

Møte i Nasjonalt e-helsestyre		
<i>Møte</i>	6/2021	
<i>Dato</i>	9. desember 2021	
<i>Tid</i>	Kl. 10.00 – 16.00	
<i>Sted</i>	Radisson Blu, Gardermoen	
<i>Medlemmer</i>	Inger Cathrine Bryne (Helse Vest RHF) Bjørn-Atle Hansen (Alta kommune) Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Kjell Wolff (Bergen kommune) Cecilie Daae (Helse Nord RHF) Lilly Ann Elvestad (FFO) 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 Gun Peggy Knudsen (Folkehelseinstituttet) (Digitaliseringsdirektoratet) Kristin W. Wieland (KS) Lill Sverresdatter Larsen (Norsk Svein Lyngroth (Oslo kommune) Sykepleierforbund) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune)	
<i>Observatører</i>	Johan Ronæs (Norsk Helsenett SF)	

Sak	Agenda Nasjonalt e-helsestyre	Tidspunkt	Sakstype
33/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden	10:00	Godkjenning
34/21	Godkjenning av referatet fra møtet 22. september 2021 og ekstramøtet 4. november 2021 i Nasjonalt e-helsestyre	10:03	Godkjenning
35/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse	10:05	Orientering
36/21	Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren	10:20	Drøfting
37/21	Godkjenning av kriterier for nasjonal e-helseportefølje	11:05	Anbefaling
38/21	Nasjonal e-helseportefølje og veikart for nasjonale e-helseløsninger – status og planer	11:20	Anbefaling
	Lunsj	11:50	
39/21	Sentralt styringsdokument for steg 2	12:35	Drøfting
	Pause	14:05	
40/21	Ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023	14:15	Drøfting
	Pause	15:15	
41/21	Kommunenes arbeid på eHelseområdet	15:25	Orientering
42/21	Eventuelt	15:55	

Sak	Tema	Sakstype
33/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden.	
34/21	Godkjenning av referatet fra møtet 22. september 2021 og ekstramøtet 4. november 2021 i Nasjonalt e-helsestyre	Godkjenning
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner referatet fra møtet 22. september 2021 og ekstra møte 4. november 2021.	Vedlegg 1: Referat fra Nasjonalt e-helsestyre 22. september 2021 Vedlegg 1A: Referat fra ekstra møte i Nasjonalt e-helsestyre 4. november 2021

35/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
	Direktoratet for e-helse vil orientere Nasjonalt e-helsestyre som status på følgende saker: <ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid med næringslivet på e-helseområdet • Prinsipper for kobling mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet • Status oppdrag om videreutvikling av nasjonal styringsmodell • Status utprøving Pasientens legemiddelliste 	Vedlegg 2: Topppnotat Orientering fra Direktoratet for e-helse
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar sakene til orientering.	
36/21	Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren	
	Direktoratet for e-helse ønsker å redegjøre for arbeidet med strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren: <ul style="list-style-type: none"> • Redegjøre for status og plan • Presentere formål og målsettinger • Orienterer / få innspill om mulige strategiske områder og tiltak • Få en anbefaling fra nasjonalt e-helsestyre om ambisjonsnivå for strategien. 	Vedlegg 3: Topppnotat Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre anbefaler at det videre arbeidet med strategi for digital sikkerhet i sektoren tar utgangspunkt i formål, målsettinger, og skisserte eksempler på strategiske områder slik det er drøftet i møtet, som ambisjonsnivå for høringsversjonen av strategien.	
37/21	Godkjenning av kriterier for nasjonal e-helseportefølje	
	Direktoratet for e-helse ønsker å drøfte med Nasjonalt e-helsestyre og få en anbefaling til fremlagte kriterier for nasjonal e-helseportefølje.	Vedlegg 4: Topppnotat Godkjenning av kriterier for nasjonal e-helseportefølje
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre vedtar fremlagte kriterier for nasjonal e-helseportefølje. Konsekvensene for aktørene er at aktørene melder inn tiltak og rapporterer tiltak iht de vedtatte kriteriene.	
38/21	Nasjonal e-helseportefølje og veikart for nasjonale e-helseløsninger – status og planer	
	Direktoratet for e-helse ønsker å belyse e-helseaktivitet på tvers av helse- og omsorgssektoren på kort sikt – i år, til neste år, og på lengre sikt. Saken består av følgende tema: <ol style="list-style-type: none"> 1. Status nasjonal e-helseportefølje 2. Nasjonal e-helseportefølje 2022 3. Oppdatert Veikart – versjon 21.1 Vedlegg 5A «Forslag til veikart versjon 21.1» er lenket til Nasjonalt e-helsestyre sine sider på ehelse.no i toppnotatet, og i høyre kolonne her i agendaen.	Vedlegg 5: Topppnotat Nasjonal e-helseportefølje og veikart for nasjonale e-helseløsninger – status og planer Vedlegg 5A: Forslag til veikart versjon 21.1
	Forslag til vedtak: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nasjonalt e-helsestyre tar status for nasjonal e-helseportefølje til orientering. 2. Nasjonalt e-helsestyre drøfter sammensetning av nasjonale e-helseportefølje for 2022 og kommer med følgende anbefaling til 	

	<p>Direktoratet for e-helse: (Anbefalingen vil bli formulert i møtet og vil bli lagt til vedtakstekst).</p> <p>3. Nasjonalt e-helsestyre anbefaler versjon 21.1 av veikartet for nasjonale e-helseløsninger. Aktørene legger veikartet til grunn for planlegging og gjennomføring.</p>	
39/21	Sentralt styringsdokument for steg 2	
	<p>Direktoratet for e-helse legger frem versjon 0.9 utvalgte tema av det sentrale styringsdokumentet for Nasjonalt e-helsestyre.</p> <p>Vedlegg 6A «Sentralt styringsdokument steg 2 versjon 0.9 utvalgte tema» er lenket til Nasjonalt e-helsestyre sine sider på ehelse.no i toppnotatet, og i høyre kolonne her i agendaen.</p>	<p>Vedlegg 6: Toppnotat Sentralt styringsdokument for steg 2</p> <p>Vedlegg 6A: Sentralt styringsdokument steg 2 versjon 0.9 utvalgte tema</p>
	<p>Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre drøftet sentralt styringsdokument for steg 2, utvalgte tema, og ba programmet ta med seg innspillene i det videre arbeidet.</p>	
40/21	Ny nasjonale e-helsestrategi fra 2023	
	<p>Direktoratet for e-helse ønsker med denne saken å drøfte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Visjonen som strategien skal bidra til å nå. 2. Hvordan velge de rette strategiske målområdene ved hjelp av evalueringsprinsipper <p>I tillegg vil ambisjon for e-helsestrategien og viktige funn fra kunnskapsgrunnlaget for ny e-helsestrategi bli presentert. En oppsummering av kunnskapsgrunnlaget er å finne på ehelse.no.</p>	<p>Vedlegg 7: Toppnotat Ny nasjonale e-helsestrategi fra 2023</p>
	<p>Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre gir sin anbefaling til visjon og ber i tillegg Direktoratet for e-helse ta med seg innspill til evalueringsprinsipper i det videre strategiarbeidet.</p>	
41/21	Kommunenes arbeid på eHelseområdet	
	<p>KS ønsker å gi en orientering om kommunenes arbeid på eHelseområdet, og spesielt om arbeidet med Felles plan og rammeverk samt status på Felles kommunal journal.</p>	<p>Vedlegg 8: Toppnotat Kommunenes arbeid på eHelseområdet</p>
	<p>Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.</p>	
42/21	Eventuelt	

Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre

<i>Møte</i>	4/2021	
<i>Dato</i>	22. september 2021	
<i>Tid</i>	Kl. 09.00 – 15.00	
<i>Sted</i>	Direktoratet for e-helse, Verkstedveien 1, Oslo	
Medlemmer		
<i>Til stede</i>	Inger Cathrine Bryne (Helse Vest RHF) Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Cecilie Daae (Helse Nord RHF) - video Terje Rootwelt (Helse Sør-Øst RHF) Mariann Hornnes (Direktoratet for e-helse) Jan Arild Lyngstad (Helsedirektoratet) Gun Peggy Knudsen (Folkehelseinstituttet) Kristin W. Wieland (KS) Svein Lyngroth (Oslo kommune), deltok t.o.m. sak 27/21 Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune)	Kjell Wolff (Bergen kommune) - video Lilly Ann Elvestad (FFO) Mina Gerhardsen (Nasjonalforeningen for folkehelsen) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Steffen Sutorius (Digitaliseringsdirektoratet), deltok t.o.m. sak 27/12 Lill Sverresdatter Larsen (Norsk Sykepleierforbund),
<i>Ikke til stede</i>	Bjørn-Atle Hansen (Alta kommune)	
<i>Stedfortreder</i>		
Observatører	Johan Ronæs (Norsk Helsenett SF)	
Direktoratet for e-helse	Karl Vestli Lucie Aunan Hans Löwe Larsen Ivar Thor Jonsson	Siv Ingebrigtsen Sonja Turøy Brugman Karen Lima

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

Sak	Tema
23/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden
	Det kom ingen innspill til innkalling og dagsorden.
	Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjente innkalling og dagsorden.
24/21	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helsestyre 10. juni 2021
	Det kom ingen innspill til referatet.
	Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjente referatet fra møtet 10. juni 2021
25/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse
	Karl Vestli og Ivar Thor Jonsson, Direktoratet for e-helse, orienterte Nasjonalt e-helsestyre om status på følgende saker:
	<ul style="list-style-type: none"> • Forvaltningsrapporten, Riksrevisjonsrapporten • Etterlevelsrapporten, Riksrevisjonsrapporten • Pasientens legemiddelliste

	<ul style="list-style-type: none"> • Prinsipper for kobling mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet. <p>Saken «Prinsipper for kobling mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet» fikk en lengre drøfting hvor følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helsenorge har vist å ha stor verdi under pandemien, men det er en utfordring på det tverrsektorielle. Vi har ikke et godt forvaltningsregime på tvers av sektorer. • Det må være flere inngangsporter til denne informasjonen, som blant annet på fastlegens nettsider. • Det er viktig å kunne tilby likeverdige tjenester, også for de med lav digital kompetanse. Det er behov for nasjonale standarder. • Det er ønskelig med et fjerde prinsipp som ivaretar det tverrsektorielle behovet og data som er generert av andre sektorer. • Det er viktig med stor medvirkning av innbyggerne og at vi har fokus på innbyggerperspektivet. • Informasjonssikkerhet og pasientsikkerhet må inkluderes i arbeidet. • Det ble stilt spørsmål om Helsenorge skal defineres som en portal, plattform, eller begge deler.
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre drøftet sakene og Direktoratet for e-helse tar med seg innspillene som er gjengitt i referatet.</p>
26/21	<p>Videreutvikling av nasjonal styringsmodell for e-helse</p>
	<p>Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, presenterte forslag til formål og hovedinnretning for nasjonal styringsmodell for e-helse.</p> <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medlemmene synes prosessen i arbeidet har vært god og opplever at direktoratet har lyttet til innspillene som er gitt • Nasjonalt e-helsestyre mener det er behov for en styringsmodell for e-helseområdet og gir støttet til å ta utgangspunkt i de utvalgene som er i dag, og med formålene slik de er presentert i saken. De mener det er viktig at Nasjonalt e-helsestyre fortsatt er et forum som samler toppledere i sektoren. • Nasjonalt e-helsestyre støtter en tydeliggjøring av at styringsmodellen er rådgivende og at Nasjonalt e-helsestyre endrer navnet til Nasjonalt e-helseråd. Direktoratet presiserte at navneendringen er ikke et uttrykk for at utvalget blir mindre viktig eller får mindre innflytelse. • Nasjonalt e-helsestyre støtter forslaget om at det utarbeides et felles årshjul for saker som skal behandles i utvalgene som også tar inn i seg styringslinjene hos aktørene som er representert i styringsmodellen. Dette gir forutsigbarhet og mulighet for forankring av saker hos aktørenes virksomheter. Dette er også viktig med tanke på at NUIT vil få en mer sentral rolle i styringsmodellen. • Det er positivt at man i sakene som legges frem beskriver prosess for behandling av sakene samt hvor og når endelig beslutning fattes. • Fullmaktstrukturen i sektoren gjør det vanskelig med saker hvor direktoratet ber om tilslutning. Hvis en aktør skal ha fullmakt til å gi tilslutning til saker, krever det tidlig planlegging fra direktoratet slik at man får tid til forankring i de enkelte virksomhetene. Medlemmene støtter forslaget om at direktoratet legger frem anbefalinger som Nasjonalt e-helsestyre kan ta stilling til. • Begrepet «tilslutning» bør unngås, men heller formulere vedtak som anbefalinger, føringer eller råd. • Nasjonalt e-helsestyre støtter muligheten til å stille med stedfortredere. Samtidig presiseres viktigheten av at Nasjonalt e-helseråd fortsatt skal være et topplederforum og at sakene som legges frem oppleves relevante slik at medlemmene selv stiller.

	<ul style="list-style-type: none"> • Det kom innspill om at det er behov for at topplederforumet møtes regelmessig, og at to møter i året blir lite. Medlemmene ønsker å bruke tid på å involvere seg i dette viktige arbeidet. • Nasjonalt e-helsestyre støtter at NUIT får en tydeligere rolle knyttet til nasjonal e-helseportefølje og prioritering, og at de får en aktiv rolle for å foreslå saker som må løftes til Nasjonalt e-helsestyre. • Det er noe uenighet om Nasjonalt e-helsestyre sin rolle knyttet til prosjekt- og programstyrer. Noen mener Nasjonalt e-helsestyre må følge opp status og leveranseplaner mens andre mener Nasjonalt e-helsestyre sin rolle skal være knyttet til strategi og gjennomføringsevne. Man må finne en balanse som sikrer at leveransene i prosjekter- og programmer belyses i et overordnet og helhetlig perspektiv samtidig som styringsgrupper ivaretar sitt ansvar i henhold til prosjekt/program-mandat. Direktoratet vil jobbe videre med å tydeliggjøre og eksemplifisere dette. • Det kom innspill om at det er behov å se på både medlemssammensetning og mandat til TBU. <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I presentasjonen står det at styringsmodellen er en primært rådgivende modell. Det ble spurt om eksempler hvor det ikke er rådgivende. Direktoratet mener arbeidet med nasjonal e-helsestrategi er et eksempel. Dette er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, men det må være en nasjonal strategi som aktørene i styringsmodellen er enige i.
	<p>Vedtak: 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.</p>
<p>27/21</p>	<p>Ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023</p>
	<p>Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, orienterte først om plan for arbeidet med utarbeidelse av ny nasjonal e-helsestrategi, som skal gjelde fra 2023. I løpet av 2021 skal kunnskapsgrunnlag som skal ligge til grunn for utvikling av mål og strategi på plass. Kunnskapsgrunnlaget består av to hovedsteg: Nåsituasjonsanalyse og scenarioanalyse. I parallell i høst starter arbeidet med selve mål og strategiutviklingen opp, som består av tre hovedsteg: Ambisjon og visjon, deretter strategiske valg og til slutt hvordan strategien skal styres og følges opp. Utkast til ny e-helsestrategi skal etter plan sendes på høring i løpet av mai 2022, med tre måneders høringsfrist.</p> <p>Direktoratet for e-helse la frem saken for Nasjonalt e-helsestyre med fokus på følgende tre punkter:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentasjon av et uttrekk fra 0.7 versjon av nåsituasjonsanalysen, <ol style="list-style-type: none"> a. Læring fra, og vurdering av, eksisterende strategi (status) b. SWOT-analyse, en oppsummering av nåsituasjonsanalysen i styrker, svakheter, muligheter og trusler for e-helseområdet 2. Drøfting av ambisjon og rolle for strategien og innhentet innspill til visjon for strategien 3. Presentasjon av videre plan for arbeidet med strategien <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet: Punk 2. Drøfte ambisjon for nasjonal e-helsestrategi og innhente innspill til visjon for e-helseområdet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nasjonalt e-helsestyre var relativt samlet om at ny e-helsestrategi må sette tydelig helhetlig retning, og videre at ny e-helsestrategi må være bredt formulert med noen få spissede områder. Nasjonalt e-helsestyre var mindre samstemt på vurderingen om hyppighet på justering av strategien, og svarene legger opp til et behov for å både ha faste elementer i strategien, men også legge til rette for oppdateringer og oppfølging.

	<p>Innspill til visjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visjoner fra andre deler av helse- og omsorgssektoren ble presentert. Det ble kommentert at den nasjonal e-helsestrategien bør ta innover seg, og underbygge, disse visjonene. Det er ikke utformet en egen visjon for eksisterende e-helsestrategi. • Det har blitt innhentet mange innspill i arbeidet så langt, både konkrete forslag og innspill på ord og uttrykk som bør inngå i en visjon for e-helsestrategi for helse- og omsorgssektor. • Nasjonalt e-helsestyre ble bedt om å komme med innspill på følgende: Hvilke ord, assosiasjoner og begreper er de fire viktigste? Innspillsrunden viste at noen ord ble trukket frem som viktigere enn andre: Enklere, sammenhengende, bærekraftig, sikrere og brukervennlige fikk flest stemmer. Det er påpekt at noen av de andre ordene er korrelerte eller overlapper, eksempelvis tryggere og sikrere, bedre og høy kvalitet, brukervennlig og enklere. • Nasjonalt e-helsestyre ble deretter bedt om å komme med innspill på følgende: Hva mener Nasjonal e-helsestyre at en visjon for e-helseområdet bør være? Innspillene ble spilt inn via bruk av Mentimeter. • Det ble diskutert hvorfor vi trenger en visjon. Det ble trukket frem at e-helse er et virkemiddel for å oppnå målene i helse- og omsorgssektoren og at dette må reflekteres i visjonen. Det ble også spilt inn at e-helse er et område av stor betydning for videre utvikling av helse- og omsorgssektoren, og det blir derfor viktig å sette retning for hvordan man ønsker å utvikle dette området. • En del innspill tyder på at visjonen En innbygger- en journal står seg, men flere fremhevet behov for et bredere perspektiv enn ved En innbygger – en journal. Det er et sterkt behov for en samlende visjon, særlig ettersom e-helseområdet treffer en bred sektor med stort behov for koordinering. • Det ble også diskutert hvordan man skal innrette visjonen, om hovedformålet skal være at denne skal kommuniseres – eller om den skal formes som en utfordring sektoren skal jobbe med og løse. Det var ulike synspunkt, men flertallet viste støtte for sistnevnte. Det ble også presisert at det bør innrettes mer konkret mot hva sektoren skal oppnå, og hva som skal måles på. • Nasjonalt e-helsestyre var samstemte om at det er behov for å ha en nasjonal e-helsestrategi, og som kan hjelpe sektoren med å sette retning og prioritere. • Det ble understreket at dette er en nasjonal strategi, og ikke Direktoratet for e-helse sin strategi. Det ble spilt inn at strategien bør favne om de viktigste tverrgående behovene, der hvor vi har gjensidige avhengigheter og som vil gi merverdi. Den bør også tydeligere ta innover seg både innbyggers og helsepersonells perspektiver. • Det ble påpekt at e-helse ikke er et mål i seg selv, men et virkemiddel for å oppnå helsepolitiske mål, men det ble understreket at det er et meget viktig virkemiddel • Gjennomføring, hvordan strategien skal brukes og følges opp, blir en viktig del.
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill mottatt i møtet i det videre arbeidet med nasjonal e-helsestrategi.</p>
<p>28/21</p>	<p>Steg 2 digital samhandling</p>
	<p>Lucie Aunan og Hans Löwe Larsen, Direktoratet for e-helse, orienterte om foreløpig prioritering av omfang i steg 2 og hvordan man jobber videre med å vurdere kost/nytte som input til endelig prioritering. Nasjonalt e-helsestyre drøftet og ga innspill til hvordan man skal jobbe videre med prioriteringer og gjennomføringsstrategi. Digital hjemmeoppfølging er ikke på listen i saksfremlegget, men er etter behandling i programstyret en del av de 11 tiltakene.</p> <p>Direktoratet for e-helse understreker at det er en stram tidsplan, og at arbeidet med fase 2 skal gjøres over kort tid fordi det er viktigere å få fremdrift fremfor å utrede i detalj. Dette gjør det krevende å forankre beslutninger i tilstrekkelig grad i fora utenfor styringsmodellen. Endelig omfang løftes til Nasjonalt e-helsestyre i november etter behandling i programstyret. Etter at omfang er definert vil ytterligere analyser gjennomføres for å oppnå et godt beslutningsunderlag. Kriterier for videre prioritering og vurdering av gjennomføringsstrategi er</p>

	<p>kost/nytte, kapasitet hos leverandør, politiske signaler, kapasitet hos mottakerne samt balansering av ulike interessenters behov.</p> <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsplaner slik det står beskrevet må defineres tydeligere, slik at diskusjonen kan bli mer konkret rundt disse. Forvaltning av, og ansvaret for, behandlingsplaner må defineres. • Hvis kommunene skal være med å finansiere steg 2 er det en forventning om at tiltakene som prioriteres treffer kommunenes behov. • Kritisk info (KI), API, digitale behandlingsplaner og dokumentdeling er viktige tiltak. • Det er viktig med et ambisjonsnivå som er realistisk å gjennomføre, med tanke på bl.a. mottakskapasitet i sektoren og kapasitet hos NHH • Det er mer snakk om dokumentdeling enn datadeling i steg 2. Datadeling kan være viktig for forebygging. Direktoratet for e-helse understreket at arbeidet med datadeling pågår. • En generell utvikling av FHIR-profiler ligger ikke inne i steg 2, datadeling gjennom FHIR er en forutsetning for informasjon til sykepleietjenesten. • Kritisk informasjon og Program pasientens legemiddelliste er viktige pasientsikkerhetstiltak som vil spare masse lidelse og flere ressurser. • Tiltakene må tydeliggjøre hva som skal til for ibrugtagelse for kommunene. <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det ble stilt spørsmål om tidsperspektivet på steg 2. Direktoratet for e-helse svarte at det gjenstår å definere, basert på den kommende analysen og definering av gjennomføringsstrategi. • Det ble kommentert at Felles hjelpenummer ikke står på listen. Direktoratet for e-helse svarte at felles hjelpenummer ikke står på listen da de avventer hva utredningen til Skatt munker ut i. Deretter kan det vurderes hvor ansvaret for kommende løsning skal ligge. • Det ble stilt spørsmål om hvilke deler av helsetjenesten som har vært med på å etablere listen. Direktoratet for e-helse svarte at alle tiltakseiere i veikartet har vært involvert. Tiltakseierne har sine respektive faggrupper fra sektoren som har gitt innspill til hvilke konkrete tiltak som er nødvendige. Gjennom dette arbeidet blir det søkt å sikre bred forankring innen hvert tiltak.
	<p>Vedtak:</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre drøftet saken og ba programmet ta med seg innspillene i det videre arbeid. Forslag til SSD v 0.9 for forprosjekt steg 2 digital samhandling vil løftes til Nasjonalt e-helsestyre i desember før leveranse til HOD.</p>
29/21	Eventuelt
	Det var ingen saker under eventuelt.

Referat fra ekstra møte i Nasjonalt e-helsestyre

<i>Møte</i>	5/2021	
<i>Dato</i>	4. november 2021	
<i>Tid</i>	Kl. 10.00 – 12.00	
<i>Sted</i>	Videomøte	
Medlemmer		
<i>Til stede</i>	Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Cecilie Daae (Helse Nord RHF) - video Terje Rootwelt (Helse Sør-Øst RHF) Mariann Hornnes (Direktoratet for e-helse) Jan Arild Lyngstad (Helsedirektoratet) Gun Peggy Knudsen (Folkehelseinstituttet) Kristin W. Wieland (KS) – fra kl. 10.30 Svein Lyngroth (Oslo kommune) – fra kl. 10.45	Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Kjell Wolff (Bergen kommune) – fra kl. 10.45 Mina Gerhardsen (Nasjonalforeningen for folkehelsen) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Steffen Sutorius (Digitaliseringsdirektoratet)
<i>Ikke til stede</i>	Inger Cathrine Bryne (Helse Vest RHF) Bjørn-Atle Hansen (Alta kommune) Lilly Ann Elvestad (FFO)	Lill Sverresdatter Larsen (Norsk Sykepleierforbund)
<i>Stedfortreder</i>	Erik Hansen for Inger Cathrine Bryne (Helse Vest RHF)	Kai Øivind Brenden for Lill Sverresdatter Larsen (Norsk Sykepleierforbund)
<i>Observatører</i>	Johan Ronæs (Norsk Helsenet SF) – fra kl. 10.45	
<i>Direktoratet for e-helse</i>	Karl Vestli Lucie Aunan Jon Helge Andersen Ivar Thor Jonsson Eivind Wik	Siv Ingebrigtsen Vibeke Jonassen Wang Karen Lima Kristian Berg Roksvaag Bjarte Aksnes

Sak	Agenda Nasjonalt e-helsestyre	Sakstype
30/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
31/21	Forprosjekt for digital samhandling steg 2	Drøfting
32/21	Eventuelt	

Sak	Tema
30/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden
	Det kom ingen innspill til innkalling og dagsorden.
	Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden.
31/21	Forprosjekt for digital samhandling steg 2
	Lucie Aunan, Direktoratet for e-helse, ga en innledning hvor det blant annet ble informert om formål med saken og rammer for oppdraget. Kristian Berg Roksvaag, Direktoratet for e-helse, la så frem foreløpige vurderinger av omfang for steg 2 og prioritering av tiltak, samt prinsipper for styring og gjennomføring.
	Det var en bred enighet i Nasjonalt e-helsestyre om følgende punkter:
	<ul style="list-style-type: none"> • Det bør beskrives forutsetning om at finansieringsmodeller skal vurderes utenfor forslag til styringsdokument (håndteres av departementet selv). • Det var bred enighet om prioriteringene som er gjort i oppdraget, men det er et ønske om å få til mer og i et raskere tempo. Samtidig ble det nevnt at vi må jobbe stegvis, og vi må få nytte så tidlig som mulig.

- Det må være en tett kobling til steg 1, det er en forutsetning for å lykkes med steg 2.
- Digital behandling- og egenbehandlingsplan må omtales på en annen måte enn det gjøres i planen i dag. Det må tydeliggjøres at det er en viktig prioritet som Helsedirektoratet har ansvaret for, med støtte fra Direktoratet for e-helse utenfor steg 2.
- Det må være en tett dialog med kommunene når det kommer til innføring, og det er viktig at styringsmodellen hensyntar kommunal sektor sin styringsmodell.

Dokumentdeling:

- Legeforeningen kommenterte at det er hensiktsmessig å vente med dokumentdeling for fastlegene, samtidig er det viktig å ta en grundig prosess på hvilke dokumenter som skal deles og hvordan.
- Helse Vest spilte inn at det trengs mer avklaring før vi kan si at det som gjøres rundt tillitstjenester er tilstrekkelig, og at dokumentdeling må bli videreført på en hensiktsmessig måte.
- Helsedirektoratet nevnte viktigheten av å ha fokus på grunnmur og tillitstjenestene, og at det bør være et eget spor i forhold til innføring knyttet til de delene.

Kritisk informasjon:

- Legeforeningen forsto ikke behovet for å vente med legevakt da mange legevakter bruker de samme EPJ-systemene som fastlegene. Kan derfor gi stor nytteverdi å la legevakt få ta i bruk API på samme tid som fastleger.
- Helse Vest kommenterte at legemiddelreaksjoner er et komplekst område. Videre at kritisk informasjon i kjernejournal også bør bli masteren for kritisk informasjon i virksomhetene. Dette vil imidlertid kreve opprydningsarbeid lokalt for at det skal gi mening.

Nasjonale tjenester for datadeling:

- KS kom med innspill om at det entydige budskapet fra kommunene er behovet for at velferdsteknologisk knutepunkt må etableres som nasjonal tjeneste, da dette gir stor nytteeffekt for kommunene. Samtidig må det være en tillitsmodell som favner alle tjenestene i kommunen.
- Direktoratet for e-helse kommenterte at det legges til grunn at Velferdsteknologi-programmet videreføres uavhengig av steg 2, og at velferdsteknologisk knutepunkt overføres til NHN som en nasjonal løsning. Velferdsteknologisk knutepunkt og nasjonale tjenester for datadeling må sees i sammenheng, hvor velferdsteknologisk knutepunkt fortløpende tar i bruk nasjonale tjenester for datadeling.

Pasientens legemiddelliste:

- KS kom med innspill om at pasientens legemiddelliste også må ha funksjonalitet for administrering av legemidler, ikke bare funksjonalitet for den forskrivende rollen. Videre må det også tilrettelegges for at pasientens legemiddelliste kan innføres på skolehelsetjenesten, helsestasjon, tannhelse etc. Innføringsmodellen må ta hensyn til den kommunale samstyringsmodellen, noe som er viktig at omtales i styringsdokumentet.
- Legeforeningen ytret ønske om at det må vurderes om noe kan gjøres med innføringstakten.
- Helse Vest delte sin erfaring fra deres arbeid om at ting må tas stegvis, og viktigheten i at hvert steg har verdi. Vi skal ikke klare å løse alt i et steg. Øvrige erfaringer fra deres arbeid vil bli sendt direkte til Direktoratet for e-helse.

De fire samhandlingsområdene med tilhørende tiltak:

- Pasientorganisasjonene sa seg enig i de fire områdene som er prioritert. Videre ble det uttrykt bekymring rundt om tjenestene ikke blir tatt i bruk, og at det er en utfordring med frivillighet knyttet til innføring. Det kom så innspill om at dette bør tas med inn i finansieringsmodellen. Styringsmodellen og finansieringsmodellen henger tett sammen.

	<ul style="list-style-type: none"> • Helse Vest spilte inn viktigheten med tilstrekkelig utviklingskapasitet hos Helsenorge, slik at innbyggertjenester ikke blir hengende etter i utviklingen. • KS henviste til dokumentert erfaring over kommunenes evne til å raskt ta i bruk nye samhandlingsløsninger, noe også pandemien har vist oss. Tvang eller pålegg til å få til dette er ikke riktig verktøy å bruke. • Helse Sør-Øst ga også støtte til prioriteringene. Videre ble det kommentert at for kritisk informasjon har innføring vært utfordrende så langt. Det har vært en opplevelse av at kritisk informasjon har vært breddet og mer i bruk enn det faktisk er. Hva er bremsene, hvordan kan vi få det til bedre, samt tydeliggjøre roller og ansvar? Videre ble det kommentert at det bør beskrives hvor mye ressurser hvert tiltak krever. • KS stilte spørsmål til hvor administrasjonsmodulen kommer inn, og om det tenkes som en del av steg 2. <p>Prinsipper for gjennomføringsstrategi og styring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • KS kommenterte at det er en smal linje mellom styring og gjennomføringsstrategi. Kommunene med sitt selvstyre gir ikke rom for at vi kan ta beslutninger på vegne av sektoren. Forankringsarbeid er viktig, og frivillighet har stor effekt og sikrer eierskap. • KS påpeker at nytteverdien ikke fullt ut realiseres før løsningen er tatt i bruk i ulike deler av kommunene og forventer bistand i dette arbeidet. • Flere representanter i Nasjonalt e-helsestyre kommenterte at punkt 8 må tas ut, «Investerings- og forvaltningskostnad for helhetlig samhandling utover steg 1 skal fordeles mellom regionale helseforetak og kommuner», dette håndteres i egen prosess • KS kommenterte at den kommunale samstyringsmodellen må synliggjøres i oversikten.
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre drøftet saken med følgende konklusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er bred enighet i Nasjonalt e-helsestyre om de fire hovedområdene og rekkefølgen innenfor hvert område. PLL prioriteres høyest og de andre områdene høyt. • Prioriteringen er diskutert med forbehold om finansieringsmodell. Pkt 8. i prinsippene for styringsmodell tas ut. Prinsippene må videreutvikles i lys av arbeidet som regjeringen har varslet • Nasjonalt e-helsestyre påpeker avhengigheten til arbeidet som pågår i steg 1. • Digitale egenbehandlingsplaner vi foregå i parallell og omtalen bør derfor endres. • Nasjonalt e-helsestyre anbefaler at teksten presiseres på flere punkter i tråd med diskusjon i møtet, bla rundt nasjonal tjeneste for datadeling. • Innføring må sees i sammenheng med kommunal samstyringsmodell. <p>Forslag til SSD v 0.9 for Digital samhandling steg 2 vil før leveranse til HOD løftes til Nasjonalt e-helsestyre (i møte 9. desember) og programstyret for digital samhandling.</p>
32/21	Eventuelt
	Det kom ingen saker til eventuelt.

Til Møte 6/21
Dato 09.12.2021
Saksnummer 35/21
Type Orientering

Fra Mariann Hornnes
Saksbehandler Vibeke Jonassen Wang

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:

- Samarbeid med næringslivet på e-helseområdet
- Prinsipper for kobling mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet
- Status oppdrag om videreutvikling av nasjonal styringsmodell
- Status utprøving Pasientens legemiddelliste

Bakgrunn

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

Samarbeid med næringslivet på e-helseområdet

Bedre samarbeid med helsenæringen er avgjørende for å øke gjennomføringsevnen på e-helseområdet. Direktoratet for e-helse fikk i tildelingsbrevet for 2021 et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å anbefale hvordan gjennomføringskraften på e-helseområdet kan styrkes gjennom bedre bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling. Rapporten Samarbeid med næringslivet på e-helseområdet ble oversendt Helse og Omsorgsdepartementet i oktober.

Gjennomføringskraften på e-helseområdet er tett koblet til helse- og omsorgstjenestens evne til å samarbeide med og dra nytte av innovasjonskraften, kompetansen og ressursene som finnes i næringslivet. Hovedtilnærmingen i arbeidet med rapporten har vært samtaler med aktører i næringslivet, i forskningssystemet og i helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet har gjort ni hovedfunn i arbeidet (se sammendrag med oversikt over funn på side 6 i [rapporten](#)). Samlet viser funnene et sammensatt og komplekst utfordringsbilde på e-helsefeltet preget av uforutsigbare rammer, for lav tillit og behov for mer langsiktighet.

Prinsipper for kobling mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet

Det er i dag mange aktører som tilbyr digitale tjenester til innbygger. For innbygger er det viktig å enkelt finne frem til riktig tjeneste når hen trenger tilgang til egne helseopplysninger, eller skal ha kontakt med helsetjenesten. Da er det helt avgjørende at innbygger har en hovedinngang til den digitale offentlige helsetjenesten, og at aktører som leverer innbyggertjenester samhandler slik at tjenestene oppleves som sammenhengende uavhengig av geografi, organisering av helsetjenesten og forvaltningsnivå.

Direktoratet for e-helse har i tilleggsoppdrag 3 blitt bedt om å utarbeide prinsipper for kobling mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet, herunder Helsami. Arbeidet resulterte i 4 prinsipper med krav for etterlevelse:

1. Oversiktprinsippet: Innbygger skal ha enkel tilgang til helseopplysninger og selvbetjeningsløsninger fra den offentlige helsetjenesten
2. Personvernprinsippet: Innbygger skal kunne se og registrere pårørendeinformasjon, fullmakter og personverninnstillinger ett sted
3. Verktøyprinsippet: Innbygger skal enkelt kunne ta i bruk digitale verktøy og helseapper som del av den offentlige helsetjenesten
4. Informasjonsprinsippet: Innbygger skal enkelt kunne finne kvalitetssikret og oppdatert offentlig informasjon om helse, livsstil, sykdom, behandling og rettigheter

Rapporten ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 12.11.2021.

Status oppdrag om videreutvikling av nasjonal styringsmodell

Direktoratet for e-helse sendte rapport om forslag til videreutvikling av nasjonal styringsmodell til Helse- og omsorgsdepartementet 15. oktober. Innholdet i rapporten baserer seg på evalueringen samt drøftingene som har foregått i utvalgsmøtene og som sist ble presentert i nasjonalt e-helsestyre 22. september. Den inneholder også forslag til reviderte mandater.

Vi jobber nå med å forberede en høring, som mest sannsynlig starter over nyttår. Samtidig gjennomfører sekretariatet mindre tiltak for å forbedre rutiner, saksunderlag og gjennomføring av møtene.

Status utprøving Pasientens legemiddelliste

Bakgrunn for Pasientens legemiddelliste er utfordringer knyttet til mangelfull samhandling rundt pasientens legemiddelbehandling. I dag er viktig legemiddelinformasjon spredt i ulike pasientjournalssystemer, uten at den alltid deles mellom behandlerne en pasient er i kontakt med. Dette kan føre til tvil om hva som er pasientens korrekte legemiddelliste. PLL skal sørge for at opplysningene om pasientens faktiske legemiddelordinasjoner er tilgjengelig på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten – i sanntid.

Pasientens legemiddelliste skal bygge videre på de etablerte nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, e-resept og multidoser, og skal realiseres stegvis, hvor gevinster i form av bedre legemiddelbehandling tas ut underveis.

Etablering av pasientens legemiddelliste har høyt fokus i sektoren. Innføringen er avhengig av og forutsetter at helsepersonell har tilgang til funksjonalitet for å korrekt håndtere legemiddelopplysninger i sine elektroniske pasientjournalssystemer, samt funksjonalitet for å kunne motta, oppdatere og sende pasientens legemiddelliste. Innføring av pasientens legemiddelliste vil kreve koordinering og involvering av en samlet helsetjeneste. Før innføringen av pasientens legemiddelliste kan starte, er det også nødvendige forberedende aktiviteter som må gjennomføres.

Det er usikkerhet tilknyttet nytteeffekter, ressursbruk og hvor raskt PLL kan innføres, og derfor er det besluttet og prøvet ut PLL som et risikoreduserende tiltak. Utprøvingen av Pasientens legemiddelliste har vært forberedt siden 2017, og utprøvningsprosjektet i Bergen kommune ble etablert høsten 2020 og er planlagt frem til januar 2023. Utprøvningsprosjektet vil bidra til å redusere risiko ved blant annet:

- Verifisere om pasientene legemiddelliste som konsept fungerer
- Verifisere om det er nytte å hente ut, og hvor stor denne forventes å være
- Planlegge, teste og tilpasse innføringsaktiviteter og sikre at de bidrar til hensiktsmessig bruk og at forventet nytte realiseres
- Teste hvilke tiltak som bør gjennomføres til hvilket tidspunkt

Utprøvingen har allerede gitt verdi, og det forventes at utprøvingen vil gi svært verdifull kunnskap før beslutning om nasjonal innføring. Prosjektet vil levere nødvendig dokumentasjon for planlegging og til dels gjenbruk for den nasjonale innføringen, herunder:

Leveranse	Status
Kartlegging av dagens situasjon	Ferdigstilt for aktører som deltar i utprøvingen
Veiledning/beste praksis for bruk av pasientens legemiddelliste	Versjon 0.5 ferdigstilles januar/februar 2022
Endrings- og innføringsstrategi	Versjon 0.5 er ferdigstilt
Pasientens legemiddelliste-funksjonalitet i journalsystem/kurveløsninger	Se status i første avsnitt under
Aktivitetsplan for innføring, herunder tekniske forberedelsesaktiviteter	Ferdigstilt
Opplæring og informasjonsmaterieill	Opplæring og opplæringsmaterieill utarbeides iht. gradvis opptrappingsplan, og ferdigstilles løpende
Bruerveiledning for pasientens legemiddelliste i journalsystemet	Utarbeidet for Plenario. Ferdigstilles for Helse Vest og Bergen kommune når FM er på plass. Forsinkelse har ikke konsekvenser for overordnede planer.
Arbeidsprosess/ prosedyrebeskrivelser	Grunnlagsmaterialet er klart for Helse Vest og jobbes med i Bergen kommune. Endelig materiale vil ikke være klart før siste versjon av FM er levert. Forsinkelse har ikke konsekvenser for overordnede planer.
Evalueringsrapport(er)	Planlagte leveranser 1.mars 22, april 22 og februar 23
Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse og gevinstrealiseringsplan	Februar 23

Generelt har ovennevnte leveranser kommet godt i gang, men etablering og samhandling rundt PLL tar lengre tid enn opprinnelig planlagt. Det oppdages løpende behov for å justere arbeidsrutiner, tekniske løsninger i EPJ eller i de nasjonale løsningene, noe som ligger til et utprøvningsprosjekt natur. Det jobbes agilt i prosjektet og det gjøres tverrfaglige vurderinger rundt tiltak for å løse behovene. Det er etablert omtrent 100 PLL-er, og Infodoc Plenario er ferdigstilt for videre utrulling blant fastleger. FM til bruk i Helse Vest får oppdatert versjon over nyttår, og det pågår forberedende aktiviteter for å ta i bruk SFM Basis API-et integrert med kurveløsningen Meona. Parallelt pågår innføring og tilpasninger av FM i Bergen kommune til bruk i hjemmetjenesten og sykehjem. Status i dette arbeidet endres løpende, og en mer detaljert og oppdatert status, vil bli presentert i møtet.

Til Møte 6/21
Dato 09.12.2021
Saksnummer 36/21
Type Drøfting

Fra Mariann Hornnes
Saksbehandler Jan Gunnar Broch

Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre anbefaler at det videre arbeidet med strategi for digital sikkerhet i sektoren tar utgangspunkt i formål, målsettinger, og skisserte eksempler på strategiske områder slik det er drøftet i møtet, som ambisjonsnivå for høringsversjonen av strategien.

Hensikt med saken

Redegjøre for arbeidet med strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren:

- Redegjøre for status og plan
- Presentere formål og målsettinger
- Orienterer / få innspill om mulige strategiske områder og tiltak
- Få en anbefaling fra nasjonalt e-helsestyre om ambisjonsnivå for strategien.

Bakgrunn

Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag gjennom tildelingsbrev for 2021 fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Strategien skal tydeliggjøre roller og ansvar, og identifisere relevante strategiske virkemidler og tiltak for å løfte arbeidet med digital sikkerhet i sektoren. Det ble utarbeidet en forstudie for prosjektet i 2020 på oppdrag fra HOD: [Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren - vurdering av behov og innretning \(IE-1064\)](#).

Arbeidet utføres i samarbeid med Helsedirektoratet, Helsetilsynet, Norsk Helsenett SF, de regionale helseforetakene v/Helse Sør-Øst og kommunesektoren/KS. Disse aktørene inngår i både prosjektets styringsgruppe og i utvidet kjerneteam.

Ifølge oppdraget i tildelingsbrevet skulle det som delleveranse utarbeides en tiltaksoversikt for helse- og omsorgssektoren med grunnlag i nasjonal strategi for digital sikkerhet. Denne ble oversendt HOD 18. juni 2021. Tiltaksoversikten ble behandlet i Nasjonalt e-helsestyre 10. juni 2021. Nasjonalt e-helsestyre tilsluttet seg til at tiltaksoversikten danner utgangspunkt for et videre arbeid hvor det vil komme en bred høringsrunde.

NUFA har tidligere hatt to drøftingssaker om strategi og tiltaksoversikt til behandling (21.april 2021 og 27. oktober 2021). NUIT har hatt en drøftingssaker om strategi og tiltaksoversikt til behandling i møtene 20. mai og 19. november.

Formål og målsetninger i strategien

Helse- omsorgssektoren behandler store mengder helseopplysninger, og sektorens avhengighet til tilgjengelige IKT-løsninger øker. Sektoren møter et skjerpet trusselbilde, og det er flere eksempler på digitale angrep som har rammet også vår sektor. Det er store forventninger til at helse- og omsorgssektoren digitaliserer raskt, samhandler mer, og tar i bruk ny teknologi. Samtidig er sektoren avhengig av tillit fra befolkning og pasienter. Digitalisering må skje på en måte som opprettholder tillit blant innbyggere og pasienter.

Sektoren har noen særlige og vedvarende utfordringer. Den er stor og kompleks med mange små virksomheter. De små virksomhetene har ansvar for egen sikkerhet, samtidig som kompetanse og ressurser er begrenset. En fellesnevner for flere av de teknologiske utviklingstrekkene i sektoren er at de digitale verdikjedene blir lengre og mer komplekse. Økt bruk av skytjenester og digital hjemmeoppfølging er eksempler på dette.

Den teknologiske utviklingen og trusselbildet endres kontinuerlig. For at en strategi for digital sikkerhet skal gi effekt over tid selv om både teknologi- og trusselutvikling går raskt, må strategiens mål adressere områder der sektoren har særegne og vedvarende utfordringer. Strategiens målområder er derfor knyttet til ansvar og roller, tillit, evnen til å håndtere sikkerhet i komplekse verdikjeder og i fremskridende teknologier, og understøtting av hele sektorens evne til å løse sine sikkerhetsbehov.

Ut fra dette legges følgende formål og målsetninger til grunn i strategien:



Styringsgruppen i prosjektet besluttet formål og målsetninger 04.11.21, men vil ta en ny helhetsvurdering på målene i forbindelse med ferdigstillelse av høringsversjonen.

Strategiske områder og tiltak

Prosjektet utarbeider nå på bakgrunn av forslag i tidligere rapporter¹, drøfting i utvidet kjerneteam og styringsgruppen, innspill i workshops og interessentmøter samt egne vurderinger, en bruttoliste over mulige tiltak og strategiske områder. Bruttolisten tar utgangspunkt i strategiens målsettinger sett opp mot temaområdene som [tidligere er anbefalt](#):

Temaer fra nasjonal strategi for digital sikkerhet :	Sektorspesifikke temaer:
Forebyggende digital sikkerhet Digital sikkerhet i kritiske samfunnsfunksjoner Kompetanse Avdekke og håndtere sårbarheter Bekjempe data- og IKT-relatert kriminalitet ²	Sikker samhandling Sikker digital hjemmeoppfølging Sikkerhet i leverandørkjeden

Basert på dette begynner det å utkrystallisere seg noen større strategiske områder som er skissert under. Beskrivelsene må leses som foreløpige, stikkordmessige og overordnede. Før områdene tas inn i høringsversjonen av strategien må de beskrives mer presist og vurderes opp mot bl.a. nytte, kost og kompleksitet. Dette vil danne grunnlag for prioritering og nedvalg av strategiske områder og tiltak. Flere av områdene vil kreve nærmere utredning før de kan realiseres. Direktoratet ønsker å drøfte områdene og tiltakene og hva slags ambisjonsnivå vi skal ha for disse – f.eks. hvor mye utredning som skal foretas av tiltakene vs. det å ha mer handlingsorienterte tiltak.

Felles ordninger, ressurser og tjenester for å understøtte og avlaste mindre virksomheter

Det identifiseres og etableres felles ordninger, ressurser og tjenester på områder der felles satsning forventes å gi verdi for bredden av mindre virksomheter i sektoren (legekontor, tannlegekontor etc), eksempelvis:

- Felles utarbeidelse av ROS & DPIA ved ny teknologi og nye løsninger
- Identifisere kapasiteter for kompetanseheving
- Tjenester for deteksjon og hendelsehåndtering

Det bør også iverksettes tiltak for å øke kjennskapen til og forståelsen av de etablerte tjenester og ressurser som eksisterer i dag (f.eks. Normen).

Det er en forutsetning at belastningen på virksomhetene ikke øker vesentlig. Et startpunkt for tiltak på dette området vil være en kartlegging av sikkerhetstilstand og sikkerhetsbehov blant de delene av sektoren som vil omfattes.

Godkjenningsordninger

Sikkerhetskrav i anskaffelser og oppfølging av leverandører oppleves utfordrende for mange av sektorens virksomheter. Et tiltak som pekes på er ordninger for godkjenning av løsninger og / eller leverandører. Dette kan skje på ulike måter med ulik grad av omfang, f.eks. selvdeklarering, selvdeklarering med stikkprøver, eller sertifiseringsordninger. Slik kan virksomhetene i sektoren ved anskaffelser evaluere løsninger eller virksomheter på en enklere måte.

¹ F.eks. [Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering for IKT i helse- og omsorgssektoren](#) og [Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren - vurdering av behov og innretning \(IE-1064\)](#).

² Det vil ikke foreslås tiltak innen dette temaet, ansvaret ligger i justissektoren

Økt kontroll av virksomhetenes etterlevelse av sikkerhetskrav

Helse- og omsorgssektoren omfattes av flere kravsett til digital sikkerhet, f.eks. Normen og NSM grunnprinsipper for IKT-sikkerhet. Det er lite kunnskap om etterlevelse av kravene, i hvert fall i store deler av sektoren. Det er flere typer tiltak av ulikt omfang som kan iverksettes for å kontrollere etterlevelse i sektoren, bl.a.

- Kartlegging av sikkerhetstilstand, og kjennskap / forståelse til de etablerte tjenester og ressurser som eksisterer i dag (f.eks. Normen)
- Selvtester
- Revisjon med veiledning
- Styrket tilsyn.

Satsning på øvelser

Det bør gjennomføres flere øvelser i sektoren, både med de store nasjonale aktørene og internt i virksomhetene med deres samarbeidspartnere. Gjennomføring av øvelser og påfølgende evaluerings- og forbedringsprosesser forventes å bidra til:

- Tydelighet rundt roller, ansvar og oppgaver
- Å forbedre planverk og rutiner (nasjonalt og internt i virksomhetene)
- Å identifisere forbedringsområder i den nasjonale hendeshåndteringen.
- Økt bevissthet
- Bedre praktiske ferdigheter på området digital sikkerhet

Styrket informasjonssikkerhet i leverandørforhold

Sektoren har begrenset bestillerkompetanse. Samtidig er dette en viktig forutsetning for at ny teknologi tas i bruk på en sikker måte. Parallelt oppleves stor variasjon i krav og risikoaksept som en utfordring for leverandørsiden. For å understøtte sektoren kan det iverksettes tiltak for å støtte virksomheter i anskaffelser, oppfølging av leverandør og kravstilling i avtaler.

Felles kompetansetiltak

For å styrke kompetanse og sikkerhetskultur kan det utvikles felles ressurser for bygging av sikkerhetskultur og kompetanse i sektoren

Ansvar for gjennomføring ligger i hver enkelt virksomhet, men større bruk av felles ressurser (f.eks. e-læring og filmer) vil gi høyere kvalitet og dermed bedre effekt, med en samlet lavere ressursinnsats.

Til Møte 6/21
Dato 09.12.2021
Saksnummer 37/21
Type Anbefaling

Fra Mariann Hornnes
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen/Nina Bjørlykke

Godkjenning av kriterier for nasjonal e-helseportefølje

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre vedtar fremlagte kriterier for nasjonal e-helseportefølje. Konsekvensene for aktørene er at aktørene melder inn tiltak og rapporterer tiltak iht de vedtatte kriteriene.

Hensikt med saken

Hensikten med saken er å:

Behandle kriterier for innmelding til nasjonal e-helseportefølje på bakgrunn av utprøving som Nasjonalt e-helsestyre ba om i mars 2021.

Bakgrunn

Direktoratet for e-helse har som oppdrag å føre en systematisk og offentlig oversikt (portefølje) over e-helsetiltak med nasjonal betydning og legge til rette for nasjonal samordning og prioritering. NUIT behandlet i november 2020 forslag til nye, klarere kriterier for innmelding til den nasjonale porteføljen og inndeling i segmenter. Etter en justering av kriteriene ga Nasjonalt e-helsestyre i mars 2021 sin tilslutning til å prøve ut nye inngangskriterier for tiltak i den nasjonale porteføljen frem til endelig tilslutning i 4.kvartal 2021. Gjennom utprøvingen har kriteriene blitt anvendt på porteføljen, og gjennomgått i møter med aktører i sektor som er tiltakseiere.

Kriteriene for tiltak i den nasjonale e-helseporteføljen som Nasjonalt e-helsestyre vedtok skulle prøves ut er:

- 1. Digitalisering er vesentlig for å oppnå tiltakets formål og tiltaket omhandler kjernevirksomheten i helse- og omsorgstjenesten.*
- 2. Tiltaket krever koordinering eller samordning på tvers av flere aktører for å lykkes. Begge kriteriene må være oppfylt for at tiltaket skal inngå i nasjonal e-helseportefølje.*

Utprøvingen har ikke medført forslag til endring av kriteriene, men har avdekket et behov for presisering av hva som ligger i koordinering og samordning på tvers:

Tiltak bør være med i porteføljen om de:

- har avhengigheter til eller fra leveranser fra nasjonale/sentrale e-helseløsninger ¹ eller nasjonale programmer
- krever koordinering på tvers av aktørgruppene i helse- og omsorgssektoren (mellom spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og helseforvaltningen)
- krever koordinering innen helseforvaltningen
- krever koordinering innen spesialist-helsetjenesten og er et betydelig tiltak knyttet til det strategiske målet om Én innbygger én journal og digital samhandling.
- har investering eller drift- og forvaltningskostnader som krever samfinansiering.

I tillegg er følgende tiltak ønsket i porteføljen:

- Store innføringsprosjekter som innfører sentrale løsninger.
- Prosjekter som i fremtiden kan få samordningsbehov tilfredsstillende kriteriene for tiltak i den nasjonale porteføljen.

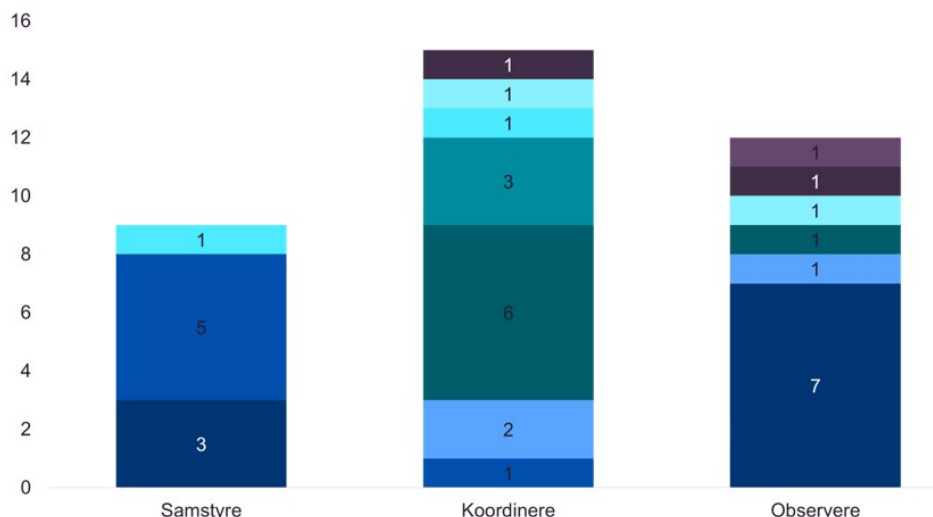
Konseptarbeid kan være i porteføljen, men normalt ikke rene utredninger.

Presiseringen er ikke uttømmende, så avklaring om tiltak skal være med i porteføljen gjøres i dialog med nasjonalt porteføljekontor i Direktoratet for e-helse.

De nye kriteriene har blitt anvendt på porteføljen i samråd med aktører som eier tiltak. Resultatet er at fem tiltak har gått ut av porteføljen (*Digital Patologi Helse Vest, PKI infrastruktur, HMN Lab, Håndhygiene samt Digitalisering av hjelpemiddel-formidlingen i NAV og kommunene*) og tre tiltak fra Helse Sør-Øst RHF har kommet inn (*Nasjonal Tarmscreening, Digital hjemmeoppfølging og prosessplattform, Statistisk logganalyse*). I tillegg er flere tiltak ferdigstilt.

I porteføljen er det nå totalt 36 aktive tiltak, samt 2 kandidater som vil bli en del av porteføljen når de startes opp.

For å begrense datainnsamling og rapportering fra aktørene er porteføljen blitt inndelt i 3 segmenter, der segmentet 'Samstyring' krever mest rapportering, deretter på 'Koordinering' og til slutt 'Observasjon'. Tiltakenes fordeling på tre segmentene er vist i figuren under:



Uprøving er gjort i samarbeid med aktørene, og vi har fått gode tilbakemeldinger på kriterier, segmenter og bruk av porteføljeværktøyet vi prøver ut.

¹ Tiltak med avhengigheter til mindre leveranser på Helsenorge må ikke være i nasjonal portefølje, da de kan behandles samlet i Helsenorge produktstyre og i nasjonal styringsmodell.

Rapportering på nasjonal portefølje til Nasjonalt e-helsestyre, sak 38/21 er basert på de utprøvde kriteriene og segmentene. Se mer om den nasjonale e-helseporteføljen, inndeling av porteføljen i segmenter og erfaringer fra utprøving i porteføljerapporten på [publikasjoner på ehelse.no](https://publikasjoner.ehelse.no).

Tilbakemeldinger fra behandling i NUIT.

- NUIT ønsket nærmere beskrivelse av hvordan kriteriene slår ut. Direktoratet svarte at neste sak på agendaen (sak 39/21) viser nasjonal portefølje basert på de nye kriteriene.
- Det kom innspill om å legge inn et punkt om at dialogen med porteføljeansvarlig er en del av prosessen. Kriteriet om at tiltak skal være med i porteføljen dersom det er avhengigheter blir veldig åpent. Direktoratet for e-helse kommenterte at konsekvensen for aktørene er at en må ha en dialog med porteføljekontoret.
- KS koordinerer innmeldinger til nasjonal portefølje på vegne av kommunesektor.

Vedtak på tilsluttende saker

Sak	Tema	Vedtaksformulering
NUIT 44/20	Porteføljestyring 2.0	NUIT ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill mottatt i møtet i det videre arbeidet.
Nasjonalt e-helsestyre 39/20 (desember 2020)	Porteføljestyring 2.0	Direktoratet for e-helse justerer kriterier for innmelding og beskrivelse av portefølje-segmentene og legger nytt forslag frem for Nasjonalt e-helsestyre før endelig tilslutning.
Nasjonalt e-helsestyre 4/21 (mars 2021)	Porteføljestyring 2.0: Kriterier for tiltak av nasjonal betydning	Nasjonalt e-helsestyre gir sin tilslutning til forslag til kriterier som utgangspunkt for utprøving, med mål om å legge frem kriteriene for endelig tilslutning i 4. kvartal 2021.
NUIT 38/21 (19.nov 21)	Anbefaling av kriterier for nasjonal portefølje	NUIT anbefaler Nasjonalt e-helsestyre å godkjenne fremlagte kriterier for nasjonal e-helseportefølje. Konsekvensene for aktørene er at aktørene melder inn tiltak og rapporterer tiltak iht de vedtatte kriteriene.

Til Møte 6/21
Dato 09.12.2021
Saksnummer 38/21
Type Anbefaling

Fra Mariann Hornnes
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen/Nina Bjørlykke/Anne Greibrokk

Nasjonal e-helseportefølje og veikart for nasjonale e-helseløsninger – status og planer

Forslag til vedtak

1. Nasjonalt e-helsestyre tar status for nasjonal e-helseportefølje til orientering.
2. Nasjonalt e-helsestyre drøfter sammensetning av nasjonale e-helseportefølje for 2022 og kommer med følgende anbefaling til Direktoratet for e-helse: (Anbefalingen vil bli formulert i møtet og vil bli lagt til vedtakstekst).
3. Nasjonalt e-helsestyre anbefaler versjon 21.1 av veikartet for nasjonale e-helseløsninger. Aktørene legger veikartet til grunn for planlegging og gjennomføring.

Hensikt med saken

Hensikt med saken er å belyse e-helseaktivitet på tvers av helse- og omsorgssektoren på kort sikt – i år, til neste år, og på lengre sikt. Saken består av følgende tema:

1. Status nasjonal e-helseportefølje
2. Nasjonal e-helseportefølje 2022
3. Oppdatert Veikart - versjon 21.1

Bakgrunn

1. Nasjonal e-helseportefølje

Porteføljen har nå 36 aktive prosjekter og programmer. Grunnet utprøving av nye kriterier for tiltak i nasjonal e-helseportefølje har fem prosjekter gått ut av porteføljen og tre prosjekter kommet inn. I tillegg har tiltak blitt ferdigstilt i perioden. Overordnet er status for porteføljen uendret. Ett prosjekt (Nasjonal Tarmscreening) melder både rød status og risiko, ett annet (Kjernejournal dokumentdeling) har kun rød risiko.

Porteføljerapporten tar opp flere temaer spesielt:

Dokumentdeling gjennom kjernejournal trenger avklaringer før innføring

Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF har positive erfaringer fra utprøving av dokumentdeling gjennom kjernejournal. Arbeidet har avdekket problemstillinger som må løses før løsningen kan breddes.

Det er nødvendig med bedre informasjon og bedre brukervennlighet for at innbyggerne enklere skal kunne forstå både personverninnstillinger og logginnslag.

I tillegg uttrykker evalueringen at dataansvarlige for dokumentkildene mangler tilstrekkelig informasjon om helsepersonellens grunn til å be om innsyn for at de kan ivareta sine forpliktelser som dataansvarlig. Dette forutsetter at nødvendig informasjon er tilgjengelig slik at kildene kan ivareta sentrale formål som tilgangsstyring, sporbarhet, etterfølgende kontroll og innbyggers innsyn i egen innsynslogg.

Synkronisering av kritisk info mellom kjernejournal og fagsystemer

Kritisk informasjon i fagsystemer synkroniseres ikke med kjernejournal i dag. For å unngå at helsepersonell må registrere kritisk informasjon både i eget fagsystem og i kjernejournal ble det i 2020 utviklet et API i kjernejournal. Innbyggertesting har avdekket behov for tilpasninger i kjernejournal, helselD og løsningene for å få mer informasjon om og kontroll på bruk av kritisk info. Programstyret for Program digital samhandling besluttet den 20. oktober at videre innføring av dokumentdeling, samt etableringen av tjenesten, skal skje gjennom programmet.

Avhengigheter

Tre tiltak i porteføljen rapporterer avhengigheter med høy kritikalitet og med rød status på avhengigheten:

Tiltak	Eier	Avhengighet	Frist
Legemiddelregisteret	Folkehelseinstituttet	Samarbeid med DIFA for å kunne motta og kvalitetssikre data fra apotek	31.12.2021
Helseplattformen	Helse Midt-Norge	Utvikling og leveranse av nytt, mappet og kvalitetssikret innhold fra SAFEST og integrasjon med FHIR API-grensesnitt som er under utvikling	01.03.2022
Kjernejournal dokumentdeling	Helse Sør-Øst	Leveranser fra NHN i rollen som nasjonal leder av initiativet dokumentdeling gjennom kjernejournal	

Utrulling av kjernejournal i kommunene er svært viktig da innføring i kommunene av andre nasjonale e-helseløsninger som dokumentdeling, pasientens legemiddelliste og laboratorie- og radiologisvar er avhengig av dette. Tempoet i utrulling av kjernejournal for 2021 har vært god. Målet om 50 kommuner allerede er nådd; per 1.10.2021 har 60 kommuner startet å bruke kjernejournal og 30 er teknisk klare til å ta kjernejournal i bruk. Det er fremdeles viktig å holde trykket oppe for å nå målsetningen om at 75% av landets kommuner skal ha tatt i bruk kjernejournal innen 2022 og 90% innen utgangen av 2023.

Tillitstjenester er også viktig basisfunksjonalitet for mange løsninger som nå blir testet ut gjennom dokumentdeling og kritisk informasjon i prosjektet TAG i program digital samhandling.

Læring fra Helseplattformen - erfaringer kan benyttes i andre arenaer

Helseplattformen produksjonsettes stegvis i Midt-Norge fra våren 2022. Det er gjennom arbeidet med Helseplattformen opparbeidet viktige erfaringer *fra utprøving av det nasjonale målbildet for én innbygger – én journal*. I nye og pågående tiltak er det viktig å forstå hvordan problemstillinger er løst i Helseplattformen for å vurdere gjenbruk og læringsverdi i nye løsninger, plattformer og økosystem.

2. Nasjonal e-helseportefølje 2022

Porteføljen til neste år forventes å bestå av 35 tiltak. 31 aktive og 2 tiltak i pause overføres til neste år. To nye tiltak som startes opp: 'Nasjonalt prosjekt Digihelsestasjon' som er et innføringsprosjekt for løsningen Digihelsestasjon hos KS, og prosjekt 'Realisering og videreutvikling av Helseanalyseplattformen og

Helsedataservice' i Direktoratet for e-helse. Prosjektkandidaten 'Ny personidentifikator og felles hjelpenummer' hos Direktoratet for e-helse vil i 2022 bli ivaretatt i Program MF Helse. For en fullstendig oversikt over prosjektene i porteføljen 2022 se statusrapport Vedlegg 1.

3. Veikart versjon 21.1 inneholder oppdatert status av det første veikartet

Versjon 21.1 har samme omfang som versjon 1.01, men informasjon, planer og status er oppdatert iht til dagens situasjon. I tillegg er veikartet også utvidet til å omfatte 2026. Program digital samhandling steg 2 er ikke tatt inn i veikartet da deres planer forventes å bli lagt i løpet av 2021. Det forventes at dette vil bli tatt inn i neste versjon av veikartet. I tillegg vil neste versjon ta med forbedringer påpekt i behandling i NUIT, se kapittel 4.

Porteføljerapporten (kapittel 7 Status veikart) peker på de største endringene i veikartet fra Versjon 1.0 til 21.1, blant annet følgende endringer i tidsplaner:

- Tjenesten *Innbygger skal ha mulighet for å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge* har en justering på planer for gruppene Offentlig tannhelsetjeneste, Legevakt, fysioterapeuter og manuellterapeuter.
- Tjenesten *Helsepersonell skal ha tilgang til en oppdatert og autoritativ beskrivelse av kritisk informasjon* har en justering på utprøving for kritisk informasjon i Helse Vest RHF som medfører en utsettelse på ca 1 år.
- Tjenesten *Helsepersonell skal ha tilgang til journaldokumenter uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp* har justert planer basert på erfaring fra utprøving i Helse Sør-Øst.
- Tjenesten *Helsepersonell skal ha tilgang til dialogmeldinger og forbedrede henvisninger* har en forsinkelse på overgang til siste versjon med minimum 6 måneder og overgang til helsefaglig dialog utsatt på ubestemt tid. Forsinkelsene håndteres via styringsdialog.

Denne nye versjonen av veikartet går til nasjonalt e-helsestyre for godkjenning etter behandling i NUIT. Veikartet vil bli publisert etter godkjenning i nasjonalt e-helsestyre.

Fremover skal veikartet oppdateres hyppigere. Det er et mål å sende ut mindre endringer av veikartet til NUIT, men at en full behandling av endringene behandles i NUIT og Nasjonalt e-helsestyre en gang i året.

4. Tilbakemeldinger fra behandling i NUIT

Sak	Tema	Oppdatert vedtak i NUIT møtet
NUIT 39/21 (19.nov 21)	Nasjonale e-helseportefølje – status og planer samt oppdatert Veikart for nasjonale e-helseløsninger	<ol style="list-style-type: none">1) NUIT drøfter status og fremlagte utfordringer i porteføljen og ber relevante aktører ta med seg innspill i møtet i det videre arbeidet.<ol style="list-style-type: none">a) Regelverksutvikling bør om mulig trekkes inn tidligereb) Vedr. Dokumentdeling; en nyttig løsning og juridiske avklaringer må snarlig avklares på et riktig nivå.c) Nasjonal fremdrift viktigere enn tilrettelegging for internasjonal samhandling.2) NUIT drøfter sammensetning av nasjonal e-helseportefølje for 2022. Innspill fra møtet tas med før endelig behandling i Nasjonalt e-helsestyre.<ol style="list-style-type: none">a) Forenklet fremstilling er positivt.b) Det etterlyses prosjekter knyttet til sikkerhet.

		<p>3) NUIT innstiller at Nasjonalt e-helsestyre anbefaler versjon 21.1 av veikartet for nasjonale e-hesløløsninger. Innspll fra møtet tas med før endelig behandling i Nasjonalt e-helsestyre. Aktørene legger veikartet til grunn for planlegging og gjennomføring. Kommunal sektor vil ta utgangspunkt i veikartet for utarbeidelsen av felles plan og rammeverk e-helse for kommunal sektor.</p> <ul style="list-style-type: none">a) Endringene er i riktig retning. Første og siste aktør på innført løsning bør fremkomme.b) Veikartet skal være dynamisk og endret gjennomføringsmodell (både for utvikling og innføring) vil kunne medføre endringer i fremstillingenc) Avhengigheter må fremkomme tydeligere, og veikartet må kommuniseres tydeligere på dette.
--	--	--

Vedlegg:

1. [Nasjonal e-helseportefølge November 2021](#)
2. [Samlet rapportering nasjonal e-helseportefølge oktober 2021](#)
3. [Vedlegg 5A Sak 38-21 Forslag til veikart versjon 21.1](#) (dokumentet er lenket til Nasjonalt e-helsestyre sine sider på ehelse.no)

Til Møte 6/21
Dato 09.12.2021
Saksnummer 39/21
Type Drøfting

Fra Mariann Hornnes
Saksbehandler Erik Hovde

Sentralt styringsdokument for steg 2

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre drøftet sentralt styringsdokument for steg 2, utvalgte tema, og ba programmet ta med seg innspillene i det videre arbeid

Hensikt med saken

Forprosjektet for steg 2 i program digital samhandling skal ferdigstille sentralt styringsdokument innen utgangen av 2021. [Versjon 0.9 utvalgte tema av det sentrale styringsdokumentet](#) inneholder blant annet en beskrivelse av arbeidsomfanget for steg 2, gjennomføringsstrategi basert på en smidig og lærende metodikk, organisering og styring, og prosjektets nedbrytningsstruktur (PNS) som gir en oversikt over leveransene til prosjektet med underliggende deloppgaver.

Løsningsomfang er tidligere tilsluttet av programstyret, og i Nasjonalt e-helsestyre den 4. november. Forprosjektet ber om at Nasjonalt e-helsestyre særskilt vurdere gjennomføringsstrategi inklusiv modell for styring med ansvar og roller. Kompleksiteten i omfanget i steg 2 hvor mange aktører må bidra for å realisere forventet nytte, forutsetter en tydelig styringsmodell som understøtter målsetningen med satsingen.

Det pågår arbeid med kostnadsoverslag, budsjett, investeringsplan, samfunnsøkonomisk lønnsomhet, strategi for styring av usikkerhet, risikovurdering, gevinstrealiseringsplan, fremdriftsplan og kvalitetssikring som vil innarbeides i styringsdokumentets versjon 0.95 som planlegges ferdigstilt 10. desember.

Nasjonalt e-helsestyre er kjent med at finansieringsmodell og kostnadsfordelingen mellom staten og aktørene utarbeides av Helse- og omsorgsdepartementet, og er derfor ikke hensyntatt i det sentrale styringsdokumentet.

På grunn av kort tid til leveranse av det sentrale styringsdokumentet sendes nå en versjon 0.9 med utvalgte tema til henholdsvis programstyret i digital samhandling, fag og prioriteringsutvalg i KS og nasjonalt e-helsestyre. Programstyret i digital samhandling har et overordnet ansvar for oppdraget med leveranse av styringsdokumentet, og vil drøfte saken i programstyremøtet 1. desember. Eventuelle endringer som følge av behandlingen i programstyret vil ettersendes til KS og Nasjonalt e-helsestyre.

Bakgrunn

Direktoratet for e-helse fikk i desember 2020 i oppdrag å gjennomføre forprosjekt for digital samhandling steg 2 med leveranse av sentralt styringsdokument innen utgangen av desember 2021. Omfanget for digital samhandling steg 2 tar utgangspunkt i målbildet for helhetlig samhandling og veikart for nasjonale e-helse-løsninger. Steg 2 adresserer behovene for informasjonsdeling og samhandling mellom aktørene i helsesektoren og vil bidra til å realisere viktige pågående tiltak.

Programstyret for digital samhandling har vært styringsgruppe for prosjektet og har aktivt deltatt i arbeidet med steg 2 og grunnlaget for det sentrale styringsdokumentet.

Det sentrale styringsdokumentet utarbeides i tråd med statens prosjektmodell, jf. FINs rundskriv R-108/19 og sentrale føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Sentralt styringsdokument versjon 0.9 utvalgte tema

Forprosjektet ber om at Nasjonalt e-helsestyre vurderer og gir innspill på gjennomføringsstrategi inklusive styring. Disse områdene vurderes som sentrale for å kunne lykkes med satsingen. Det ønskes også innspill på kostnads- og nytteelementene og om prosjektets nedbrytningsstruktur er hensiktsmessig i henhold til oppgaver og ansvar mellom aktørene.

Forprosjektet er i dialog med KS for å beskrive hvordan innføringsarbeidet planlegges gjennomført i kommunal helse- og omsorgssektor, og herunder bruk av samstyringsmodellen. Dette arbeidet kan gi presiseringer i kapitlene for gjennomføringsstrategi og styring hvor KS og kommuner vil ha et ansvar.

Omfang i steg 2

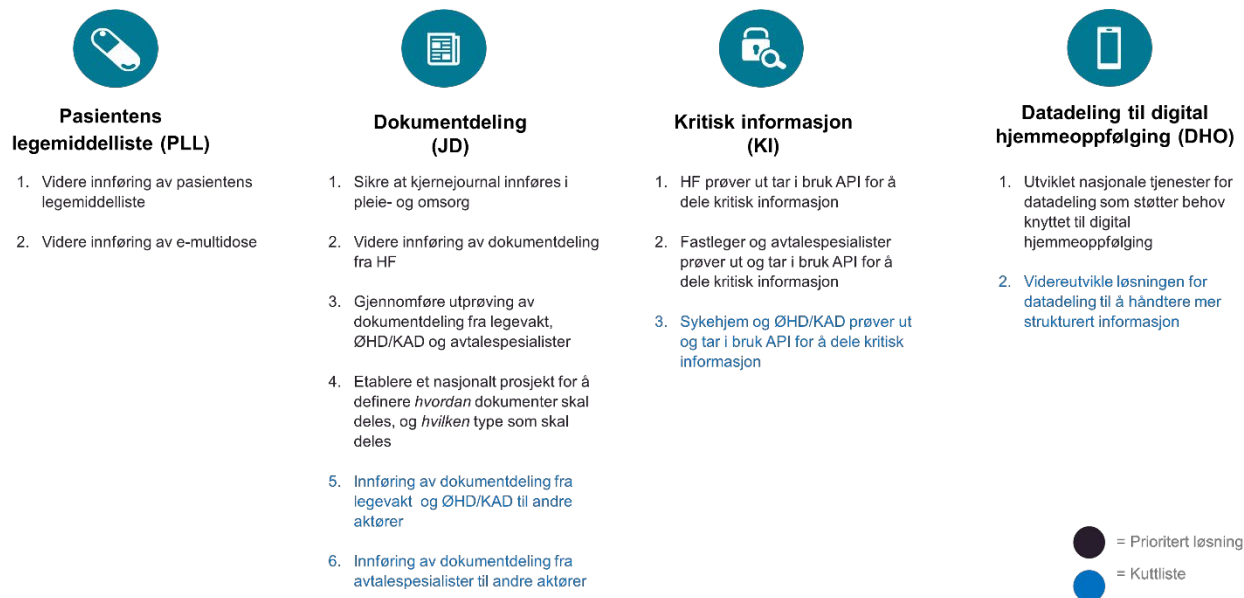
Omfanget i steg 2 er utarbeidet med bakgrunn i veikart for nasjonale e-helse-løsninger. Programstyret i program digital samhandling har påpekt viktigheten av at allerede påbegynte tiltak sluttføres og tas i bruk av sektor, før man flytter oppmerksomhet og ressurser over på nye tiltak. Tiltakene i steg 2 er knyttet til følgende samhandlingsområder:

- Pasientens legemiddelliste: etablere og tilgjengeliggjøre pasientens legemiddelopplysninger i én felles nasjonal oversikt.
- Dokumentdeling: samhandling gjennom deling av journaldokumenter på tvers av forvaltningsnivåer ved bruk av kjernejournal og den nasjonale infrastrukturen for dokumentdeling
- Kritisk informasjon: kritisk informasjon kan endres og deles av aktørene i helse- og omsorgstjenesten gjennom et felles grensesnitt i kjernejournal
- Datadeling til digital hjemmeoppfølging: Tiltaket skal utvikle tjenester som kan brukes på tvers av helse- og omsorgssektoren for å gjøre data fra digital hjemmeoppfølging tilgjengelig via grensesnitt, slik at helsepersonell langs hele forløpet kan få tilgang til aktuelle data

Forprosjektet har med bakgrunn i samhandlingsområdene og innspill fra programstyret utarbeidet tiltak som vil bidra til at målsetningen i veikartet kan oppnås, samt at tiltakene også er et viktig steg i utviklingsretningen for å realisere målbildet for helhetlig samhandling. Tiltakene i steg 2 er kategorisert i prioritert løsning og kuttliste. Den prioriterte løsningen er definert som den funksjonaliteten som gir størst netto nåverdi for helsepersonell og innbygger. Kuttlisten viser hvilke tiltak som kan startes dersom prioritert løsning er realisert. Til sammen utgjør de to elementene løsningsomfanget for steg 2.

Programstyret tilsluttet løsningsomfanget for steg 2 i programstyremøtet 30. september. Forprosjektet har jobbet videre med konkretiseringen av tiltakene og Nasjonalt e-helsestyre ga sin tilslutning i ekstraordinært møte den 4. november.

Se kapittel 3.1 i det sentrale styringsdokumentet for detaljert informasjon om løsningsomfanget for steg 2.



Figur 1 - Løsningsomfang for steg 2 - prioritert løsning og kuttliste

Gjennomføringsstrategi

Programstyret ga sin tilslutning til prinsippene for gjennomføringsstrategi i programstyremøte 20.oktober 2021.

Steg 2 brytes ned i mindre trinn for å redusere risiko og for å gjøre det mulig å ta ut nytte så tidlig som mulig. Prinsippet skal også legge til rette for læring, og sørge for at det jobbes med kontinuerlige forbedringer og justeringer underveis i steg 2.

Forprosjektet har i gjennomføringsstrategien lagt til rette for at det kan gjøres endringer basert på erfaringer, samt legge opp til kvalitetssikring og målinger underveis slik at det er et godt grunnlag for å styre underveis i steget. I gjennomføringen vil det også legges opp til forankring og beslutning før hvert trinn.

Prioritering basert på nytte i forhold til kostnader skal sikre god oversikt over nytte og ressursbruk knyttet til de ulike aktivitetene. Vurderinger av nytte og ressursbruk skal justeres etter hvert som man får erfaring i sektor. Hensikten er å sikre at det er de aktivitetene som har størst effekt blir prioritert og realisert. Dette krever fleksibilitet og evne til å kunne justere underveis, samt god oversikt over avhengigheter. Programstyret for satsingen vil her få en helt sentral rolle.

Gjennomføringsmodell for steg 2, inkludert innføringsstrategi er beskrevet i kapittel 2 i v. 0.9 av det sentrale styringsdokumentet.

Organisering og ansvarsdeling

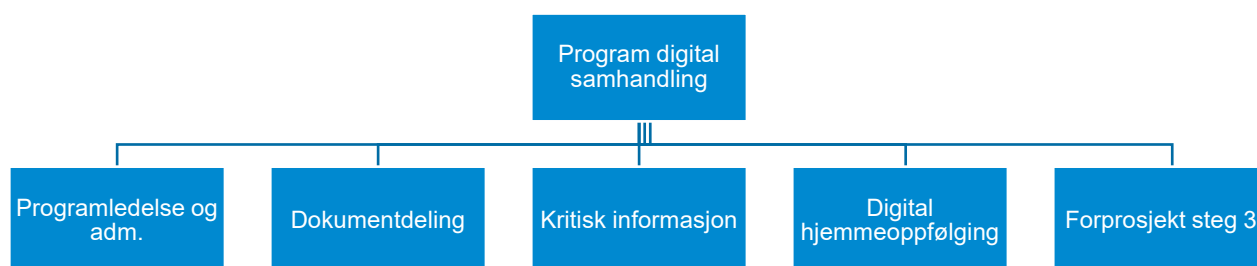
Forprosjektet har, basert på innspill fra sektor gjennom programstyret for digital samhandling, utarbeidet prinsipper for styring og organisering av steg 2. Noen av de viktigste innspillene fra sektor var viktigheten av at prinsippene tydeliggjorde at et sektorsammensatt programstyre må kunne ha mulighet til å prioritere og ta beslutninger innenfor rammene av steg 2. Programstyret ga sin tilslutning til disse prinsippene i programstyremøtet 20.oktober 2021.

Basert på disse prinsippene og innspill som har kommet fra sektor, har forprosjektet jobbet videre med å detaljere styringsmodellen for steg 2. Dette innebærer blant annet å tydeliggjøre og definere roller og ansvar, beskrive styringsmekanismer og beslutningsmyndighet (fullmakter og eskalering). Forprosjektet gjennomførte et arbeidsmøte med programstyre 11. november, der foreløpig forslag til organisering og ansvarsdeling ble diskutert. Noen av de viktigste innspillene fra dette møtet var å etablere en organisering av og operasjonell styring for steg 2, som bidrar til fleksibel og nyttedrevet gjennomføring.

Etter dette arbeidsmøtet innarbeidet forprosjektet innspillene, og gjennomførte et nytt arbeidsmøte med programstyret den 19. november. I dette møtet la forprosjektet frem et forslag til ny organisering og ansvarsdeling mellom programmet og sektor i program digital samhandling. De viktigste innspillene fra programstyret var knyttet til presisering av programstyrets rolle og ansvar i styringen av steg 2, samt ansvarsdeling mellom aktørene, både tydeliggjøring av ansvaret til sektor, Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse.

Kostnads- og nytteelementer for program digital samhandling

Steg 2 vil bestå av 2 programmer med fire tiltaksområder. Pasientens legemiddelliste vil organiseres i et eget program, mens de tre øvrige tiltaksområdene og forprosjekt steg 3 vil organiseres i programmet for digital samhandling, med en overordnet prosjektnebdrytningsstruktur som vist i Figur 2 nedenfor.



Figur 2 Overordnet prosjektnebdrytningsstruktur program digital samhandling

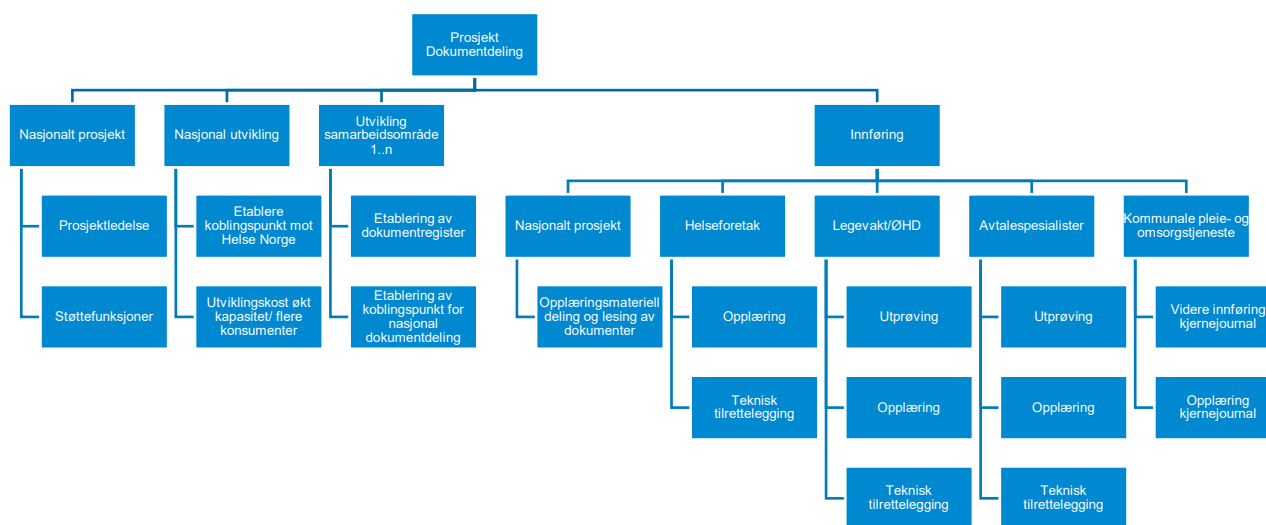
Påfølgende avsnitt gir en overordnet beskrivelse av kostnads- og nyttevirkinger av tiltakene, slik disse er vurdert.

Dokumentdeling

Dokumentdeling er tilgjengeliggjøring av journaldokumenter i kjernejournal slik at helsepersonell gjennom grensesnitt (API) i egen journalløsning eller kjernejournal portal, kan slå opp i aktuelle dokumenter som er lagret hos andre aktører. Løsningen gir helsepersonell både i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten mulighet til å slå opp i utvalgte dokumenter fra andre tjenestesteder, der man før

innhentet informasjonen gjennom manuelle rutiner. Dokumentene vil også tilgjengeliggjøres for innbyggere gjennom Helsenorger.

Dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører er allerede i gang i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest, og det vil dermed være gjort nødvendige investeringer for å tilgjengeliggjøre dokumentene i kjernejournal før 2023. Aktivitetene det forventes å knytte seg kostnader til, er gjengitt i Figur 3.



Figur 3 Prosjektnebdrytingsstruktur dokumentdeling

Foreløpige vurderinger basert på erfaringer fra utprøvingen viser at helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester har stor nytte av tilgang på spesialisthelsetjenestens dokumenter. Det bidrar blant annet til økt kvalitet og pasientsikkerhet, samt økt effektivitet i behandlingen. Det er forventet at dokumentdeling vil gi følgende nyttevirkninger:

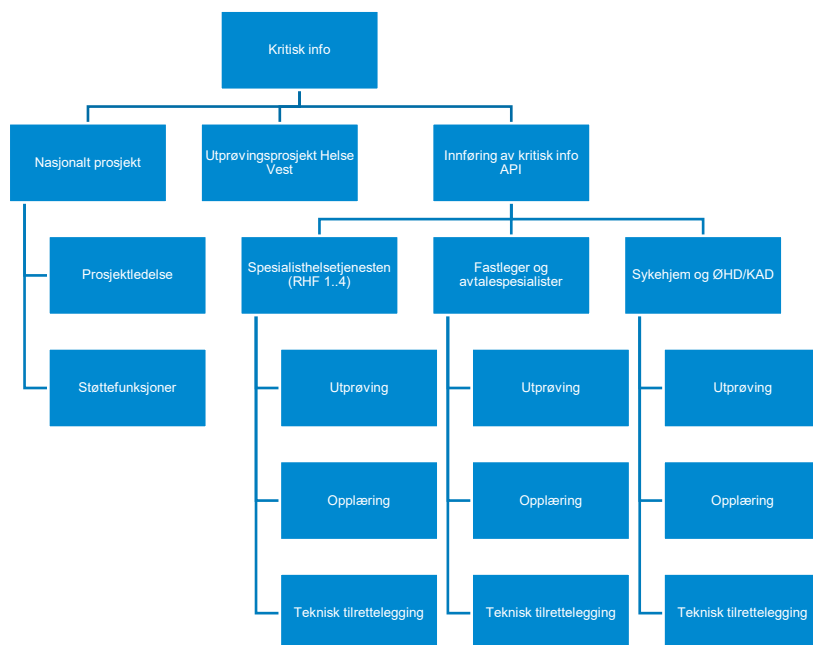
- Frigjort tid for personell som jobber i helse- og omsorgstjenesten
- Færre uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten
- Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten

Kritisk informasjon

Kritisk informasjon er helseopplysninger om pasienten som det er viktig å kjenne til for å kunne gi en god og sikker helsehjelp. I dag kan kritisk informasjon registreres av leger og enkelte andre aktører via en portalløsning for kjernejournal. Norsk helsenett har ferdigstilt et grensesnitt for utveksling av kritisk informasjon med kjernejournal. API for direkte integrasjon regner man med vil øke hastigheten på registreringene og sikre bedre kvalitet i opplysningene. Grensesnittet støtter de seks ulike kategoriene av kritisk informasjon som er spesifisert i standarden for kritisk informasjon. Helsepersonell skal da, gjennom egen journalløsning, kunne endre eller dele kritisk informasjon som lagres i kjernejournal.

En utprøving av grensesnittet for kategorien overfølsomhetsreaksjoner er allerede i gang i Helse Vest. Det er startet et arbeid i steg 1 for å vurdere standard for kritisk informasjon i forhold til IPS (International

Patient Summary) og legemiddelreaksjoner som registreres som del av e-resept kjeden. Aktivitetene det forventes å knytte seg kostnader til er gjengitt i Figur 4



Figur 4 Prosjektnebdrytingsstruktur kritisk informasjon

Det er svært viktig for helsehjelp av en del pasienter i enkeltsituasjoner at kritisk informasjon er tilgjengelig til rett tid. I disse situasjonene kan nytten av løsningen være svært høy, og potensielt redde liv. Videre vil en løsning for enklere å kunne dele kritisk informasjon gjennom API være viktig for å bidra til trygghet hos helsepersonell som står i en beslutningssituasjon. Hvor ofte det oppstår situasjoner der informasjonen ikke allerede er kjent, som for eksempel når pasienten er hos sin fastlege, er det usikkerhet knyttet til.

Selv om det er usikkerhet knyttet til størrelsen på effekten av kritisk informasjon er tiltaket prioritert høyt av sektor. Det er forventet at kritisk informasjon vil gi følgende nyttevirksomheter:

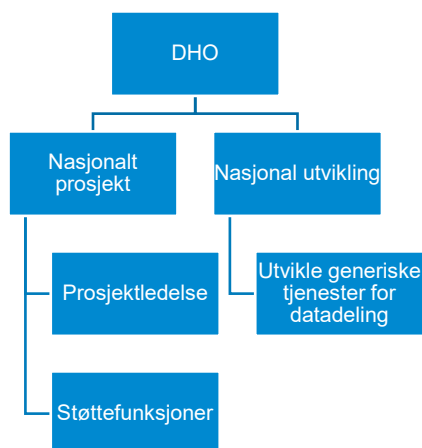
- Frigjort tid for personell som jobber i helse- og omsorgstjenesten
- Færre uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten
- Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten

Datadeling til digital hjemmeoppfølging:

I dette tiltaket vil Norsk helsenett SF trinnvis utvikle nasjonale tjenester for datadeling. Tjenestene skal kunne benyttes til forskjellige typer datadeling, både internt i virksomheter og mellom behandlingsnivåer, og må også kunne dekke datadelingsbehov mellom innbygger og helsepersonell knyttet til måleutstyr og pasientrapporterte skjema. Dette er et infrastrukturtiltak som vil legge til rette for et bedre fungerende marked og gjennom markedsmekanismer også kunne bidra til økt innovasjon og tjenesteutvikling. Det vil være en forutsetning for realisering av nytte i andre tiltak som benytter datadeling, eksempelvis tjenester for digital hjemmeoppfølging. Aktivitetene det forventes å knytte seg kostnader til, er gjengitt i Figur 5:

Det legges til grunn at Velferdsteknologiprogrammet videreføres uavhengig av steg 2, og at velferdsteknologisk knutepunkt overføres til Norsk helsenett SF som en nasjonal løsning. Velferdsteknologisk knutepunkt og nasjonale tjenester for datadeling må sees i sammenheng, hvor velferdsteknologisk knutepunkt fortløpende tar i bruk nasjonale tjenester for datadeling.

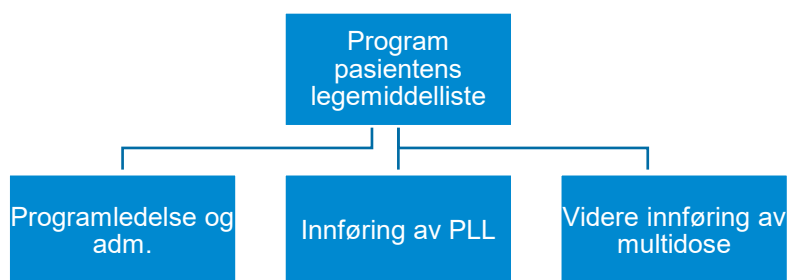
- Det er forventet at datadeling til digital hjemmeoppfølging vil gi følgende nyttevirksomheter: Bedre styringsinformasjon og grunnlag for erfaringsdeling og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjeneste gjennom tilretteleggelse i markedet.
- Økt innovasjon og tjenesteutvikling gjennom et bedre fungerende marked.



Figur 5 Prosjektnedbrytingsstruktur nasjonale tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging

Kostnads- og nytteelementer Program pasientens legemiddelliste

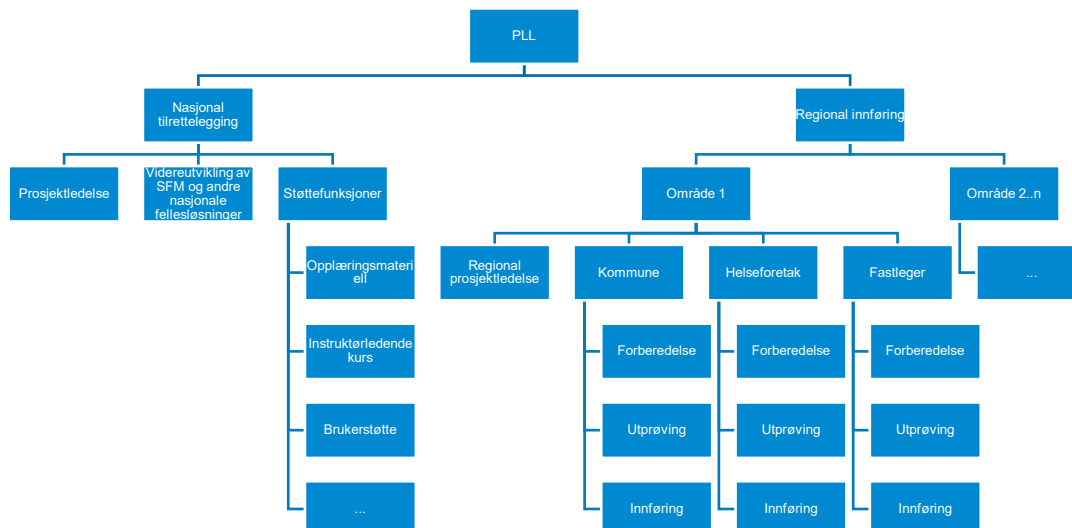
Programmet skal innføre pasientens legemiddelliste og sikre videre innføring av multidose.



Figur 6 Overordnet prosjektnedbrytingsstruktur program pasientens legemiddelliste

Dette er svært høyt prioritert av aktørene i helse- og omsorgstjenesten, og forventes å gi høy nytte for både helsepersonell og innbygger. For å realisere disse gevinstene, vil det kreves endringer både i helsepersonells arbeidsprosesser, og i de IKT-verktøyene som understøtter disse arbeidsprosessene. Som følge av dette er det også forventet at pasientens legemiddelliste vil ha betydelige kostnader, men

netto nåverdien antas å være stor positiv. Aktivitetene det forventes å knytte seg kostnader til er gjengitt i Figur 6



Figur 7 Prosjektnebdrytingsstruktur pasientens legemiddelliste (inkl multidose)

Tiltaket vil realisere nytte hos både spesialisthelsetjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenester og innbygger, gjennom økt effektivitet og økt pasientsikkerhet.

- Det er forventet at pasientens legemiddelliste vil gi følgende nyttevirksomheter: Frigjort tid for personell som jobber i helse- og omsorgstjenesten
- Færre uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten
- Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten
- Bedre IKT-sikkerhet og enklere ivaretagelse av personvern

Prosess og plan for forankring

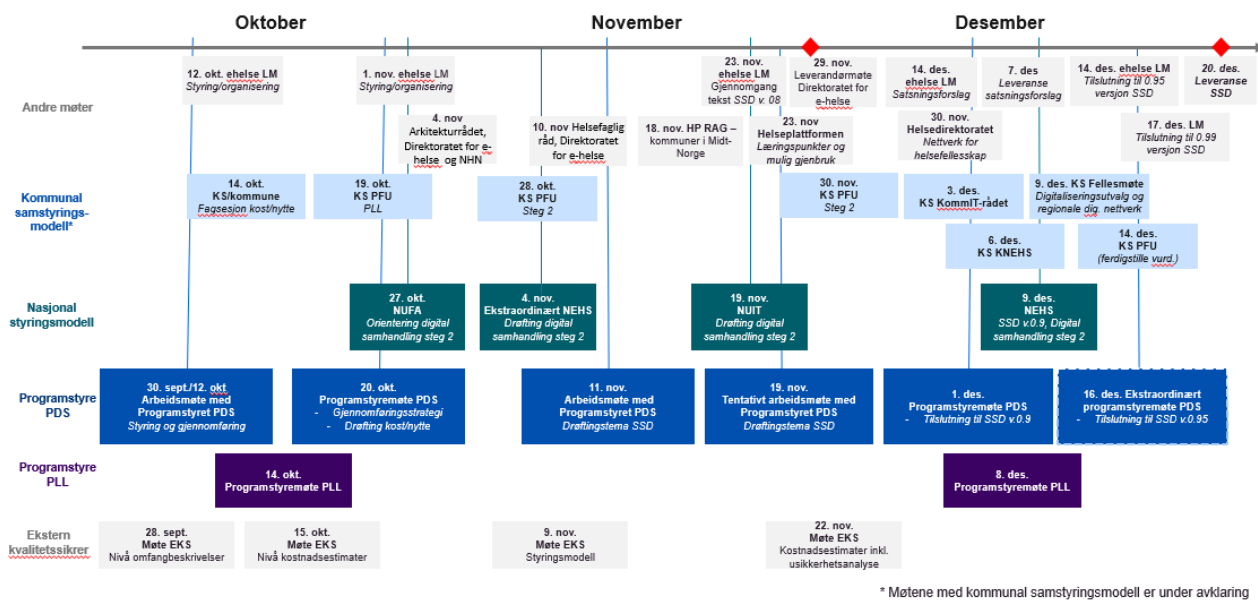
Forslag til sentralt styringsdokument for digital samhandling steg 2 skal oversendes Helse- og omsorgsdepartementet 20. desember 2021.

Vi ønsker at innholdet i størst mulig grad skal være forankret i sektor. Arbeidsmøtene og den tette involveringen fra programstyret for program digital samhandling har vært avgjørende for utvikling av innholdet i sentralt styringsdokument. Sentrale møtearenaer fremover vil være møtet i programstyret program digital samhandling 1. desember (dette møtet), møte med Nasjonalt e-helsestyre 9. desember, programstyre i pasientens legemiddelliste 8. desember, samt møter med den kommunale samstyringsmodellen.

For at programstyret i program digital samhandling skal kunne ta stilling til endelig utforming av sentralt styringsdokument og innspill fra nasjonalt e-helsestyre samt programstyre i pasientens legemiddelliste foreslås det et ekstraordinært programstyremøte 16. desember.

Øvrig prosess er illustrert i figur under i Figur 8.

Videre prosess forprosjekt steg 2 frem til leveranse av SSD 20. desember



Figur 8 Prosess frem til leveranse av sentralt styringsdokument (SSD) 20. desember 2021.

Vedtak på tilsluttende saker

Sak	Tema	Vedtaksformulering
30/21	Forprosjekt for digital samhandling steg 2	<p>Nasjonalt e-helsestyre drøftet saken med følgende konklusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er bred enighet i NEHS om de fire hovedområdene og rekkefølgen innenfor hvert område. PLL prioriteres høyest og de andre områdene høyt. • Prioriteringen er diskutert med forbehold om finansieringsmodell. Pkt 8. i prinsippene for styringsmodell tas ut. Prinsippene må videreutvikles i lys av arbeidet som regjeringen har varslet

		<ul style="list-style-type: none"> • Nasjonalt e-helsestyre påpeker avhengigheten til arbeidet som pågår i steg 1. • Digitale egenbehandlingsplaner vi foregå i parallell og omtalen bør derfor endres. • NEHS anbefaler at teksten presiseres på flere punkter i tråd med diskusjon med i møtet, bla rundt nasjonal tjeneste for datadeling. • Innføring må sees i sammenheng med kommunal samstyringsmodell. <p>Forslag til SSD v 0.9 for Digital samhandling steg 2 vil før leveranse til HOD løftes til Nasjonalt e-helsestyre (i møte 9. desember) og programstyret for digital samhandling</p>
28/21	Steg 2 digital samhandling	<p>Nasjonalt e-helsestyre drøftet saken og ba programmet ta med seg innspillene i det videre arbeid. Forslag til SSD v 0.9 for forprosjekt steg 2 digital samhandling vil løftes til Nasjonalt e-helsestyre i desember før leveranse til HOD</p>

Til Møte 6/21
Dato 09.12.2021
Saksnummer 40/21
Type Drøfting

Fra Mariann Hornnes
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

Ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre gir sin anbefaling til visjon og ber i tillegg Direktoratet for e-helse ta med seg innspill til evalueringsprinsipper i det videre strategiarbeidet

Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse ønsker med denne saken å drøfte

1. Visjonen som strategien skal bidra til å nå
2. Hvordan velge de rette strategiske målområdene ved hjelp av evalueringsprinsipper

I tillegg vil ambisjon for e-helsestrategien og viktige funn fra kunnskapsgrunnlaget for ny e-helsestrategi bli presentert. En oppsummering av kunnskapsgrunnlaget er å finne på [denne siden på ehelse.no](#).

I tillegg kan kunnskapsgrunnlaget i sin helhet lastes ned fra [denne siden](#).

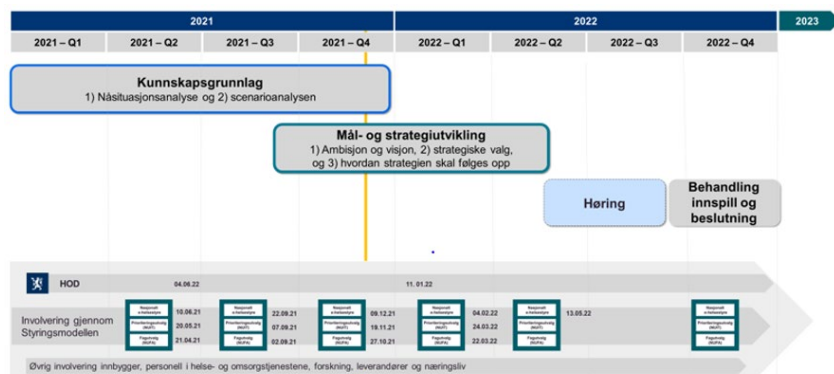
Bakgrunn: Oppdatert kunnskap som grunnlag for mål- og strategiutvikling

Nasjonal e-helsestrategi (2017-2022) er helse- og omsorgsektorens felles strategi for digitalisering. Arbeidet med å oppdatere og aktualisere strategien er godt i gang.

I 2021 har arbeidet handlet om å få på plass et solid kunnskapsgrunnlag. Arbeidet har vært basert på bred involvering fra sektoren. Om lag 60 ulike organisasjoner som representerer ulike deler av helse- og omsorgssektoren har vært involvert, deriblant de nasjonale utvalgene i styringsmodellen, pasient- og brukerforeninger, helsepersonell, forskningsmiljøer og næringsliv. Dette bidrar til at den nye strategien er tuftet på kunnskapen til dem som kjenner behovene best.

Kunnskapsgrunnlaget skal bidra til en felles forståelse av hvilke behov sektoren har og brukes aktivt inn i neste fase som er mål- og strategiutvikling, hvor det i løpet av slutten av november gjennomføres flere arbeidsmøter med sektor for å få innspill til strategiske målområder.

Plan for arbeidet og hvor vi er i prosessen



1. Visjonen som strategien skal bidra til å nå

Visjonen skal bidra til å sette det langsiktige perspektivet, ha en samlande effekt for å sikre at alle har samme oppfattelse av hvilken retning vi skal i, samt å kunne gi retning for løpende beslutninger.

Nasjonalt e-helsestyre ga i møte 22. september 2021 tydelige innspill til en felles visjon for digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Det ble presisert at e-helse er et meget viktig virkemiddel for å oppnå helsepolitiske mål, samt at det er behov for et bredere perspektiv enn *«En innbygger – én journal»*. Visjonen bør tuftes på aktørenes egen visjoner og føringer for helse- og omsorgssektoren, være en *«marsjordre»* og en oppgave som løses sammen på tvers av aktørene i sektoren. I tillegg ble det gitt innspill til bruk av beskrivende begreper som bør inngå i visjonen.

Innspillene er bearbeidet videre, det er sett til aktørenes egne visjoner og føringer for helse- og omsorgssektoren samt at NUIT har gitt innspill til visjonen i sitt møte 19. november 2021.

NUIT ga innspill til bruk av beskrivende begreper i visjonen. *«Helhetlig»* bør erstatte *«enklere»*, ettersom det omfattes av både enklere og sammenhengende. *«Trygg»* bør med og positive til *«Sammen om»*, da det gjenspeiler behovet for samordning og koordinering. Nyskapende er ok, men det bør defineres hva som blir lagt i det. NUIT hadde også innspill til rekkefølgen av begrepene i visjonen samt at det bør vurderes å inkludere effektive tjenester. NUIT mente også at det på sikt ikke vil være hensiktsmessig med en egen visjon for digitalisering i helse- og omsorgssektoren.

Valg og definering av beskrivende begreper brukt i visjonen

«Sammen om» tydeliggjør at digitalisering er en oppgave som må løses sammen på tvers av aktørene og reflekterer FN's bærekraftsmål 17 *«Samarbeide for å nå målene»* på tvers av aktører, partnerskap og globalt.

«Helhetlig» favner enklere, brukervennlige og sammenhengende tjenester for både innbygger og helsepersonell på tvers av aktørene, forvaltningsnivåer og sektorer.

«Trygg» dekker *«sikker»* og tar opp i seg flere viktige elementer, både pasientsikkerhet, folkehelse, helseberedskap og digital sikkerhet.

«Nyskapende» tar opp i seg at visjonen skal peke fremover mht. mulighetene som ligger i digitalisering til å utføre helse- og omsorgstjenester på nye, både bedre og mer effektive måter (digital transformasjon), som f.eks. bruk av helsedata og muliggjørende teknologi til å yte mer presis helsehjelp, mer personilpassede tjenester og bidra til forebygging.

«Fremme helse og mestring» tar også opp i seg den forebyggende dimensjonen samt ambisjonen om å styrke innbyggeren til selv aktivt å fremme egen helse og mestring i hverdagen på tross av sykdom og

funksjonstap. Fremme helse og mestring går igjen i flere av aktørenes egen visjoner og oppdrag, bla. i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Dette har munnet ut i følgende forslag til visjon:

«Sammen om helhetlige, trygge og nyskapende tjenester som fremmer helse og mestring»

Forslag vedtak: Nasjonalt e-helsestyre gir sin anbefaling til visjon.

2. Hvordan velge de rette strategiske målområdene ved hjelp av evalueringsprinsipper

Arbeidet med å definere strategiske målområder er nå startet opp. I november gjennomføres arbeidsmøter med et bredt utvalg fra sektor, hvor blant annet alle NUIT- og NUFA-medlemmer er invitert til å gi innspill. Strategiutviklingen skal basere seg på kunnskapsgrunnlaget, og oppsummeringene fra nåsituasjonsanalysen og funnene fra scenariene brukes aktivt inn i arbeidet i arbeidsmøtene. Innspillene vil i sin tur danne grunnlaget for det som skal diskuteres med Nasjonalt e-helsestyre 4. februar, hvor formålet blant annet er å prioritere strategiske målområder i ny e-helsestrategi.

Evalueringsprinsipper

Gjennom arbeidsmøtene vil det komme mange innspill til en rekke strategiske målområder. Ikke alle målområdene kan inkluderes i strategien. For å ta gode og informerte valg når målområder prioriteres, er det behov for å evaluere de foreslåtte strategiske målområdene opp mot sektorens behov, føringer, strategiens ambisjon og visjon. En slik evaluering vil bidra til å ta gode valg om hvilke målområder som skal prioriteres inn i strategien.

Basert på sektorens **behov, føringer, strategiens ambisjon og visjon** er det derfor utarbeidet følgende 11 prinsipper for denne evalueringen. Det legges i møtet opp til å få innspill til prinsippene, f.eks. hvilke prinsipper som bør vektes tyngst.

Vi ber Nasjonalt e-helsestyre om innspill til følgende evalueringsprinsipper:

Det enkelte målområdet skal ...

1. Bidra til forebygging og pasientsikkerhet
2. Bidra til folkehelse og helseberedskap
3. Bidra til digital sikkerhet
4. Istandsette innbygger til å være aktiv i å forebygge sykdom, ta del i behandling og mestre egen hverdag
5. Bidra til mer brukertilpassede digitale tjenester og verktøy for innbygger
6. Bidra til mer brukertilpassede digitale tjenester og verktøy for helsepersonell
7. Legge til rette for helhetlig og sammenhengende tjenester på tvers av aktører og forvaltningsnivåer i og mellom sektorer
8. Styrke innsatsen på områder med gjensidige avhengigheter på tvers av aktører i og mellom sektorer
9. Stimulere til økt innovasjon, herunder bidra til økt bruk av kunnskap og innsikt
10. Bidra til læring og gjenbruk av løsninger og kompetanse – felles interesser løses en gang
11. Tilrettelegge for innføring og realisering av gevinster

Forslag vedtak: Nasjonalt e-helsestyre ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill til evalueringsprinsipper i det videre strategiarbeidet

Om ambisjon for e-helsestrategien

Felles ambisjon for strategien på tvers av aktørene i helse- og omsorgssektoren har tidligere vært behandlet i Nasjonalt e-helsestyre, NUIT og NUFA. På bakgrunn av disse er ambisjonen, dvs strategiens rolle, oppsummert på følgende måte:



Sette tydelig retning

- Strategien skal sette tydelig retning, samtidig som den bygger på sentrale føringer for sektoren



Prioritere satsningsområder

- Strategien skal tydeligere prioritere enkelte satsningsområder
- Strategien skal fokusere på områder med gjensidig avhengigheter på tvers av aktørene i sektor



Sikre samspill mellom langsiktig retning og endringer i behov

- Strategien skal evne å sette en langsiktig og forutsigbar retning gjennom visjon og mål
- Strategien skal også sikre tilstrekkelig tilpasning til endringer i behov og nye løsninger gjennom gode rutiner for måling og justering av tiltak



Styrke innbygger

- Styrke innbygger ved å støtte deres behov på tvers av aktører



Styrke helsepersonell

- Styrke helsepersonell ved å støtte deres behov på tvers av aktører

Til Møte 6/21
Dato 09.12.2021
Saksnummer 41/21
Type Orientering

Fra KS
Saksbehandler Terje Wistner, avdelingsdirektør KS

Kommunenes arbeid på eHelseområdet

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyret tar saken til orientering.

Hensikt med saken

Saken gir en orientering om kommunenes arbeid på eHelseområdet, og spesielt om arbeidet med Felles plan og rammeverk samt status på Felles kommunal journal.

Bakgrunn

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

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

KS deltar, sammen med en rekke kommuner i Nasjonalt e-helsestyre, NUFA, NUIT og andre nasjonale e-helsefora og utvalg med formål å formidle innspill, posisjoner og forventninger til nasjonale e-helseområder. Det er i tillegg etablert en samstyingsmodell for digitalisering i kommunal sektor – KommIT-rådet med underliggende utvalg som bidrar til å mobilisere kommuner og fylkeskommuner inn i digitaliseringsarbeidet, inklusive på e-helseområdet.

Behov for et felles plan og rammeverk for eHelse

Det er mange pågående nasjonale og lokale tiltak med mål om å digitalisere helse- og omsorgstjenestene, men kommunesektoren har ikke tilstrekkelig kapasitet, investeringsevne eller

Side 1 av 3

kompetanse til å prioritere alle e-helsetiltak på en gang. Derfor arbeider KS med et felles plan- og rammeverk e-helse for kommunal sektor, i samarbeid med kommunene og med utgangspunkt i (blant annet) veikart for nasjonale e-helseløsninger. Formålet er å samordne kommunal sektors visjoner, ambisjoner og målsetninger innen e-helseområdet slik at gjennomføringsevnen øker og at kommunene kan realisere nødvendige gevinster på kort og lang sikt. Det er helt avgjørende å prioritere de tiltakene som kommer innbyggere til gode, og som gir reelle gevinster for kommunene

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

- Utvikling, utprøving og innføring på legemiddelområdet, spesielt med vekt på kjernejournal, sentral forskrivningsmodul, administrering av legemidler og pasientens legemiddelliste
- Innføring av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging, og spesielt etablering av velferdsteknologisk knutepunkt som nasjonale tjenesten
- Utbredelse og innføring av innbyggertjenester, med spesiell vekt på DigiHelse og DigiHelsestasjon
- Felles journalløsninger, inklusive Helseplattformen og Felles kommunal journal
- Tilretteleggelse for digital samhandling

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

- Felles modell for utbredelse og innføring av kommunale og statlige felles løsninger på e-helseområdet
- Tydelig styringsmodell som sikrer kommunal sektors medinnflytelse som likeverdige parter, spesielt i vurdering av avhengigheter, risiko og konsekvenser
- Finansieringsmodell som setter kommunal sektor i stand til å bære fremtidige kostnader av e-helseinitiativer
- En felles leverandørdialog basert på felles prioriteringer, standarder og premisser

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

Status med Felles kommunal journal

Felles kommunal journal er et svært viktig tiltak for å bidra til et samordnet digitaliseringsløft for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette vil gi styrket pasientsikkerhet, bedre kvalitet og lette arbeidshverdagen til personell i helse- og omsorgstjenestene. I 2020 ble det av Stortinget satt krav til justert kurs og utvikling av oppdatert styringsdokument for journalarbeidet for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, der blant annet spørsmål som ble stilt i Nasjonalt e-helsestyre, ikke minst rundt organisering og styring og bærekraftig finansiering, må svares ut.

Arbeidet med Felles kommunal journal er et samarbeid mellom stat, KS og samarbeidskommuner utenfor Midt-Norge. I november 2021 stiftet KS Felles kommunal journal interim AS stiftet, og styret ble oppnevnt. Styret utpekte også et prosjektstyre som har vedtatt et oppdatert mandat for prosjektet.

En viktig forutsetning for etablering av virksomheten (FKJ Interim AS) er at staten må bidra til å videreutvikle rammebetingelser og gir oppdrag til statlige etater for å understøtte arbeidet. Blant annet bør det utredes alternative modeller til organisering og realisering av felles kommunal journal, inklusive omdanning av Norsk Helsenett SF til særlovsselskap med kommunalt medeierskap. En slik modell vil kunne medvirke til langt større fleksibilitet i bruk av Norsk Helsenett som nasjonal tjenesteleverandør overfor kommunene, og understøtte samhandling mellom helseaktørene.

Felles kommunal journal er nå over i en fase hvor behov og rammer skal konkretiseres. Målet er å utarbeide et beslutningsunderlag som skal danne grunnlag for vurdering av videre tilslutning til prosjektet i de 291 berørte kommunene. Et oppdatert styringsdokument vil være den sentrale delen av beslutningsgrunnlaget. Styringsdokumentet skal gjennom en løpende ekstern kvalitetssikring ferdigstilles til høsten 2022. Kommunale prosesser er planlagt i januar til april 2023, slik at prosessen er avsluttet i god tid før innspurten i kommunevalget 2023. Videreføring av prosjektet avhenger av at det er en positiv tilslutning hos tilstrekkelig mange kommuner.

Prosjektet har utarbeidet et utkast til grunnleggende rammer og egenskaper som kan danne grunnlag for en fremtidig løsning. Dette bearbeides nå gjennom 11 tre-ukers sprinter med ulike tematiske områder og en stadig klarer beskrivelse av behov og forventninger gjennom konkrete, planlagte og målsatte delleveranser. Sprintene skjer med bred deltagelse fra alle grupper av interessenter. På denne måten tilstrebes at valgte egenskaper fører til ønsket nytteverdi.

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

Prosjektet er tilført mer ressurser fra både kommunal, statlig og privat sektor, men det er fortsatt behov for sterkere medvirkning og deltakelse fra statlige aktører for å sikre god fremdrift i arbeidet. Risiko knyttet til gjennomføringsevne er fortsatt under observasjon, men situasjonen er bedre sammenlignet med for noen måneder siden.