksternt kvalitetssikret styringsdokument med en konkret og troverdig løsnings- og gjennomføringsstrategi for stegvis realisering av felles kommunal journal. Dette skal inngå som del av et fyllestgjørende beslutningsgrunnlag for administrativ og politisk behandling
2. Det foreligger et komplett utkast til beslutningsunderlag/saksmateriale som kan benyttes i administrative og politiske prosesser i den enkelte kommune, hos KS og nasjonale myndigheter når det skal tas stilling til videre veivalg
3. Det foreligger et forslag til mandat for videreføring av prosjektet etter den pågående prosjektfasen
4. I samarbeid med KS er det gjennomført kommunikasjons-, forankrings- og tilslutningsprosesser i kommunene utenfor Midt-Norge

### Videre prosess

Dette er et krevende prosjekt og risikoen er høy. Å gjennomføre et prosjekt som dette forutsetter en organisasjon med betydelig kapasitet og kompetanse. I gjennomføringsfasen vil FKJ være avhengig av én eller flere organisasjoner/samarbeidskonstellasjoner som kan sikre både kompetanse og kapasitet til gjennomføring, og det må være på plass før prosjektet eventuelt videreføres. Det er for seint å starte når behovet er der. Å utvikle en organisasjon som kan løse en slik oppgave tar mange år, og det er år FKJ ikke har.

Norske kommuner – som er fantastisk dyktige på det de er til for, å fylle hverdagen vår med gode offentlige tilbud på lokalt nivå – er heller ikke konstruert for å gjennomføre store nasjonale oppgaver som dette. Det betyr at FKJ må se på samhandlings- og organisasjonsmodeller som gjør at samarbeidsprosjektet kan beskrive en troverdig gjennomføring av FKJ-prosjektet. I den forbindelse ser prosjektet på flere alternative modeller, blant annet representert ved:

- Norsk helsenett SF (NHN)
- KS - digitale fellestjenester (FIKS-plattformen)
- Markedet gjennom markedsundersøkelser (RFI – Request for information) for hhv. plattformløsning og markeds plass

FKJ har innledet et samarbeidsprosjekt med Norsk helsenett SF for å belyse to spørsmål:

- Hvilke av Norsk helsenett SF sine eksisterende og/eller planlagte løsninger, tjenester og produkter kan gjenbrukes, hva mangler for kommunenes behov og hvilken rolle kan Norsk helsenett SF spille for en framtidig realisering. Der Norsk helsenett SF ikke dekker primærhelsetjenestens behov, etableres en gap-oversikt. Basert på denne vurderes hvilke andre løsninger som må finnes.
- Hvilke samarbeidskonstellasjoner og organisasjonsmodeller er det mulig å se for seg at Norsk helsenett SF inngår igjennom en gjennomføringsfase: hva er mulig og hva er ønskelig? Dette innebærer å vurdere modeller for samhandling, organisering, styring, eierskap og finansiering samt juridiske rammer og muligheter.

Samarbeidsprosjektet med Norsk helsenett SF avsluttes 27. mai med en eventuell anbefaling om videre samarbeid.

I parallell med dette fortsetter arbeidet med å:

- Videreutvikle løsnings- og gjennomføringsstrategi
- Se på mulighet for å teste ulike samarbeidskonstellasjoner for forsiktig utprøving
- Vurdere muligheter, begrensninger og eventuelle endringsbehov målt opp mot juridiske rammeverk
- Til slutt ferdigstiller FKJ forslag til styringsdokument og underlag for kommunal behandling og gjennomfører ekstern kvalitetssikring i tråd med målene i mandatet.

På basis av dette, vil styret i FKJI AS i juni ta stilling til videre fremdrift. Gitt realisme i videreføring, vil en revidert fremdrifts- og leveranseplan legges frem for styret i FKJI AS i slutten av august. En ny plan vil se på muligheter og konsekvenser ved å legge kommunal behandling av spørsmålet om videreføring og realisering av prosjektet til etter kommunevalget i 2023.

Så snart styrets beslutning foreligger, vil eventuelt ny plan bli oversendt Nasjonalt e-helsestyre til orientering.

[Vedlegg 4A «Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet April 2022»](#) er lenket opp på Nasjonalt e-helsestyre sine sider på ehelse.no.

Til Møte 4/22  
Dato 08.06.2022  
Saksnummer 24/22  
Type Anbefaling

Fra Mariann Hornnes  
Saksbehandler Karl S Vestli

## Videreutvikling av nasjonal styringsmodell og reviderte mandater for NUIT og NUFA

### Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre vedtar reviderte mandater for Prioriteringsutvalget (NUIT) og Fagutvalget (NUFA), og anbefaler Direktoratet for e-helse å vedta mandat for Nasjonalt e-helseråd.

### Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse ønsker med denne saken

1. Å drøfte de viktigste temaene i svarene fra høringsprosessen for den nasjonale styringsmodellen for e-helse og forslag til oppfølging
2. Vedta reviderte mandater for Prioriteringsutvalget (NUIT) og Fagutvalget (NUFA)
3. Å få anbefaling til revidert mandat for Nasjonalt e-helseråd

### Bakgrunn

Forslag til videreutvikling av Nasjonal styringsmodell for e-helse har vært på høring og hadde frist 11. april 2022. Totalt kom det høringssvar fra 35 ulike instanser. Vedlegg 1 oppsummerer høringssvarene på overordnet nivå. Høringssvarene har blitt bearbeidet internt i Direktoratet for e-helse, og det er identifisert flere gjentakende tema i høringssvarene. Det skal publiseres et oppsummeringsnotat av høringssvarene i løpet av juni, som omtaler hvordan direktoratet stiller seg til innspillene, om det gjøres endringer i mandatene eller om det er andre oppfølgingspunkter.

I høringen ønsket vi spesielt tilbakemelding på følgende spørsmål:

1. Er dere enige i de foreslåtte endringene i styringsmodellen eller er det andre endringer og tiltak som Direktoratet for e-helse bør vurdere?
2. Har dere forslag til konkrete endringer i de revidert mandatene?
3. Har dere tilbakemeldinger på hvilke saker som skal/bør behandles i styringsmodellen?

Det har kommet mange ulike innspill i de 35 høringssvarene. Vi ønsker å orientere om noen av temaene og drøfte hvordan de skal håndteres, enten innspillene fører til direkte endringer i mandatene eller at videre oppfølging er et tema i oppsummeringsnotatet fra høringsprosessen.



Leseveiledning: I dette dokumentet er alle foreslåtte endringer til mandatene basert på høringssvarene merket med rødt. Forslag til reviderte mandater for de tre utvalgene er vedlagt (vedlegg 2, 3 og 4).

### **Navn på styringsmodellen og en rådgivende arena for alle**

I høringssvarene var det bred støtte til å endre navn på Nasjonalt e-helsestyre til *Nasjonalt e-helseråd*. Det var også bred støtte til at alle aktører representert i styringsmodellen kan fremme sine strategiske e-helsesaker. Flere av høringssvarene påpekte videre at direktoratet burde vurdere å endre navn på selve styringsmodellen, for å bedre speile modellens formål og faktiske ansvarsområde. Basert på dette foreslår vi å endre navn på styringsmodellen til «*Nasjonal rådsmodell for e-helse*». Videre foreslår vi at sekretariatet etablerer en prosess for å informere alle aktører om hvordan de kan melde inn saker og hvilke kriterier som gjelder for at saken skal kunne behandles i utvalgsmøtene. Dette vil omtales i oppsummeringsnotatet og legges ut på ehelse.no. Vi vil også åpne opp for at andre aktører kan få sine strategiske e-helsesaker behandlet, eksempelvis Bufdir og NAV. Det gjøres allerede i dag, men vi vil være mer eksplisitt på det fra nå.

### **Relasjon mellom program/prosjekt/produktstyrer**

Det er flere av høringssvarene som etterspør en tydeliggjøring av relasjonen mellom styringsmodellen og program- og prosjektstyrer. På bakgrunn av dette foreslår vi et revidert punkt i mandatene under oppgavene til Nasjonalt e-helseråd og NUIT.

#### For Nasjonalt e-helseråd:

- *Drøfte og gi anbefaling til utvalgte prinsipielle og strategiske vurderinger i programmene knyttet til strategisk innretning, helhetlig prioritering og finansiering*

#### For NUIT:

- *Gi råd om prinsipielle og strategiske vurderinger i programmene knyttet til strategisk innretning, helhetlig prioritering og finansiering*

Sammenhengen og relasjonene vil også tydeliggjøres i oppsummeringsnotatet.

I høringen kom det også kommentarer til Nasjonalt e-helseråds og NUITs rolle knyttet til investeringer i nasjonal e-helseportefølje og fordeling av kostnader til drift og forvaltning. Der foreslår vi at to punkter i listen over oppgaver blir slått sammen til ett:

#### For Nasjonalt e-helseråd:

- *Drøfte og gi anbefaling om investeringer og tiltak i nasjonal e-helseportefølje som medfører vekst i kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-heseløsningene, jf. Prop. 3 L (2021-2022) vedtak 88*

#### For NUIT:

- *Gi råd om investeringer og tiltak i nasjonal e-helseportefølje som medfører vekst i kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-heseløsningene, jf. Prop. 3 L (2021-2022) vedtak 88*

### **Rolle og ansvar for nasjonal e-helsestrategi**

Alle mandater er oppdatert med ansvar relatert til ny nasjonal e-helsestrategi. Følgende reviderte punkter foreslås inn i mandatene under oppgaver og ansvar:

#### For Nasjonalt e-helseråd:

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

#### For NUIT:

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

#### For NUFA:

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

### **Representasjon i Nasjonalt e-helseråd**

Det har kommet forslag om at medlemmene i Nasjonalt e-helseråd ikke nødvendigvis er toppleder i virksomheten, men en representant for toppledelsen. Dette har også vært praksis for et par av medlemmene de siste årene. Det foreslås følgende endring i mandatet: *De respektive virksomhetene møter med representant for sin toppledelse.*

### **Medlemmer i utvalgene**

Det er fem instanser som mener de bør være representert i rådsmodellen, enten på alle nivå eller i Nasjonalt e-helseråd. I Nasjonal rådsmodell for e-helse skal medlemmene representere helsetjenesten (Helseforetak, kommuner, fastleger) og den statlige helseforvaltningen (Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Folkehelseinstituttet og NHN). I tillegg deltar Digitaliseringsdirektoratet som representerer det tverrfaglige aspektet i e-helseutviklingen. Medlemmene fra Legeforeningen skal være fastleger og representere fastlegetjenesten, mens medlemmene fra Norsk sykepleierforening skal også representere tjenesten i sykehus og kommuner, og være et supplement til medlemmene som utpekes av de regionale helseforetakene og KS. Innbygger og pasientperspektivet dekkes gjennom 2 medlemmer fra utvalgte pasientforeninger i NUFA og Nasjonalt e-helseråd. Utvalgene er i utgangspunktet store, og å inkludere enda flere medlemmer må vurderes nøye, særlig i NUIT og Nasjonalt e-helseråd der anbefalinger skal være mest mulig forpliktende og føre til økt gjennomføringskraft. Vår anbefaling er derfor å ikke legge til nye medlemmer i utvalgene utover

- 2 representanter fra forskningssiden i NUFA som foreslått i høringen
  - Norsk helsenett går fra observatør til fast medlem i alle utvalg som foreslått i høringen
  - Direktoratet for e-helse går fra ett til 2 medlemmer i NUFA for å sikre riktig representasjon fra både arkitektur og fag samt ivareta møteledelsen
1. Apotekforeningen mener de bør være representert i Nasjonalt e-helseråd på bakgrunn av at de er omfattet av endringene i pasientjournalloven §8 om tilgjengeliggjøring og betaling for de nasjonale e-helseløsningene. Vi foreslår at de ikke blir representert i Nasjonalt e-helseråd, da rådet behandler mange andre saker som ikke berører Apotekforeningen. De er allerede representert i NUIT og NUFA.
  2. Norsk Psykologforening mener de bør være representert på alle nivå i styringsmodellen. De argumenterer for at det de seneste årene har vært en kraftig utvikling av digitale tilbud og tjenester innen fagområdet psykisk helse, og at psykisk helse ikke er representert i styringsmodellen. Vi foreslår at de får invitasjon til å være med i NAFI.
  3. Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo mener at de tre utvalgene bør ha ett medlem fra odontologisk fagmiljø. Oral helse er en viktig del av somatisk og mental helse, og det er et stort behov for økt og kvalitetssikret samarbeid mellom tannhelsetjenester og andre helseaktører. Vi foreslår at de får invitasjon til å være med i NAFI.
  4. Arbeidstilsynet mener de bør være representert i Nasjonalt e-helseråd på bakgrunn av at det er viktig at aktører med kunnskap om betydningen av arbeidsmiljøforhold for innbyggernes helse tas med. Vi foreslår at de får invitasjon til å være med i NAFI.
  5. Fagforbundet har sendt et formelt brev der de ber om å bli representert i alle tre utvalg, på lik linje som Legeforeningen og Norsk Sykepleierforbund. Vi foreslår at de får invitasjon til å være med i NAFI.

Det ble i høringen også etterspurt mulighet for å stille med stedfortreder også i NUIT og NUFA. Dette mener vi det bør åpnes for og foreslår følgende endring i mandatene til NUIT og NUFA:

*Representantene kan ha fast stedfortreder, som stiller i møtene ved behov og etter avtale. For å sikre kontinuitet, skal bruken av stedfortreder begrenses.*

### **Forankring hos bruker- og fagorganisasjoner og innbyggerrepresentanter**

Det er kommet flere innspill som påpeker at forankring hos bruker- og fagorganisasjoner er viktig. Samtidig mener både Kreftforeningen og FFO at det er utfordrende å delta i NUFA for representantene. For NUIT mener Kreftforeningen at det er utfordrende å delta, mens FFO ønsker å styrke representasjon med ett medlem (til totalt to). Begge er positive til representasjon i Nasjonalt e-helseråd. Vi foreslår:

- Å beholde to representanter i Nasjonalt e-helseråd og NUFA, og går i dialog med foreningene for å vurdere eventuelle kandidater for NUIT
- Etablere formøter med representantene fra bruker- og fagorganisasjonene i NUFA for å forberede de på enkelte saker
- Reetablere Nasjonal arena for fag- og interesseorganisasjoner (NAFI)
- Foreslår også at innbyggerperspektivet skal inkluderes i formålet til NUFA med følgende formulering: *NUFA skal gi råd og anbefalinger om helsefaglige behov, innbyggers behov og arkitekturvalg på e-helseområdet.*

En reetablering av NAFI vil åpne opp for at relevante saker som behandles i rådsmodellen kan løftes til denne arenaen ved behov. Slik vil man kunne få innspill fra, og forankring hos, bruker- og fagorganisasjoner i relevante saker uten at de må være representert i utvalgene. Vi anser midlertidig ikke NAFI som en formell del av rådsmodellen.

### **Involvering av næringsliv og forskning**

I noen av høringssvarene er det presisert at næringslivet ønskes representert i styringsmodellen. Det er flere aktører som gir uttrykk for at styringsmodellen og næringslivet bør ha et tettere samarbeid og/eller mer dialog uten at de nødvendigvis sitter i utvalgene. Noen aktører støtter at helsenæringen ikke er en del av styringsmodellen. Mange av høringssvarene sier det er positivt at forskning får en plass i NUFA, men at de også bør være representert i Nasjonalt e-helseråd og NUIT.

For å nå målene vi har satt i utviklingen innen e-helseområdet er vi avhengig av bidrag knyttet til produkter, tjenester og spisskompetanse fra helsenæringen og forskningsmiljøene. Samtidig er det viktig å involvere disse miljøene i de rette aktivitetene og møteplassene. Vi har derfor allerede foreslått i høringsnotatet at representanter fra forskningsmiljø inviteres inn i NUFA. Her er det faglige diskusjoner hvor forskningsmiljøenes deltagelse i diskusjonene og saksbehandlingen kan være nyttig. Det er ikke foreslått å invitere forskningsmiljøene inn i øvrige utvalg, da sakene i større grad bærer preg av anbefalinger og prioriteringer, og faller utenfor forskningens naturlige rolle.

Tilsvarende foreslås ikke helsenæringen, eller representanter for denne, inn i rådsmodellen i denne omgang. Det er særlig tre grunner som veier tungt. Helsenæringen besitter mye kompetanse om både behov og løsninger, men vi mener at deltagelse fra leverandørmiljøene vil redusere modellens mulighet til å ha åpne diskusjoner om løsninger og gi uavhengige råd fra «kundesiden». Diskusjonene i rådsmodellen kan være av en slik art at det ikke er egnet eller hensiktsmessig for leverandørene å delta, f.eks. stille enkeltaktører i en konkurranserettslig vanskelig posisjon. Vi opplever stor bevissthet på dette i helsenæringen, men ser at slike situasjoner vil kunne oppstå i rådsmodellen og det må vi unngå. Det vil være krevende å finne egnet representasjon fra næringen, særlig fordi næring er stor og mangfoldig, og med kryssende interesser og prioriteringer.

Det arbeides derfor for å utvikle eksisterende og nye møteplasser for helsenæringen, der deres kompetanse kan skape verdi i beslutningsprosessene. Det er allerede jevnlig leverandørmøter i regi av Direktoratet for e-helse som skal videreutvikles. Det utvikles nye møteplasser knyttet til helseklyngene og

innovasjonsmiljøene. Direktoratets praksis med økt bruk av høringer knyttet til utredninger, rapporter og anbefalinger gir helsenæringen mulighet til å bidra med innspill.

### Tydeliggjøring av saksgang mellom de 3 utvalgene

I noen av høringssvarene ble det etterspurt en tydeliggjøring av saksgangen mellom de tre utvalgene. Dette vil beskrives i oppsummeringsnotatet, men i tillegg foreslår vi å legge til følgende punkt i mandatene til NUIT og NUFA:

#### For NUIT:

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

#### For NUFA:

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

### Økt gjennomføringskraft og mest mulig forpliktende e-helseutvikling

Det ble stilt spørsmål i flere av høringssvarene om de foreslåtte tiltakene vil være med på å styrke styringsmodellens gjennomføringsevne og forpliktelse, særlig siden det nå presiseres at det er en rådgivende arena. Vi vil omtale dette i oppsummeringsnotatet. Styringsmodellen er ett virkemiddel, blant flere, for å øke gjennomføringskraften på e-helseområdet. Både tema «økt gjennomføringsevne» og «mest mulig forpliktende e-helseutvikling» handler i stor grad om hvordan saker blir lagt frem, drøftingen i møtene og hvordan vedtakene blir formulert. Vi mener at gode og forpliktende drøftinger og vedtak vil bidra til økt gjennomføringskraft.

### Videre saksprosess

Innspill fra nasjonalt e-helsestyre til mandatene for NUFA og NUIT innarbeides før de nye mandatene publiseres på ehelse.no. Direktoratet for e-helse vil sørge for at endringene ivaretas i den videre forvaltningen av nasjonal rådsmodell for e-helse.

Direktoratet for e-helse vil behandle mandatet for Nasjonalt e-helseråd i ledermøtet basert på innspillene som er gitt i e-helsestyret og sørge for at endringene ivaretas i den videre forvaltningen av utvalget.

### Vedtak fra tidligere behandlinger i styringsmodellen

Sak	Tema	Vedtaksformulering
26/21 Nasjonalt e-helsestyre 22.09.21	Formål og hovedinnretning for nasjonal styringsmodell for e-helse	Nasjonalt e-helsestyre drøftet saken. Direktoratet for e-helse vil legge innspillene fra dette referatet til grunn for videre arbeid, og gir medlemmene anledning til å kommentere på disse innen 11.10.21.
26/21 Ekstramøte i NUIT 15.09.2021	Formål og hovedinnretning for nasjonal styringsmodell for e-helse	NUIT drøftet saken og ber Direktoratet for e-helse ta med innspillene i det videre arbeidet.
21/21 NUFA 01.09.2021	NUFAs rolle i forbindelse med videreutvikling av nasjonal styringsmodell for e-helse	NUFA drøftet saken og Direktoratet for e-helse tar med seg innspill i det videre arbeidet.

## Vedlegg 1 – Overordnet oppsummering av høringssvarene

- Samtlige av høringssvarene er positive til at styringsmodellen videreutvikles.
- Av de som har tatt stilling til navndringen til Nasjonalt e-helseråd, støtter majoriteten dette.
- Noen har også bedt direktoratet revurdere navnet på styringsmodellen.
- Et par instanser har punkter de ønsker å legge til i den foreslåtte formålsformuleringen.
- Majoriteten av høringssvarene er positive til at styringsmodellen skal være en rådgivende arena for alle aktører i utvalgene, men det stilles også spørsmål til hvordan en rådgivende modell kan bli mer forpliktende.
- Fra noen instanser er det ønskelig at mandatene og koblingen mellom styringsmodellen og program-/prosjekt-/produktstyrer spisses ytterligere.
- Det er kommet noen konkrete innspill til type saker som bør behandles i modellen.
- Kommuner har påpekt viktigheten av tid til forankring.
- Det er mange innspill til representasjon/sammensetning av utvalgene. Flere profesjoner ønsker seg inn eller har påpekt viktigheten av forankring med bruker- og fagorganisasjoner.
- Inkludering av næringslivet og forskningsmiljøene er omtalt i mange av høringssvarene.
- Et par instanser mener prosessen for videreutvikling av modellen har vært innadventd, og at det mangler kobling til nasjonal e-helsestrategi.
- Det er også noen instanser som stiller spørsmålstegn ved om tiltakene som er foreslått vil være med å sikre økt gjennomføringskraft.

Vedlegg som vil bli publisert på Nasjonalt e-helsestyre sine sider på ehelse.no:

[Vedlegg 5A – Foreslått revidert mandat for Nasjonalt e-helseråd](#)

[Vedlegg 5B – Foreslått revidert mandat for Prioriteringsutvalget \(NUIT\)](#)

[Vedlegg 5C – Foreslått revidert mandat for Fagutvalget \(NUFA\)](#)

Til Møte 4/22  
Dato 08.06.2022  
Saksnummer 25/22  
Type Anbefaling

Fra Marianne Hornnes  
Saksbehandler Karl Vestli

## Kostnadsfordeling av drift og forvaltning for de nasjonale e-helseløsningene

### Forslag til vedtak

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

### Hensikt med saken

Hensikt med saken er å drøfte fordeling av kostnader til forvaltning og drift gjeldende for 2023 for de nasjonale e-helseløsningene Helsenorge, kjernejournal og e-resept, samt grunndata og helseID (som en del av Helsenettet). Fordelingen gjelder vekst i kostnader ut over kompensert nivå gjennom statsbudsjettet. Innspill fra drøftingen skal videre behandles i Nasjonalt e-helsestyre, før Direktoratet for e-helse oppsummerer resultatet av drøftingene i et notat til Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet vil benytte dette som grunnlag for endringer i *Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger*, som sendes på høring høsten 2022. Departementet vil fastsette betalingen for 2023 i forskriften før årsskiftet.

### Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Direktoratet for e-helse i oppdrag å legge til rette for at prinsipper for fordeling av kostnader til forvaltning og drift drøftes i den nasjonale styringsmodellen for e-helse<sup>1</sup>. I avklaringsmøter med Helse- og omsorgsdepartementet kom det frem at det kun ønskes innspill til konkret fordeling av vekst i kostnader gjeldende for 2023. Den mer prinsipielle diskusjonen om kostnadsfordeling vil bli løftet gjennom et oppdrag tildelt Norsk helsenett.

Norsk helsenett SF har i 2022 fått i oppdrag å legge fram forslag til hvordan evaluering og justering av prismodellene skal gjennomføres, og forberede for gjennomføring, jf. Stortingets vedtak 89 om at prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene skal evalueres og justeres basert på erfaringer med ordningene innen 2024, og at kommunenes andel av kostnadsveksten skal ta utgangspunkt i en vurdering av nytten for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Arbeidet skal gjøres i samarbeid

<sup>1</sup> Tildelingsbrev for Direktoratet for e-helse for 2022; som en del av Videreutvikling av styringsmodellen.

med Direktoratet for e-helse, og behandles i Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger og i den nasjonale styringsmodellen for e-helse.

Fordeling av vekst i kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene har tidligere år vært drøftet i teknisk beregningsutvalg. Mandatet for teknisk beregningsutvalg er nå justert, og kostnadsfordelingen skal behandles i styringsmodellen i stedet.

Ved drøfting av fordeling av kostnader bør det tas utgangspunkt i Helse- og omsorgsdepartementets vurdering i Prop. 3 L (2021-2022):

Etter departementets vurdering bør plikt til betaling fra de regionale helseforetakene og kommunene være uavhengig av om løsningene faktisk er gjort tilgjengelig i den enkelte virksomhet. Ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester til innbyggerne er lagt til alle landets regionale helseforetak og kommuner. De nasjonale løsningene er viktige for at helse- og omsorgstjenesten skal kunne oppfylle ansvaret for å tilby helse- og omsorgstjenester, og løsningene blir mer effektive jo flere aktører som benytter dem. Departementet legger vekt på at pålegg om betaling vil stimulere virksomhetene til å ta løsningene i bruk og på denne måten bidra til å øke nytten av løsningene.

Departementet legger til grunn en betalingsmodell der kostnadene til forvaltning og drift av e-resept, kjernejournal og helsenorge.no fordeles omtrent likt mellom regionale helseforetak og kommuner etter at bidraget fra apotek og bandasjister til betaling for e-resept er trukket fra. Både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å levere helsetjenester til pasientene som løsningene skal understøtte. Både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (herunder fastlegene) benytter løsningene i stort omfang. Selv om det er pasientene som har den største nytten av løsningene, viser tilgjengelige samfunnsøkonomiske analyser at både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har nytte av løsningene. Departementet går imidlertid inn for, at det i en overgangsperiode, tas hensyn til muligheten for å ta løsningene i bruk når veksten i kostnader til forvaltning og drift fordeles.

Kommuner og regionale helseforetak vil bli kompensert eksisterende kostnader til forvaltning og drift, men må dekke kostnadsveksten fra 2021 og framover. Kommunenes betaling for helsenet i 2022 kompenseres fullt ut.

Apotekene og bandasjistene pålegges å betale for e-resept basert på at virksomhetene har nytte av løsningen.

Dersom utgiftene til drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene øker betydelig, kan det bli aktuelt å kompensere kommunene og helseforetakene for deler av merutgiftene.



### Fordeling av vekst i kostnader i 2022

Tabellen under viser hvordan kostnader for 2022 ble fordelt i kroner:

Fordeling av kostnader for drift- og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger (MNOK)						
Løsning	2021	Endring til 2022	2022 total	2022 andel RHF	2022 andel kommuner	2022 andel apotek
Grunndata og HelselD	98	-28	70	35,2	35,2	
Kjernejournal	89	19	108	56,1	52,1	
E-resept	122	3	125	55,5	55,5	13,7
Helsenorge	217 <sup>2</sup>	47	264	139,2	124,9	
<b>Sum</b>	<b>526</b>	<b>41</b>	<b>567</b>	<b>285,9</b>	<b>267,7</b>	<b>13,7</b>

Kostnader utover kompensert beløp ble fordelt slik i 2022:

Fordeling av vekst i kostnader for drift- og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger			
Løsning	Regionale helseforetak	Kommuner	Apotek
Grunndata og HelselD	50 %	50 %	
Kjernejournal	60 %	40 %	
E-resept	44,5 %	44,5 %	11,0 %
Helsenorge	60 %	40 %	

Departementet begrunnet en skjev fordeling av kostnader til forvaltning og drift for kjernejournal slik (ref høring for Tilgjengeliggjøring og betaling for nasjonale e-helseløsninger):

*I 2022 foreslår departementet at regionale helseforetak dekker 60 prosent av kostnadsveksten og kommuner 40 prosent av kostnadsveksten. Forslaget til fordeling er ikke basert kun på faktisk bruk, men tar hensyn til dagens bruk i spesialisthelsetjenesten (inkludert avtalespesialister, private sykehus) og helse- og omsorgstjenesten i kommunene (fastleger, legevakt og pleie- og omsorgstjenesten) og forventninger om bruk når betalingsplikten inntreffer.*

Fordeling av kostnadene til forvaltning og drift for Helsenorge er begrunnet i høringen på følgende måte:

*I en overgangsperiode foreslår departementet likevel at en større del av kostnadsveksten legges på regionale helseforetak fordi helseforetakene har noe større utbredelse og bruk av løsninger på helsenorge.no enn helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Departementet foreslår derfor at veksten i kostnader til forvaltning og drift av helsenorge.no fordeles med 60 prosent på regionale helseforetak og 40 prosent på kommunene i 2022.*

Denne fordelingen medfører at de regionale helseforetakene betaler 15 mill. kroner mer enn kommunene i 2022 for de nasjonale e-helseløsningene som er dekket av forskriften. Helsenettet er da ikke medregnet med unntak av Grunndata og HelselD. Deler av kostnadene blir kompensert gjennom statsbudsjettet, slik at faktisk kostnad er 35 MNOK for RHF-ene og 18 MNOK for kommunene. Foreslått revidert nasjonalbudsjett vil gi økt kompensasjon for veksten i kostnadene til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger i 2022 på hhv 14,1 MNOK og 8 MNOK hos RHF-ene og kommunene.

<sup>2</sup> 2021 inkluderer drift og forvaltning (Helfo og helsenorge registre) som ikke er dekket av forskrift.

### Vekst i kostnader 2023

Vekst i kostnader til forvaltning og drift for nasjonale e-helseløsninger på totalt 35 mill. kroner er behandlet i teknisk beregningsutvalg<sup>3</sup>. Tallene er basert på estimater fra Norsk helsenett SF.

	Total kostnad 2022	Estimert vekst i kostnader 2023	Estimert total kostnad 2023, før prisjustering
Grunndata HelseID	70	7	77
Kjernejournal	108	0	108
E-resept	125	0	125
Helsenorge	264	28	292
<b>SUM</b>	<b>567</b>	<b>35</b>	<b>602</b>

I 2023 vil de nasjonale e-helseløsningene ha økt utbredelse. Kjernejournal vil bli innført i større del av kommunal sektor. Prosjekt 'Kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenester' under Program Pasientens legemiddelliste fortsetter koordinert innføring. Det planlegges for at 80 % av kommunene har innført kjernejournal i løpet av 2023<sup>4</sup>. Tabellen nedenfor viser utviklingen innenfor kommunal sektor så langt.

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

For Helsenorge er kostnadsjusteringen knyttet til både som konsekvens av anbefalt investeringsnivå og økt bruk. Antall besøk på Helsenorge har økt fra 6 millioner pr måned i 2020 til 17 millioner besøk i januar 2022, og hele 90% av befolkningen benytter nå tjenester på Helsenorge.

Kommunal sektor vil i løpet av året ta i bruk flere tjenester på Helsenorge, blant annet gjennom Digi-Helsearbeidet. arbeidet<sup>5</sup>. Det er utviklet tjenester for helsestasjoner og skolehelsetjenesten i kommunene, som gir nye tjenester for ungdom i kontakt med skolehelsetjenesten og helsestasjon for unge. Løsningene er pilotert og innført i alle bydelene i Oslo kommune, Bergen, Stavanger og Haugesund. Arbeid med nasjonal innføring av Digihelsestasjon pågår. Fremover vil det være behov for videre tilrettelegging og innføring. Det er 30 kommuner som er i oppstart/ prosess for å ta i bruk Digi Helse basisløsning.

Den økte bruken og nytten for kommunene og deres innbyggere både for kjernejournal og Helsenorge medfører at man kan vurdere om skjevdelingen mellom regionale helseforetak og kommunene kan reduseres.

<sup>3</sup> Notat fra Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger april 2022, der kostnader for Nilar prøvesvar og dokumentdeling gjennom Kjernejournal er ikke inkludert.

<sup>4</sup> Nasjonal e-helseportefølje og Veikart for nasjonale e-helseløsninger

<sup>5</sup> Veikart for nasjonale e-helseløsninger

### Forslag til fordeling av kostnader i 2023

Direktoratet ber NUIT drøfte forslag til fordeling for 2023 for vekst i kostnader:

Fordeling av vekst i kostnader til forvaltning og drift for 2023			
Løsning	Regionale helseforetak	Kommuner	Apotek
Grunndata og HelseID (Helsenettet)	50 %	50 %	
Kjernejournal	55 %	45 %	
E-resept	44,5 %	44,5 %	11,0 %
Helsenorge	55 %	45 %	

Vi anbefaler at fordelingen gjelder samlet kostnadsøkning over kompensert nivå.

### Behandling av saken i NUIT 19.mai

Under behandling i NUIT kom det følgende innspill:

- KS la vekt på at kommunikasjon om tjenestene og deres gevinster kan være et vel så godt virkemiddel som pålagt betaling for å få forgang i innføring. Direktoratet for e-helse påpekte at departementet har lagt vekt på at pålegg om betaling vil stimulere virksomhetene til å ta løsningene i bruk. Videre ble det åpnet for et møte mellom KS og Direktoratet for e-helse for å tydeliggjøre bakgrunnen for den foreslåtte fordelingen.
- Helse Vest RHF påpekte at tallgrunnlaget har vært presentert i Teknisk beregningsutvalg der flere av medlemmene i NUIT er representert. Forslaget er i tråd med begrunnelsen i Prop 3L om at kostnadene skal over tid fordeles likt. RHF-ene kan tolerere den foreslåtte skjevfordelingen, men fra 2024 må det være ambisjon om lik fordeling. Direktoratet for e-helse minnet om at Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Norsk helsenett SF i oppdrag om å gjøre en utredning om ny kostnadsmodell, så bildet kan endres.
- Apotekforeningen mener at prinsippene for fordeling av kostnadsvekst er ulikt for ulike aktører, og ønsket derfor en synliggjøring av de faktiske kostnadene for aktørene.
- Helse Midt-Norge RHF uttalte at regionen har gjort store investeringer, og fått lavere bruk av nasjonale e-helseløsninger, noe modellen ikke tar hensyn til. Det er utfordrende å kommunisere kostnader fra flere løsninger til aktører i Midt-Norge. Representanten fra Trondheim kommune og KS støttet dette.
- Helse Vest RHF mener det er viktig å skille mellom nasjonale og regionale løsninger, og fikk støtte fra Helse Sør-Øst RHF.
- Direktoratet for e-helse kommenterte at det er lagt til grunn at dette er nasjonale løsninger som alle kan bruke. Lovteksten tar ikke hensyn til om man har gjort andre regionale valg.
- Helse Midt-Norge RHF uttalte at de imøteser arbeidet Norsk helsenett SF skal gjøre for ny kostnadsmodell.

### Videre saksprosess

- Oversendelse av resultat til Helse- og omsorgsdepartementet i løpet av juni 2022
- Helse- og omsorgsdepartementet sender Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger på høring i august 2022
- Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter kostnadsfordeling for 2023 før årsskiftet

Til Møte 4/22  
Dato 08.06.2022  
Saksnummer 26/22  
Type Anbefaling

Fra Mariann Hornnes  
Saksbehandler Karl Vestli

## Ansvarsdeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger

### Forslag til vedtak

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

### Hensikt med saken

Hensikten med denne saken er å drøfte og gi anbefalinger knyttet til oppdraget Direktoratet har fått fra Helse- og omsorgsdepartementet om å utarbeide forslag til ansvarsfordeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger.

### Bakgrunn

Direktoratet for e-helse har i tildelingsbrevet for 2022 fått følgende oppdrag:

#### **ID: TB2022- Modeller for innføring av nasjonale e-helseløsninger**

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

Frist: Innen 30. juni

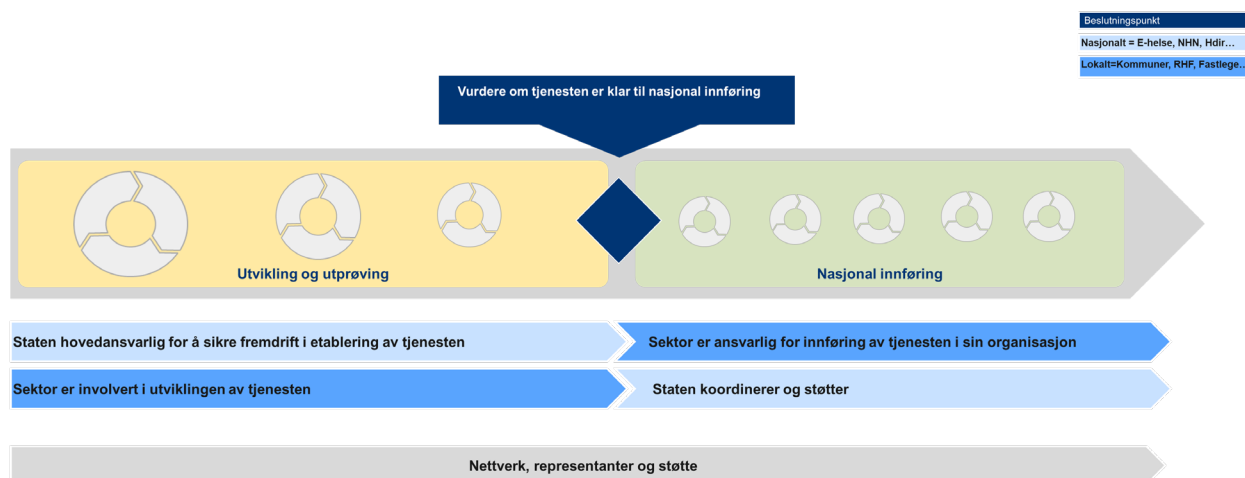
Føringer som legges til grunn for oppdraget er beskrevet i vedlegg 1.

### Anbefaling prinsipper og ansvarsdeling

Et viktig suksesskriterie for vellykket nasjonal innføring er lokalt eierskap. Virksomheter i helsetjenesten som skal innføre (f. eks kommuner, helseforetak og fastleger) er ansvarlig for innføring og bruk av nasjonale e-helseløsninger i egne virksomheter. Dette gjelder enten de er utprøvingsaktører eller innføringen foregår som en del av nasjonal innføring. Aktører med beslutningsmyndighet vil kunne ha forskjellige behov. Aktørene velger selv hvordan de ønsker å legge opp sin innføring så lenge de tar hensyn til koordineringsbehov på tvers og nytten som skal realiseres gjennom tiltaket.

I de tidlige fasene i utvikling og utprøving av en ny tjeneste, fram til tjenesten er utprøvd, er staten hovedansvarlig for å sikre fremdrift i etablering av tjenesten, men sektor må være godt involvert for senere å kunne ta ansvar, ha innflytelse og være med å ta beslutninger.

Nasjonal innføring, som går fra tidspunktet tjenesten er klar til full nasjonal bruk, er sektors ansvar. Erfaring fra tidligere nasjonale innføringsløp har vist at det er vanskelig å få til nasjonal innføring uten at tjenesteeier setter aktørene i stand til å bruke tjenesten. Omfang av statlig innføringsstøtte og koordinering må baseres på tiltakets kompleksitet og egenskaper (omfang av koordinering og endring). Omfanget kan derfor variere fra støtte gjennom ordinær forvaltning til videreføring av tiltak. Dette er nærmere beskrevet i avsnittet om tiltakets egenskaper.



Figur 1: Ansvarsdeling innføring

Nasjonal innføring besluttes på bakgrunn av gjennomført utprøving. For tjenester med større omfang eller kompleksitet gjøres dette via et formelt beslutningspunkt tatt av programstyret som vurderer om tjenesten er klar til å tas i bruk i full bredde og, samt om det er tilstrekkelig oppslutning i sektor. Før beslutning bør det foreligge nasjonale innføringsplaner, hvor det som et minimum angis tidsperiode for innføringen og hvilke aktører som har tatt tjenesten inn i sine planer. Innføringsplaner detaljeres i samarbeid mellom involverte aktører etter hvert som innføringen går fram.

Helse- og omsorgssektoren består av mange aktører med ulike behov, og ulike styringslinjer gjør innføring krevende. Nettverksstrukturer på tvers av aktører og myndighetsområder er derfor et sentralt virkemiddel for å lykkes med digitalisering i sektoren som beskrevet nedenfor. Nettverkene kan bidra til forankring, planlegging, koordinering, kompetansebygging, erfaringsdeling og operativ innføringsstøtte, på tvers av aktører med ulike behov, ulik modenhet og ulike ansvarsområder. Prosesser modnes og forbedres over tid. Beskrivelsen nedenfor reflekterer derfor hvor vi er i dag.

Kommunene har gitt KS ansvaret for å koordinere, samordne og samle kommunal sektor innen digitaliseringsområdet. I dette arbeidet er det også etablert en utbredelsesmodell, se lenke i vedlegg 1, hvor digitaliseringsnettverkene i hver region, er den ansvarlige aktøren, som er gitt det helhetlige strategiske ansvaret for å koordinere og styre aktivitetene i fylket på e-helseområdet. I tillegg er KS kompetansenettverk e-helse (KS e-Komp) og Kommunene-nettverk for innføring av velferdsteknologi, viktige nettverk i å støtte opp under innføring av prioriterte e-helseløsninger.

De kommunale nettverkene er, i likhet med etablerte samhandlingsstrukturer mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, viktige for lokal koordinering av samhandlingsløsninger. NHN har også egne nettverk/forum for samkjøring og planlegging av den operative innføringen på nasjonalt nivå.

For løsninger som krever samtidighet og økt grad av koordinering er det viktig å ta i bruk etablerte samhandlingsarenaer og avtaleverk.

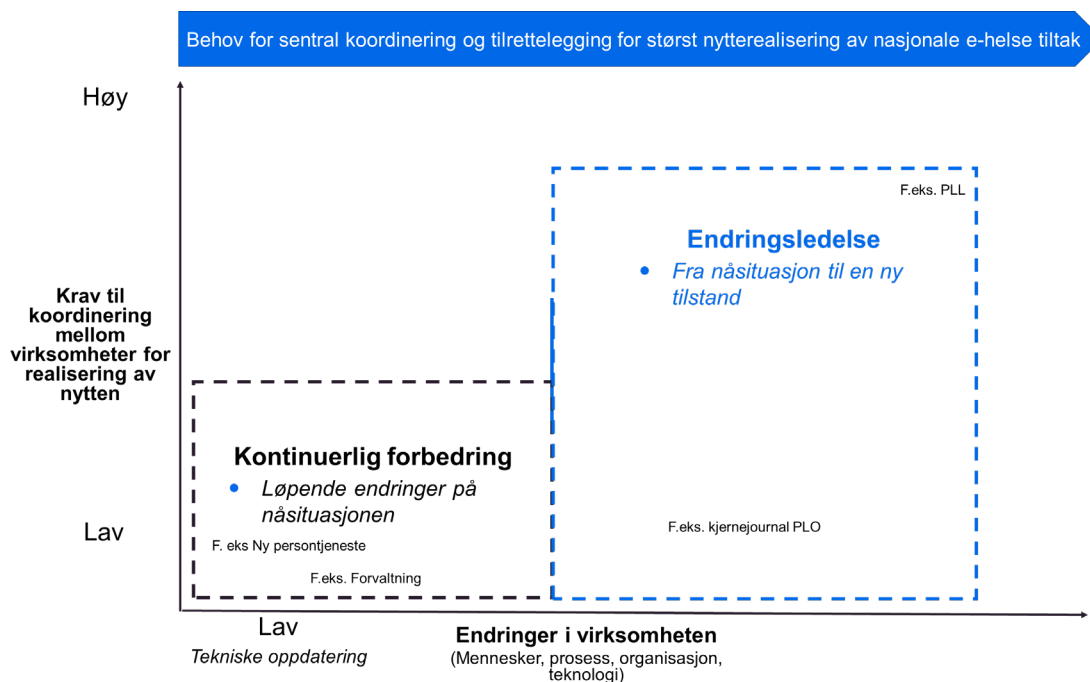
Oppsummering av prinsippene for ansvarsdeling

1. For tjenester med større omfang eller kompleksitet er overgang fra utvikling og utprøving til nasjonal innføring, et formelt beslutningspunkt i programstyret.
2. Virksomhetene som skal ta løsningene i bruk er selv ansvarlig for innføring og bruk av nasjonale e-helseløsninger i egne virksomheter.
3. KS har ansvaret for å koordinere, samordne og samle kommunal sektor innen digitaliseringsområdet, herunder forankre innføring av nasjonale e-helseløsninger i KS samstyringsmodell og felles plan og rammeverk.
4. Staten er ansvarlig for å sikre fremdrift i utvikling og utprøving av tjenesten og for å støtte aktørene og koordinere innføring av nasjonale e-helseløsninger på tvers av helsesektoren.
5. Omfang av statlig innføringsstøtte og koordinering av lokal innføring må baseres på tiltakets kompleksitet og egenskaper, og skal anbefales basert på en samfunnsøkonomisk analyse av tiltaket.
6. Etablerte nettverk og samhandlingsfora skal benyttes for innføring av nasjonale e-helseløsninger

#### **Tiltakets egenskaper**

Oppdragsteksten adresserer spørsmålet «*tydeliggjøre hvor langt statens ansvar strekker seg i arbeidet med å understøtte lokale innføringsaktiviteter i kommuner, helseforetak og øvrige aktører*». Dette spørsmålet er vanskelig å besvare kategorisk. Det må gjøres vurderinger fra tiltak til tiltak, fordi de omhandler ulike tjenester.

Nye tjenester varierer i omfang og kompleksitet. Dette krever bruk av ulike virkemidler (juridiske, organisatoriske og pedagogiske) for at identifisert nytte skal kunne realiseres i størst mulig grad. Virkemiddelbruken og behovet for koordinering må derfor være tilpasset det enkelte tiltak. Ofte vil tiltak som krever stor grad av samhandling mellom aktørene, og som innebærer større endringer i virksomhetene de skal innføres i, ha behov for at staten eller andre sentrale aktører koordinerer og tilrettelegger for samtidig og riktig bruk av løsningen for at nyttepotensialet skal kunne realiseres. Figur 2 illustrerer dette behovet.



Figur 2: Ulike tiltak krever ulikt behov for sentral koordinering og tilrettelegging

Figur 2 illustrerer de ulike parameterne som er sentrale i vurderingen av virkemiddelbruk og statlig sentral koordinering av tiltaket. På de laveste nivåene, i nedre venstre del av figuren foregår det en kontinuerlig forbedring av de nasjonale løsningene som i liten grad endrer måten det jobbes på og som krever liten grad av samhandling for at nytten skal kunne realiseres. Dette er ofte enkel ny funksjonalitet som forbedrer løsningene, og hvor informasjonstiltak i tillegg til enkel veiledning ofte er tilstrekkelige virkemidler. Tiltak som ligger lenger opp i figurens øvre høyre del har derimot stor kompleksitet, og krever større grad av endringsledelse for å ta aktørene fra en nåsituasjon til en ny tilstand. Her vil det også kunne være økt behov for koordinering på tvers av helsesektoren basert på krav til samhandling, og eventuelt krav til samtidighet i innføring og bruk av løsningene, for at nytten skal kunne realiseres. For denne type tiltak vil det være vesentlig å sikre koordinerte planer i sektor, samt et bredt spekter av virkemidler som sikrer oppslutning og bruk av løsningene.

Andre faktorer som kan påvirke behov for koordinering og oppfølging fra statens side er at tiltak kan gi negative gevinster for enkelte grupper.

Det anbefales derfor at statens *arbeide med å understøtte lokale innføringsaktiviteter i kommuner, helseforetak og øvrige aktører* vurderes fra tiltak til tiltak og baseres på vurderingene av tiltakets krav til koordinering og tilrettelegging for realisering av nytte.

Eksempler på tjenester på forskjellige nivå av statlig koordinering og tilrettelegging:

- Lavt: Forvaltning, mindre endringer og ny persontjeneste har et lavt behov for sentral koordinering og tilrettelegging av innføring,
- Medium: Kjernejournal til pleie- og omsorgstjenesten
- Høyt: Pasientens legemiddelliste krever et høyt nivå av sentral koordinering og tilrettelegging

Norsk helsenett SF, har som tjenesteleverandør, utarbeidet en metodebeskrivelse for innføring som viser eksempler på virkemiddelbruk på forskjellige nivåer.

### Beste praksis og forutsetninger for vellykket innføring

Omfanget av oppdraget begrenser seg til beskrivelse av ansvarsdeling og prinsipper for selve innføringen av nasjonale e-helseløsninger. Det er likevel vesentlig å trekke frem forutsetninger og beste praksis som må ligge til grunn for en eventuell beslutning om nasjonal innføring.

1. I konsept- og planleggingsfase må virksomhetene som skal ta løsningene i bruk være aktivt med i beskrivelse av behov, identifisering av gevinster og strategier, og arbeidet må legges til rette for god involvering og forankring.
2. Virksomhetene som skal ta løsningene i bruk skal delta i prioriteringen av tiltak via nasjonal styringsmodell. Prosessen må gi rom for nødvendig involvering i sektor med aktører med beslutningsmyndighet som ikke deltar direkte i nasjonal styringsmodell.
3. Veikartet for nasjonale e-helhetsløsninger er en felles overordnet plan som oppsummerer utvikling- og innføringsplaner på nasjonalt nivå fremover og indikerer når tjenester er klar til å tas i bruk. Denne må være samstemt mot andre planer i sektor, som kommunale og spesialisthelsetjenestens planer, slik at det skapes en forutsigbarhet og en mulighet til å avstemme tilgjengelig kapasitet og prioritere oppgaver mot hverandre.
4. Det skal gjennomføres utprøving og evaluering med reelle brukere for læring og forbedring av tjenesten og innføringsstrategi. Det må gjennomføres utprøving med nok aktører til å teste ut på et bredt spekter av sektor og sikre nødvendig kvalitet på tjenesten.
5. Ved etablering av nye tjenester skal det foreligge endringsanalyser av relevant regelverk, standarder, helsefaglige rutiner og arbeidsprosesser, tekniske og organisatoriske forutsetninger som beskriver omfang av endringene og nødvendige tiltak. Staten vil være ansvarlig for å håndtere eventuelle endringer i regelverket.
6. Innføringsplaner må ta hensyn til at det finnes virksomhetene som skal ta løsningene i bruk med mindre tilgang på ressurser og/eller lavere modenhet på IT og innføring, organisatorisk og teknisk. Disse vil ha behov for standardisering, enkelt oppsett og mulighet for bistand og samarbeid med andre aktører. Støtten kommer gjennom etablerte representanter og nettverk.
7. Leverandørdialog og bestilling av endringer gjøres av helsevirksomhetene f.eks RHF eller i noen tilfeller deres representanter f. eks EPJ-løftet. Bruk av kundeforholdet gir god gjennomslagskraft ovenfor leverandør. Nasjonalt prosjekt/forvaltning vil som oftest ha teknisk og praktisk kontakt med leverandørene i forbindelse med tilpasningene.

En vellykket innføring forutsetter tett samarbeid mellom de sentrale statlige aktørene og virksomhetene som skal ta løsningene i bruk gjennom hele løpet uavhengig av ansvarsfordeling.

### Tilbakemelding fra behandling i NUIT 19.05.22 (basert på foreløpig referat)

Innspill	Svar i møtet	Endringer i dette dokumentet
Det ble stilt spørsmål om det statlige ansvaret var beskrevet tilstrekkelig når det gjaldt ansvarsfordeling mellom Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse.	Det ble svart ut at Helse- og omsorgsdepartementet har fokus på statens ansvar, og ikke på fordelingen av ansvaret mellom Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse.	Ingen, se svar.



NUIT ønsket også flere eksempler for innføringer og ikke bare Program pasientens legemiddelliste som er svært komplisert og spesiell.		Eksempler lagt inn i figuren som viser kompleksitet.
Videre ble det påpekt at KS sitt ansvar må tydeliggjøres. Slik det er beskrevet nå fremstår det som KS vil bli ansvarlig for innføring i kommunal sektor.	Det ble det opplyst om at KS har vært involvert i å utarbeide forslaget.	Teksten om nettverk, representanter og støtte er omarbeidet.
Når det gjelder å vurdere om en løsning er klar til å tas i bruk bør det fremstilles mer smidig. Andre synspunkter er at det må være dokumentasjon på at løsningene er klare til bruk i virksomheten. Forsvarlighetsprinsippet må om nødvendig overstyre behovet for smidighet.	Når det gjelder smidighet ble det svart ut at det er behov for å ha en milepæl for å synliggjøre ansvarsoverføring mellom stat og sektor.	Det er gjort justeringer i figuren for å vise smidighet gjennom løpet.
Statens ansvar må vurderes fra prosjekt til prosjekt, men at sektor må være med på vurderingen ettersom det fører til konsekvenser både når det gjelder ressurser og økonomi.		Ingen. Dette punktet anses dekket under punkt 2 forutsetninger.
Kommunene trenger en verktøykasse for å håndtere innføringen. Det arbeides med prinsipper for samstyring i kommunene i digitaliseringsnettverkene.		Ingen. Punktet anses som dekket allerede.
Staten bør ha ansvar for å sørge for at relevant regelverk er på plass og at dette bør presiseres i leveransen til departementet		Lagt inn under forutsetninger.
Prinsippene bør anvendes også når staten ikke er eier.	Det ble svart at Helse- og omsorgsdepartementet har fokus på staten i dette oppdraget, men at prinsippene gjerne kan brukes av flere.	Ingen, se svar.

#### Vedtak på tilsluttende saker

Sak	Tema	Vedtaksformulering
NUIT 7/22	Oppdrag om ansvarsfordeling og prinsipper som bør ligge til grunn for innføring av nasjonale e-helseløsninger	NUIT drøfter spørsmål knyttet til prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger og ber arbeidsgruppa ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet

NUIT 23/22	Ansvarsdeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger.	NUIT drøftet forslag til ansvarsdeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger. Innspill tas med i videre bearbeiding av saken som skal behandles i Nasjonal e-helsestyre.
------------	--	--

### Vedlegg 1: Til grunn for oppdraget

- Bruk av Nasjonal styringsmodell for e-helse og samstyringsstrukturen for digitalisering i kommunal sektor, for samstyring og prioritering
- Kommunal organisering, nettverk og portefølje som uttrykt i KS prinsipper (<https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/digitalisering-i-helse-og-omsorgsektoren-e-helse/styringsmodell/>).
- Statens prosjektmodell
- Prop. 3 L (2021-2022)
  - Økonomiske og administrative konsekvenser skal utredes, herunder teknologiske forutsetninger og avhengigheter, i tillegg til at det skal utarbeides nasjonale innføringsplaner basert på erfaring fra utprøving av løsningene i kommunene.
- Digitaliseringsrundskrivet
  - Brukeren i sentrum (kapittel 1.1)
  - Samordning med kommunesektoren (kapittel 2)

Til Møte 4/22  
Dato 08.06.2022  
Saksnummer 27/22  
Type Anbefaling

Fra Mariann Hornnes  
Saksbehandler Lucie Aunan

## Vurdering av alternativer for felles styring av PLL og PDS

### Forslag til vedtak

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

### Hensikt med saken

Direktoratet har i tildelingsbrev 2022 oppdrag på å ha programeierskapet for program digital samhandling (PDS) og Pasientens legemiddelliste (PLL), og med dette ivareta det helhetlige ansvaret for disse nasjonale programmene. Direktoratet ønsker å få innspill fra Nasjonalt e-helsestyre på vurderingen og anbefalingen for felles styring av program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste fra 2023.

### Bakgrunn

Program Pasientens legemiddelliste (PLL) og Program Digital samhandling (PDS) er sentrale digitaliseringsinitiativer under Direktoratet for e-helses ledelse. Fra 2023 vil begge initiativene bli finansiert av steg 2 i PDS, og det er derfor naturlig å vurdere organisering og styring av initiativene.

Det er vurdert 3 alternativer for felles styring av PLL og PDS fra 2023. De tre alternativene som er vurdert er (1) ett felles program, (2) porteføljestyring av initiativene og (3) videreføring av de to programmer med forsterkede mekanismer for samstyring. Da programmenes leveranser og effekter er høyt prioritert av sektor er det naturlig å innhente synspunkter på dette før beslutningen tas. Alternativ 3 er direktoratets anbefaling.

### Videre saksprosess

Direktoratet har fått innspill fra programstyret i PDS, samt fra NUIT. Begge støtter direktoratets anbefaling. Dette, sammen med innspill fra Nasjonalt e-helsestyre, vil danne grunnlaget for direktoratets endelige beslutning.

### Vedtak fra tidligere behandlinger i styringsmodellen

Saken har ikke vært til behandling i Nasjonalt e-helsestyre.

Til Møte 4/22  
Dato 08.06.2022  
Saksnummer 28/22  
Type Drøfting

Fra Mariann Hornnes  
Saksbehandler Ivar Thor Jonsson

## Hvordan avlaste fastlegene ved innføring av pasientens legemiddelliste (PLL)

### Forslag til vedtak

Programmet tar innspillene med i det videre arbeidet med å svare på oppdraget

### Hensikt med saken

I denne saken ønskes en drøfting av de foreslåtte tiltakene for hvordan fastlegens merarbeid kan avlastes ved innføring av PLL.

### Bakgrunn

Direktoratet for e-helse fikk 8. april 2022 tillegg til tildelingsbrev nr. 3 med oppdrag om å foreslå mulige tiltak for å redusere fastlegenes merarbeid i utprøvnings- og innføringsfasen av pasientens legemiddelliste.

Oppdraget skal svares ut i samarbeid med Helsedirektoratet og tiltakene som foreslås skal forankres med aktørene i helsetjenesten. Fristen er satt til 1. juli 2022.

Temaet er foreløpig diskutert i følgende fora:

- PLL i praksis 28. april
- Faggruppe helsefag og arbeidsprosesser i program PLL 5. mai
- Arbeidsmøter med representanter fra Helsedirektoratet, Legeforeningen, utprøvingen i Bergen, Statens legemiddelverk, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Apotekforeningen, Norsk farmaceutisk forening, KS og Norsk helsenett SF 6. og 13. mai

Diskusjoner i de nevnte fora danner grunnlag for de foreslåtte tiltakene som er foreslått delt inn i følgende kategorier:

- Bedre kvalitet i e-resept vil avlaste fastlegene
- Tiltak i programmets gjennomføringsstrategi som vil avlaste fastlegene

- Tiltak som generelt gir bedre kvalitet i legemiddelbehandlingen, vil avlaste fastlegene
- Andre legemiddelrelaterte tiltak som kan avlaste fastlegene
- Frigjøre andre oppgaver fra fastlegen som ikke er direkte relatert til legemiddelbehandlingen

### **Videre saksprosess**

*Hva er planlagt for videre saksgang og hvor skal endelig vedtak fattes?*

I etterkant av behandling i Nasjonalt e-helsestyre vil svarnotatet oppdateres med innspillene fra sektoren og konsekvensene trolig utredes noe grundigere. Et ferdig notat vil sendes ut til medlemmene i programstyre for en siste kvalitetssikring før oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet.

Saken skal diskuteres i programstyremøtet for pasientens legemiddelliste 25. mai. Innspill fra dette møtet vil inkluderes i presentasjonen til Nasjonalt e-helsestyre 8. juni.

[Vedlegg 9A «Hvordan avlaste fastlegene»](#) er lenket opp til Nasjonalt e-helsestyre sine sider på ehelse.no.