



Direktoratet for
e-helse

Videreutvikling av nasjonal styringsmodell for e-helse

Evaluering og anbefalinger



IE-1082

Publikasjonens tittel:

Videreutvikling av nasjonal
styringsmodell for e-helse

Rapportnummer

IE-1082

Utgitt:

Januar 2022

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo
Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Forord

Formålet med en nasjonal styringsmodell er å styrke gjennomføringsevnen på e-helseområdet gjennom å samle de sentrale aktørene i helse- og omsorgssektoren om felles behov, utviklingsretning, innsats og måloppnåelse.

Modellen består i dag av tre utvalg, Nasjonalt e-helsestyre, Prioriteringsutvalget (NUIT) og Fagutvalget (NUFA). Den er konsensusbasert og skal gjennom sin brede sektordeltagelse bidra til å gi aktørene økt innflytelse i den nasjonale e-helseutviklingen.

Direktoratet for e-helse fikk i tildelingsbrev for 2021 i oppdrag å levere forslag til hvordan den nasjonale styringsmodellen for e-helse kan videreutvikles for å ivareta helhetlig og i størst mulig grad forpliktende e-helseutvikling. Evalueringen gjøres i samarbeid med sektoren. Riksrevisjonens anbefaling om hvordan styringsmodellen bør innrettes, tas med i arbeidet.

Etter dialog med Helse- og omsorgsdepartementet har direktoratet besluttet at forslag til endringer skal sendes på åpen høring. Evalueringen er gjennomført som dialogmøter med medlemmer i de nasjonale utvalgene som styringsmodellen består av. Våren 2021 hadde ledelsen i Direktoratet for e-helse blant annet individuelle møter med medlemmene i Nasjonalt e-helsestyre. Tilbakemeldingene ble brukt til å danne et overordnet utfordringsbilde og forslag til tiltak, og har vært diskutert med medlemmene i Nasjonalt e-helsestyre, NUIT og NUFA.

Videreutvikling av den nasjonale styringsmodellen er, sammen med arbeidet med ny nasjonal e-helsestrategi, oppdraget om styrket gjennomføringskraft gjennom forskning, innovasjon og næringsliv og vårt pågående arbeid med blant annet standarder, kodeverk og arkitektur, eksempler på vårt ansvar som nasjonal myndighet på e-helseområdet.

Denne rapporten oppsummerer utfordringene vi ser og forslag til tiltak og endringer. Basert på evalueringen, dialog med sektoren og høringssvarene, vil Direktoratet for e-helse gi sine endelige anbefalinger for videreutvikling av modellen. Rapporten overleveres Helse- og omsorgsdepartementet.

En trygg og sammenhengende helsetjeneste forutsetter at vi samarbeider om å løse felles utfordringer og går i samme retning. Selv om vi fortsatt har utfordringer som må løses for å øke digitaliseringstakten, tar vi stadig viktige skritt mot et enklere Helse-Norge.

Vi vil takke alle som har bidratt i arbeidet.

Innhold

1	Innledning	9
1.1	Bakgrunn.....	9
1.2	Nasjonal styringsmodell for e-helse.....	9
1.3	Om prosessen.....	10
2	Overordnet utfordringsbilde	11
3	Videreutvikling av styringsmodellen.....	13
3.1	Hva vi ønsker å oppnå med styringsmodellen	13
3.2	Det store bildet	14
3.3	Økt gjennomføringsevne	15
3.4	Endringer i styringsmodellen	16
3.4.1	Nasjonalt e-helseråd (E-helserådet)	18
3.4.2	Prioriteringsutvalget (NUIT)	19
3.4.3	Fagutvalget (NUFA)	19
3.4.4	Representasjon	20
3.5	Tydeliggjøring av saksgang for utvalgte sakstyper	20
3.6	Tydeliggjøring av sammenhengen mellom nasjonal styringsmodell og andre styrer og utvalg	23
4	Reviderte mandater	26
4.1	Nasjonalt e-helseråd (E-helserådet)	26
4.2	Prioriteringsutvalget (NUIT)	28
4.3	Fagutvalget (NUFA)	30
5	Vedlegg 1 - Føringer og rammebetingelser	32
6	Vedlegg 2 - Kunnskapsgrunnlag	37

Sammendrag

Nasjonal styringsmodell for e-helse, slik den fremstår i dag, ble etablert i 2016 for å styrke IKT-utviklingen og gjennomføringsevnen i helse- og omsorgstjenesten, og bidra til sterkere nasjonal styring.

Styringsmodellen skal sikre felles prioriteringer og gi bedre samhandling mellom de ulike helseaktørene, og med innbyggere. Med helseaktører mener vi her offentlige aktører i helsetjenesten, helseforvaltningen og organisasjoner som representerer sentrale brukerbehov. Felles prioriteringer og felles løsninger vil gi mer effektiv ressursbruk og et sterkere leverandørmarked. Helsenæringen defineres ikke som en del av denne styringsmodellen. Deres kunnskap, behov og prioriteringer er også viktige for videreutvikling av e-helseområdet, og dette vil komme til uttrykk gjennom møter, prosesser, høringsrunder og god dialog med alle nivåer i sektoren.

Nasjonal styringsmodell består av tre ulike utvalg: Nasjonalt e-helsestyre (topplederutvalg), NUIT (prioriteringsutvalg) og NUFA (fagutvalg). Eksisterende styringsmodell har vært rådgivende til Direktoratet for e-helse. Styringsmodellen endrer ikke de til enhver tid etablerte styringslinjene fra Stortinget, regjeringen og departementer til etater, virksomheter og kommuner.

Utfordringer ved dagens styringsmodell

Det pekes på en rekke utfordringer og forbedringsområder som må løses for at styringsmodellen skal bidra til økt gjennomføringskraft på e-helseområdet. Sektoren har gitt tilbakemeldinger på at den ikke oppleves som en reell styringsmodell, men som en rådgivende arena for faglig og strategisk forankring.

Å bedrive samstyring er krevende når fullmaktene ligger i de enkelte kommunene og hos de fire regionale helseforetakene. Det er viktig å ha nok tid til å kjøre forankrings- og modningsprosesser i forkant av en tilslutning. Dette er spesielt viktig for kommunesektoren, for lettere å kunne få forpliktende vedtak. Bredden i kommunesektoren må bli hensyntatt i en nasjonal styringsmodell, og sikres sterkere innflytelse på beslutninger som skal tas rundt nasjonale e-helseløsninger.

I tillegg har sektoren etterspurt hvor de reelle beslutningene tas, hvilken rolle NUIT har knyttet til reelle prioriteringer og et ønske om flere saker som gir klare anbefalinger og prioriteringer, og mindre orienteringssaker i Nasjonalt e-helsestyre. Dette sammenfaller med funnene i Riksrevisjonens *Undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal*¹, publisert i juni 2021. Her ble det påpekt at aktørene i sektoren ikke vurderer den nasjonale styringsmodellen til å ha økt gjennomføringsevnen utover å være en arena for orientering og dialog. Aktørene opplever å ha manglende innflytelse på prioriteringer på nasjonalt nivå og at det er utfordrende å se sammenhengen mellom de ulike nasjonale tiltakene. I tillegg ble det påpekt at det sjelden gjennomføres høringer i sektoren, selv ikke ved viktige veivalg.

¹ <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/undersokelse-av-helse-og-omsorgsdepartementets-styring-av-arbeidet-med-en-innbygger--en-journal.pdf>

Det finnes mange aktører og arenaer, i tillegg til utvalgene i nasjonal styringsmodell, som jobber med å sikre en helhetlig e-helseutvikling. Disse må sees i sammenheng. Gjennomføringsevnen kommer gjennom et godt samspill mellom styringsstrukturer og prosjekter, styrer og råd. For å sikre at den nasjonale styringsmodellen fungerer, må derfor det helhetlige bildet vurderes.

Videreutvikling av styringsmodellen

På tross av utfordringene, er sektoren enige om at styringsmodellen er en svært viktig arena for å samkjøre, koordinere og få mange aktører til å gå i samme retning. Det er behov for en felles møteplass på toppledernivå hvor vi får større forståelse for hverandres virkelighet. Å ha et organ som bidrar til felles prioriteringer er avgjørende for å lykkes med den nasjonale e-helseutviklingen.

I videreutvikling av den nasjonale styringsmodellen har vi lagt vekt på at samtlige aktører skal gis økt innflytelse på den nasjonale e-helseutviklingen. Vi skal sikre god koordinering og forankring ved å skape forståelse for utfordringene vi står overfor og hvilke prioriteringer det vil kreve for utvikling både nasjonalt, regionalt og lokalt. Modellen skal bidra til å sikre bredt forankrede prosesser, og til at både departementet og direktoratet har en tilstrekkelig god oversikt over behovene og prioriteringene i sektoren.

Endringene som foreslås i styringsmodellen kan oppfattes som små. Det er viktig å forstå at flere av endringene som foreslås i videreutviklingen, ikke kommer til uttrykk i mandatene. Et viktig ønske fra sektoren har vært å sikre mer transparente og forutsigbare beslutningsprosesser.

Dette er de anbefalte endringene

Følgende formål foreslås for styringsmodellen:

Nasjonal styringsmodell for e-helse skal samle de sentrale aktørene i helse- og omsorgssektoren om behov, felles utviklingsretning, innsats og mål for e-helseutviklingen.

E-helseutviklingen må forstås som en integrert del av utviklingen av helsetjenesten.

Vi har konkludert med at det fortsatt er behov for tre ulike utvalg i den nasjonale styringsmodellen, men at mandatene må tydeliggjøres og utvalgenes sammensetning må spisses.

Det skal være tydelig at styringsmodellen er en rådgivende arena hvor sektoren gir sine anbefalinger i strategiske e-helse spørsmål. Det foreslås derfor å endre navn fra Nasjonalt e-helsestyre til Nasjonalt e-helseråd. Tidligere har modellen vært rådgivende for Direktoratet for e-helse. Det foreslås nå at alle aktører som er representert i styringsmodellen bringer inn sine strategiske e-helsesaker. Således vil ikke styringsmodellen lenger være en rådgivende struktur kun for Direktoratet for e-helse, men også for andre som tar saker inn i utvalgene.

De regionale helseforetakene, kommunene og helseforvaltningen jobber alle med strategier og tiltak som har betydning på tvers av forvaltningsnivåer eller nasjonalt nivå. Relevante strategiske saker som også har sin opprinnelse utenfor styringsmodellen og som har konsekvenser for en helhetlig e-helseutvikling, bør fremmes og få råd fra utvalgene.

Ansvarsområder

Nasjonalt e-helseråd skal fremover gi råd om strategiske veivalg og anbefale prioritering og gjennomføring av tiltak for en helhetlig e-helseutvikling med effektiv utnyttelse av ressursene.

NUIT skal gi råd om prioriteringer, følge opp gjennomføring av nasjonal e-helseportefølje og veikart, og anbefale strategiske tema til Nasjonalt e-helseråd. I videreutviklingen av styringsmodellen skal NUIT legge særlig vekt på økt gjennomføringsevne. Det foreslås derfor at NUIT får et selvstendig ansvar for å behandle og anbefale noen tema, uten at disse løftes til Nasjonalt e-helsestyre (Nasjonalt e-helseråd).

NUFA skal gi råd og anbefalinger om helsefaglige behov og arkitekturvalg. NUFA skal ivareta helse- og omsorgssektoren og innbyggerens behov. Vi anbefaler at forskningsmiljøene også blir representert i NUFA for å sikre en helhetlig e-helseutvikling.

Representasjon

Sammensettingen av utvalgene i nasjonal styringsmodell skal støtte opp om målene for økt gjennomføringsevne, og en helhetlig og i størst mulig grad forpliktende e-helseutvikling.

Utvalgene vil bestå av representanter fra helse- og omsorgstjenesten, den sentrale helseforvaltningen, utvalgte representanter fra bruker- og pasientforeninger og fag- og interesseorganisasjoner, samt Norsk helsenett som nasjonal tjenesteleverandør.

Områdeutvalget for digital samhandling legges ned. Direktoratet ønsker fortsatt å kunne etablere uformelle fagnettverk etter behov, men uten at de er knyttet til nasjonal styringsmodell.

Transparente og forutsigbare beslutningsprosesser

Alle saker som behandles i styringsmodellen skal inneholde tydelig beskrivelse av hvilke konsekvenser og forpliktelser saken vil medføre for aktørene, samt videre saksgang og instans som fatter endelig beslutning. Det foreslås å koordinere saksbehandlingen i årshjul som er tilpasset både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Vi foreslår også at årshjul og saksbehandling av de mest sentrale sakene for kommunene koordineres mellom styringsmodellen og samstyringsstrukturen for digitalisering i kommunal sektor. Dette kan gi bedre forankring og mer forpliktende vedtak i styringsmodellen. Relevante saker kan også løftes til Konsultasjonsordningen.

I evalueringen av styringsmodellen kom det frem at det er utydelig hvem som tar den endelige beslutningen i de ulike sakene som behandles og hva som er videre saksgang. Et tiltak er derfor å tydeliggjøre prosessen for de to ulike sakstypene; saker hvor endelig beslutning fattes av sakseier og saker hvor endelig beslutning fattes av aktuelt departement. Sakseier eller tiltakseier kan eksempelvis være regionale helseforetak, kommuner, direktoratet med flere.

Eksempler på saker som besluttes av sakseier er strategiutvikling, strategiske problemstillinger i programmer, normering og veikart. Departement fatter endelig beslutning i saker som omhandler rammebetingelser, eksempelvis regelverk, finansieringsmodeller og organisering.

Styringsmodellen på høring

I løpet av vinteren 2022 sendes forslag til endringer i styringsmodellen på høring. Denne rapporten vil være høringsnotat og gi aktørene en helhetlig oversikt over forslagene til videreutviklingen av nasjonal styringsmodell. Det vil i følgebrevet etterspørres tilbakemelding fra sektoren, i tillegg til innspill på ytterligere tiltak. Vi er avhengig av et godt samarbeid og styrkede relasjoner med både aktørene i vår egen sektor og andre for å kunne skape forutsigbarhet og sette retning for det arbeidet vi gjør i kraft av vår myndighetsrolle. Deres

bidrag vil også fungere som gode verktøy for oss når vi skal definere prinsipper for hvordan vi sammen kan gå i samme retning og nå målene vi setter oss.

Sammen skal vi skape et enklere Helse-Norge.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Digitalisering og teknologi er en forutsetning for å realisere pasientens helsetjeneste. Digitale løsninger øker tilgjengelighet til tjenesten, understøtter sammenhengende tjenester, og bidrar til en bærekraftig og framtidsrettet helse- og omsorgstjeneste med høy kvalitet. En sammenhengende helse- og omsorgstjeneste forutsetter økt nasjonal koordinering, felles prioritering og felles innsats om nasjonale digitaliseringstiltak.

Direktoratet for e-helse er et fagorgan med nasjonal myndighet på e-helseområdet. Direktoratets samfunnsoppdrag er å styrke digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren for å understøtte effektive og sammenhengende helse- og omsorgstjenester, og legge til rette for nasjonal samordning og en helhetlig og forutsigbar e-helseutvikling. Direktoratet for e-helse skal være helse- og omsorgssektorens og departementets sentrale rådgiver på e-helseområdet. Direktoratet har som fast oppdrag i sin Hovedinstruks² å sikre en konsensusbasert styringsmodell for e-helse med bred sektordeltakelse som skal gi direktoratet råd i saker om nasjonale e-helsetiltak og andre e-helsetiltak med nasjonal betydning.

I tildelingsbrevet for 2021³ har direktoratet fått følgende oppdrag:

Innen 15. oktober levere forslag til hvordan den nasjonale styringsmodellen for e-helse kan videreutvikles for å ivareta helhetlig og i størst mulig grad forpliktende e-helseutvikling. Arbeidet skal baseres på evaluering av dagens styringsmodell og gjøres i tett samarbeid med, og forankres hos, aktørene i sektoren.

I tillegg fikk direktoratet i tillegg til tildelingsbrev nr. 5 følgende oppdrag relatert til videreutvikling av styringsmodellen:

Direktoratet er i tildelingsbrev for 2021 bedt om å evaluere og videreutvikle den nasjonale styringsmodellen for e-helse i samarbeid med sektoren. Direktoratet for e-helse har, etter dialog med departementet, besluttet at forslag til endringer skal sendes på høring høsten 2021. Departementet ber utover dette om at Riksrevisjonens anbefaling om hvordan styringsmodellen bør innrettes for å sikre økt gjennomføringsevne, tas med i det pågående arbeidet.

1.2 Nasjonal styringsmodell for e-helse

Nasjonal styringsmodell for e-helse, slik den fremstår i dag, ble etablert i 2016 for å styrke IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten. Styringsmodellen skal sikre felles prioriteringer og gi bedre samhandling mellom de ulike helseaktørene i Norge og med innbyggere. Felles prioriteringer og felles løsninger vil gi mer effektiv ressursbruk og et sterkere leverandørmarked.

² [Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse](#)

³ [Tildelingsbrev for Direktoratet for e-helse 2021](#)

Nasjonal styringsmodell består av tre ulike utvalg: Nasjonalt e-helsestyre (topplederutvalg), NUIT (prioriteringsutvalg) og NUFA (fagutvalg). Alle utvalgene er rådgivende for Direktoratet for e-helse. Styringsmodellen endrer ikke de til enhver tid etablerte styringslinjene fra Stortinget, regjeringen og departementer til etater, virksomheter og kommuner.

Nasjonalt e-helsestyre⁴ ble etablert i 2016 og er det øverste nivået i nasjonal styringsmodell. Nasjonalt e-helsestyre samler topplerne i helse- og omsorgssektoren for å samordne og styre e-helseutviklingen i Norge. Det er totalt 17 medlemmer og en observatør i dette styret. Pasientorganisasjoner er representert med to medlemmer i styret. Administrerende direktør i Helse Vest var leder av Nasjonalt e-helsestyre fra 2016 til 2019. Nå ledes styret av rådmann i Kristiansand kommune.

Nasjonalt e-helsestyre gir råd og tilslutning til nasjonal e-helsestrategi, prioriteringer i nasjonal e-helseportefølje, organiserings- og finansieringsmodeller og behandler andre store satsningsforslag.

Nasjonalt e-helsestyre godkjenner mandat og medlemmer for de to underliggende utvalgene; NUIT og NUFA. Nasjonalt e-helsestyre møtes normalt fire ganger årlig.

NUIT (Prioriteringsutvalget)⁵ ble etablert i 2011. NUIT ledes av Direktoratet for e-helse og har 17 medlemmer og to observatører med lederansvar både på IKT- og helsefagsiden fra ulike aktører i helse- og omsorgssektoren. NUIT innstiller årlig prioritering av nasjonal e-helseportefølje etter fastsatte vurderingskriterier. I tillegg gir NUIT råd og anbefalinger i taktiske og strategiske problemstillinger. Medlemmene møtes tre til fire ganger i året.

NUFA (Nasjonalt utvalg for fag- og arkitektur)⁶ ble etablert i 2010. NUFA ledes av Direktoratet for e-helse og har 27 medlemmer samt en observatør. Utvalget har representasjon både fra helsefag- og arkitektursiden og gir faglige råd til Direktoratet for e-helse. Medlemmene har bred kunnskap om utfordringer, problemstillinger, muligheter og behov knyttet til IKT-systemer som understøtter oppgavene virksomhetens medlemmer representerer, og er satt til å forvalte. NUFA møtes fire ganger årlig over to dager.

Både NUIT og NUFA skal understøtte Nasjonalt e-helsestyre ved å bidra til at avgjørelser og vedtak er basert på godt forankret underlag, slik at topplerne i Nasjonalt e-helsestyre er trygge på de avgjørelsene som blir tatt.

1.3 Om prosessen

Evalueringen av dagens styringsmodell er gjennomført som dialogmøter med medlemmer i styringsmodellen. Ledelsen i Direktoratet for e-helse gjennomførte våren 2021 1-til-1 møter med alle medlemmene i Nasjonalt e-helsestyre. Formålet var å få innspill på utfordringer med dagens modell, og hvordan den bør forbedres og videreutvikles. Tilbakemeldingene fra møtene ble brukt som underlag for å utarbeide et overordnet utfordringsbilde.

Basert på utfordringsbildet og innspillene fra Nasjonalt e-helsestyre, utarbeidet direktoratet forslag til tiltak for å videreutvikle modellen. Det overordnede utfordringsbildet og utkastet til tiltak ble deretter drøftet i gruppevis dialogmøter med medlemmene i NUIT. Formålet var å få tilbakemeldinger på om medlemmene kjente seg igjen i det overordnede utfordringsbildet

⁴ <https://ehelse.no/styrer-og-utvalg/nasjonalt-e-helsestyre>

⁵ <https://ehelse.no/styrer-og-utvalg/nuit-prioriteringsutvalget>

⁶ <https://ehelse.no/styrer-og-utvalg/nufa-fagutvalget>

som Nasjonalt e-helsestyre hadde tegnet opp, samt å få innspill på forslagene til tiltak for videreutvikling av styringsmodellen.

Basert på tilbakemeldingene fra de gruppevise møtene ble utfordringsbildet og tiltakene deretter supplert og konkretisert, og så drøftet i ordinære møter i NUFA, NUIT og Nasjonalt e-helsestyre i september. I møtet i NUFA var hovedhensikten at NUFA drøftet egen rolle. I NUIT og Nasjonalt e-helsestyre ble utkast til endret styringsmodell, med forslag til formål og hovedinnretning for nasjonal styringsmodell og hvert utvalg, presentert og drøftet. Det ble drøftet om de foreslåtte endringene i styringsmodellen vil være tilstrekkelig for å styrke gjennomføringsevnen og sikre en helhetlig og i størst mulig grad forpliktende e-helseutvikling.

Denne rapporten oppsummerer utfordringsbildet og forslag til endringer i den nasjonale styringsmodellen. Rapporten vil bli sendt på en åpen høring, slik at alle aktører får anledning til å gi innspill til de foreslåtte endringene. Høringsfristen settes til minimum seks uker.

Basert på evalueringen, dialog med sektoren underveis i arbeidet, samt høringsssvarene, vil Direktoratet for e-helse beskrive de endelige anbefalingene for videreutvikling av den nasjonale styringsmodellen og overlevere til Helse- og omsorgsdepartementet.

2 Overordnet utfordringsbilde

Det overordnede utfordringsbildet tar utgangspunkt i tilbakemeldingene fra 1-til-1 møtene med medlemmene i Nasjonalt e-helsestyre.

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

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

Selv om medlemmene er positive til å ha en styringsmodell, peker de på flere utfordringer og forbedringsområder. Oppsummert er hovedutfordringene med dagens modell:

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

- Å bedrive samstyring er krevende når fullmaktene ligger i de enkelte kommunene og hos de fire regionale helseforetakene.
- Det oppleves at det er få tilslutnings- og drøftingssaker i Nasjonalt e-helsestyre, mest orienteringer. Det blir også påpekt at det ikke er tilstrekkelig med strategiske saker. Det er viktig at prinsipielle saker behandles i Nasjonalt e-helsestyre.
- Det er uklart for medlemmene hva en tilslutning i styringsmodellen faktisk innebærer, og hva som er konsekvensen av vedtak som fattes i de ulike utvalgene. Det er ønskelig med mer åpenhet rundt prosessene etter at en sak er behandlet i styringsmodellen. Det vil i større grad skape tillit til modellen.
- Det blir også påpekt at det er viktig å ha tid nok til å kjøre forankrings- og modningsprosesser i forkant av en tilslutning. Det er til tider ikke tilstrekkelig tid til forankring hos aktørene i forkant av møtene i styringsmodellen, etter at sakspapirene er sendt ut. Styringsmodellen kan også involveres på et tidligere tidspunkt i enkelte saker, og ikke vente helt til medlemmene skal gi sin tilslutning. Dette er spesielt viktig for kommunesektoren for lettere å kunne få forpliktende vedtak i kommunene.
- Det er krevende å finne riktig måte å involvere og forankre saker ute i kommunene. Det er viktig at bredden av kommunesektoren blir hensyntatt i en nasjonal styringsmodell. Det er mange nivåer internt i alle kommunene, og to kommuner er ikke like. Kommunene har behov for å se hele bildet på tvers av sektorer. Lokaldemokratiet står sterkt i Norge, og det må respekteres.
- Kommunal sektor må sikre en sterkere innflytelse på de påfølgende beslutningsprosessene i departementet rundt nasjonale e-helseløsninger, spesielt der disse har avhengigheter til kommunenes tjenestetilbud eller løsninger, inklusive felles kommunal journal og Helseplattformen.
- Det oppleves som uklare grenser mellom ulike styrever, valg og råd som Nasjonalt e-helsestyre, NUIT, NUFA, programstyrer og områdeutvalg. Sektoren kan ha begrenset kapasitet, noe som kan gjøre det utfordrende å bidra i alle aktuelle fora.
- Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Direktoratet for e-helse bør jobbe tettere sammen for å få helheten tydeligere frem på de sakene som løftes inn i møtene.
- Det blir også stilt spørsmål ved hvorfor det ikke tillates stedfortredere i Nasjonalt e-helsestyre.
- Økt gjennomføringsevne i e-helseutviklingen kan ikke sikres kun gjennom arbeidet i den nasjonale styringsmodellen. Det helhetlige bildet med ulike aktører, andre arenaer, programstyrer mv. bør vurderes i tillegg til oppdraget om videreutvikling av nasjonal styringsmodell.

Noen av disse utfordringene har også kommet frem i andre sammenhenger.

I interessentundersøkelsen⁷ for Direktoratet for e-helse 2020 ble styringsmodellen omtalt som banebrytende og viktig, og at direktoratet har stått for et svært viktig nybrottsarbeid knyttet til samstyring. Men mange stilte spørsmål ved Nasjonalt e-helsestyre sin rolle. Det ble påpekt at det er for mange orienteringssaker og et ønske om flere tilslutningssaker. I tillegg ble det nevnt at det er en krevende styringsstruktur med kombinasjonen av Nasjonalt e-helsestyre, NUFA, NUIT og et økende antall programstyrer.

⁷ <https://www.ehelse.no/aktuelt/resultater-fra-interessentundersokelse>

Riksrevisjonen publiserte *Undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal*⁸ i juni 2021. Rapporten hevder at aktører i sektoren vurderer at den nasjonale styringsmodellen ikke har økt gjennomføringsevnen for IT-utviklingen i sektoren utover å være en arena for orientering og dialog.

3 Videreutvikling av styringsmodellen

3.1 Hva vi ønsker å oppnå med styringsmodellen

I videreutvikling av den nasjonale styringsmodellen er det lagt vekt på at modellen skal:

- Bidra til å gi aktørene økt innflytelse på den nasjonale e-helseutviklingen
- Sikre god nasjonal koordinering, felles prioriteringer og gi bedre samhandling mellom de ulike helseaktørene, og med innbyggere
- Bidra til å fremme felles forståelse av det nasjonale utfordringsbildet og prioriteringer som gjøres for utvikling nasjonalt, regionalt og lokalt
- Bidra til å sikre bredt forankrede prosesser, og til at både departementet og direktoratet har en tilstrekkelig god oversikt over behovene i sektoren
- Bidra til effektive og fleksible prosesser i nasjonal e-helseutvikling
- Bidra til å øke gjennomføringsevnen i nasjonal e-helseutvikling

Prinsippene for samstyring som kommer frem i *Én digital offentlig sektor: digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025* skal legges til grunn:

- *Likeverdighet og innflytelse:* Styringsmodellen må bidra til å gi partene reell medinnflytelse. Representasjon i råd og utvalg der samstyring foregår, må legge grunnlag for likeverdig og balansert medvirkning og påvirkning.
- *Representativitet:* Kommunesektorens representanter i statlige råd og utvalg må oppnevnes og delta på vegne av en samlet sektor. KS oppnevner kommunesektorens representanter. Tilsvarende vil statlige virksomheter oppnevne egne representanter til utvalg og råd.
- *Tidlig involvering:* De utvalgene og rådene der samstyring foregår, må involveres så tidlig som mulig i relevante nasjonale saker som berører deres mandat eller ansvarsområde.

Disse prinsippene er ytterligere tydeliggjort i Digitaliseringsrundskrivet for 2022⁹.

En konsensusbasert styringsmodell innebærer ikke at det alltid må oppnås enighet mellom alle aktørene i de enkelte sakene, men at uenighet kommer frem og blir dokumentert. Det skal i styringsmodellen også tas hensyn til kommunenes og helseforetakenes særskilte behov og strategiske planer, investeringsplaner mv.

⁸ <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/undersokelse-av-helse-og-omsorgsdepartementets-styring-av-arbeidet-med-en-innbygger--en-journal.pdf>

⁹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/digitaliseringsrundskrivet/id2895185/>

Styringsmodellen endrer ikke de til enhver tid etablerte styringslinjene fra Stortinget, regjeringen og departementer til etater, virksomheter og kommuner.

3.2 Det store bildet

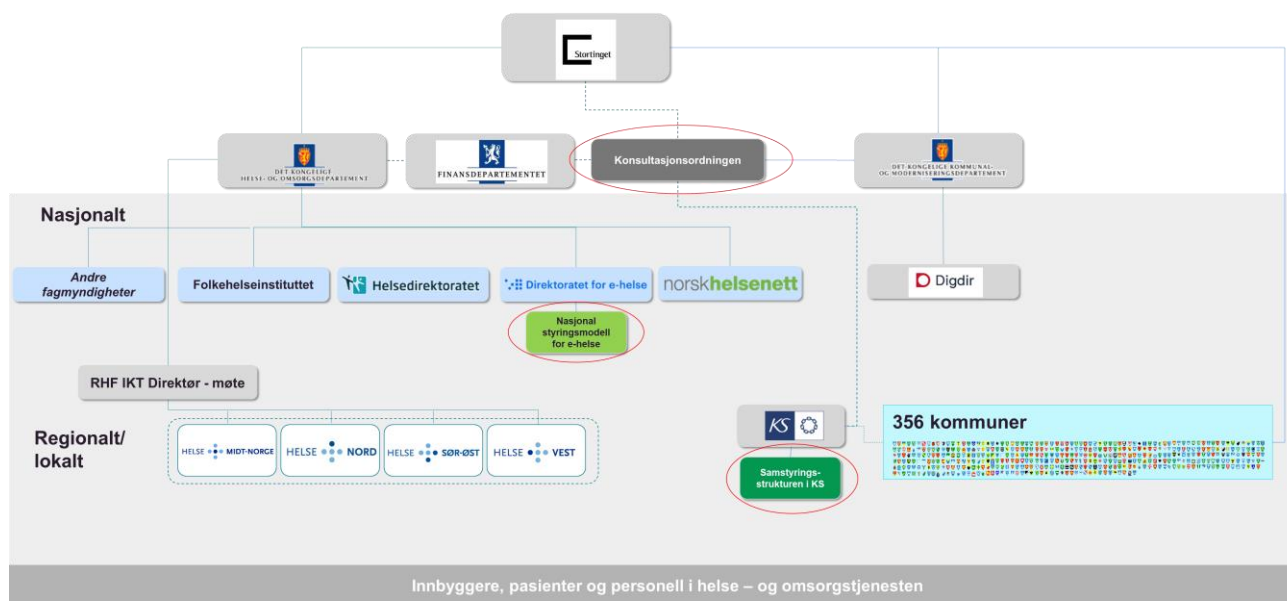
Styringslinjene i helse- og omsorgssektoren er komplekse, og er visualisert i figur 1. En helhetlig e-helseutvikling krever samhandling på tvers av aktørene. Nasjonal styringsmodell ble etablert for å kompensere for at det er ulike styringslinjer i helse- og omsorgssektoren. Siden da har det blitt etablert andre arenaer som også har til formål om å sikre samhandling på tvers av styringslinjer. De regionale helseforetakene har etablert en struktur for koordinering på tvers av de fire regionene. IKT-direktørene har jevnlig møter og det er også etablert et arkitekturråd. Dette er også relevant innenfor kommunal sektor der *Konsultasjonsordningen* og *Samstyringsstrukturen for digitalisering i kommunal sektor, som forvaltes av KS*¹⁰, er viktige arenaer som kan benyttes i behandlingen av viktige e-helsesaker. Disse arenaene er nærmere beskrevet i vedlegg 1.

Landstinget har gitt KS en tydelig rolle og oppdrag med å sikre samordning og økt gjennomføringskraft i digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor, og representere sektoren og dens interesser overfor staten og andre nasjonale aktører. KS skal oppnevne sektorens representanter til råd, utvalg og nasjonale prosjekter innen digitalisering¹¹.

Som en del av videreutviklingen foreslås det å koordinere årshjul og saksbehandling av de mest sentrale sakene for kommunene mellom styringsmodellen og samstyringsstrukturen for digitalisering i kommunal sektor. Dette kan gi bedre forankring, økt eierskap og mer forpliktende vedtak i styringsmodellen. Relevante saker kan også løftes til Konsultasjonsordningen. Direktoratet for e-helse har i 2022 gjennom tildelingsbrevet fått i oppdrag å legge opp årshjul som bidrar til forankringsprosesser mellom regjeringen og KS på saker som er relevant for utviklingen på e-helseområdet.

¹⁰ <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/styring-og-organisering/samstyringsstruktur/>

¹¹ <https://www.ks.no/om-ks/hva-gjor-vi/ks-toppmoter/landstinget-2020/landstinget-gir-ks-en-tydelig-rolle-i-arbeidet-med-digitalisering/>



Figur 1 Styringslinjer i helse - og omsorgssektoren, og eksempler på arenaer som skal sikre samordning på tvers av styringslinjer

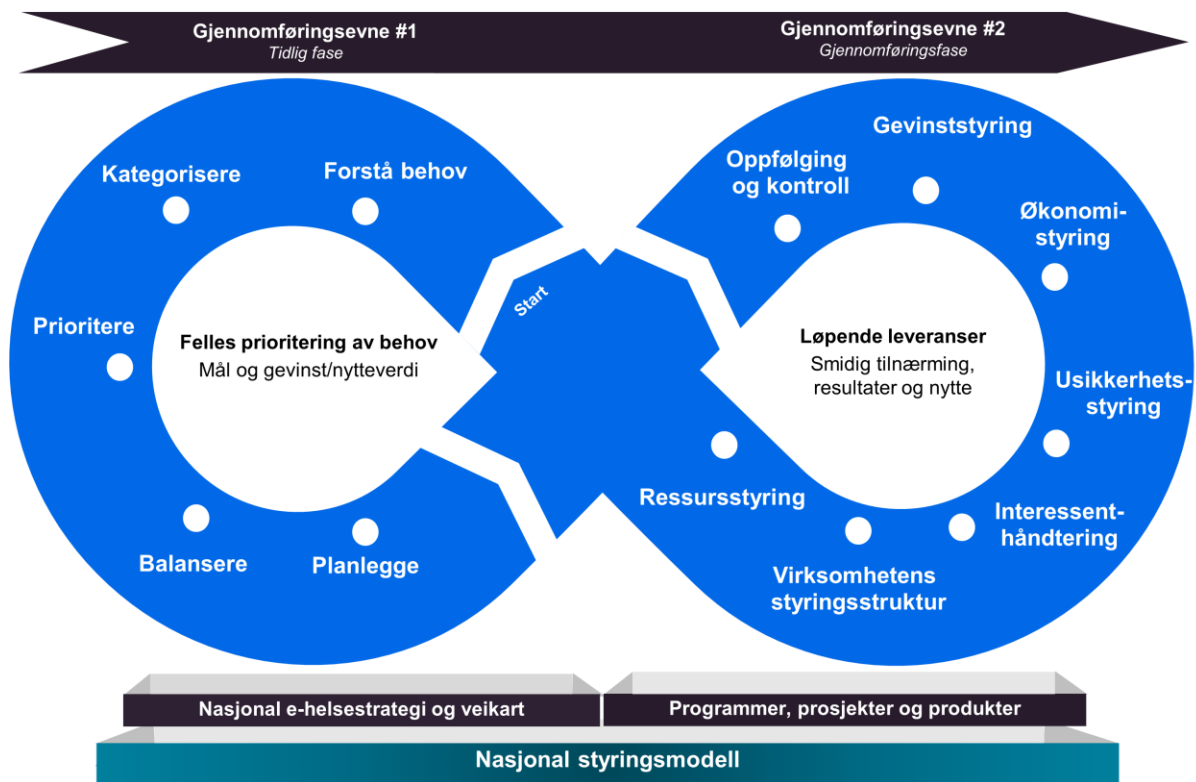
Det foreslås også andre endringer i styringsmodellen for å ivareta helhetlig og i størst mulig grad forpliktende e-helseutvikling. I mandatene for NUIT og Nasjonalt e-helseråd er det under utvalgenes ansvar presisert at i tillegg til å representere egen virksomhet, skal medlemmene ta et helhetlig ansvar for e-helseutviklingen.

Det foreslås også å forbedre rutiner som tilrettelegger for forankringsprosesser i medlemmenes virksomheter. Det er viktig at styringsmodellen involveres tidligere i enkelte saker, slik at utvalgenes medlemmer kan sørge for forankring i egne virksomheter underveis, før de gir sine endelige anbefalinger i utvalgsmøtene. Spesielt har kommunal sektor påpekt behovet for å ha nok tid til å kjøre forankrings- og modningsprosesser i kommunene i forkant av vedtak i styringsmodellen.

3.3 Økt gjennomføringsevne

Videreutvikling av den nasjonale styringsmodellen for e-helse skal sikre økt gjennomføringsevne. Figur 2 tar utgangspunkt i MoP – *Management of portfolios*, som er et rammeverk for beste praksis for å håndtere endringer, enten de er organisert i prosjekter og programmer eller som produktutvikling. Kjernen i teorien er at man skal velge ut, og gjennomføre de «riktige» endringene og gjennomføre endringene på en god måte.

For å ivareta en helhetlig e-helseutvikling og få økt gjennomføringsevne, er det behov for å fokusere på begge faser. Styringsmodellen har en viktig rolle i dette.



Figur 2 Gjennomføringsevne i ulike faser

I tidlig fase (*venstre del av figuren*) er fokuset felles prioritering av nasjonale e-helsebehov. Her legger blant annet nasjonal e-helsestrategi og veikart rammene for ulike tiltak som skal sikre realisering av strategiske prioriteringer i den nasjonale e-helseutviklingen. I denne fasen jobber nasjonal styringsmodell taktisk og strategisk, ved å forstå behovene, kategorisere behov som er av nasjonal interesse, prioritere og balansere porteføljen av behov, definere gevinst/nytteverdi samt planlegge for gjennomføring av tiltak.

I en gjennomføringsfase (*høyre del av figuren*) er fokuset realisering av behov gjennom tiltak og løpende leveranser. I denne fasen jobber nasjonal styringsmodell mer operativt, hvor prioriterte og finansierte tiltak følges opp på et overordnet nivå. I denne fasen kan ulike tiltak gjennomføres med en smidig tilnærming, med vekt på læring og effektivt uttak av gevinster/nytteverdi. De fleste medlemmene i styringsmodellen har i denne fasen et delansvar for å realisere tiltakenes planer. Drøftingene i styringsmodellen vil blant annet omhandle felles utfordringer og flaskehals, forutsetninger, avhengigheter og risiko relatert til e-helseutvikling.

3.4 Endringer i styringsmodellen

Følgende formål foreslås for styringsmodellen:

Nasjonal styringsmodell for e-helse skal samle de sentrale aktørene i helse- og omsorgssektoren om behov, felles utviklingsretning, innsats og mål for e-helseutviklingen.

E-helseutviklingen må forstås som en integrert del av utviklingen av helsetjenesten. Prioritering og gjennomføring av digitaliseringstiltak må knyttes til målene for utvikling av pasientbehandlingen og helsetjenesten. Prioriteringene innen helse- og omsorgssektoren må også bidra til at offentlige tjenester skal oppleves sammenhengende og helhetlige av

brukerne, uavhengig av hvilke offentlige virksomheter som tilbyr dem. Kommuner, fylkeskommuner og statlige virksomheter må samarbeide på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer for å lykkes med denne ambisjonen, jf. *Digitaliseringsstrategien for offentlig sektor 2019–2025*.

Stortinget vedtok 14. desember 2021 endringer i pasientjournalloven § 8 om bruk, tilgjengeliggjøring og betaling for de nasjonale e-helseløsningene helsenetten, kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. Direktoratet for e-helse har gjennom tildelingsbrevet fått i oppdrag å sørge for at vekst i kostnader til forvaltning og drift som er en konsekvens av investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje, synliggjøres og behandles i den nasjonale styringsmodellen for e-helse, jf. Prop. 3 L (2021-2022) og Innst. 47 L (2021-2022), vedtak 88. Direktoratet skal også sørge for at det gjøres en konkret vurdering av om kostnadene faller innenfor plikten til betaling, krever lov eller forskriftsendring eller må finansieres på annen måte.

Direktoratet for e-helse har som første steg vurdert om det fortsatt er behov for å ha tre ulike utvalg i den nasjonale styringsmodellen.

Medlemmene i Nasjonalt e-helsestyre har gjennom dialogmøtene gitt uttrykk for at det er behov for et topplederutvalg, og at dette er en viktig arena som bidrar til en mer helhetlig e-helseutvikling. Dette ble også bekreftet i møtet i Nasjonalt e-helsestyre 22. september.

NUIT vurderte egen rolle i NUIT-møtet 15. september. Utvalget var opptatt av at styringsmodellen må legge til rette for økt gjennomføringsevne i sektor, og at NUIT kan bidra til dette ved å få en rolle for oppfølging og gjennomføring av nasjonal e-helseportefølje og veikart for nasjonale e-helseløsninger.

NUFA vurderte egen rolle i NUFA-møtet 1. september. De oppfatter NUFA positivt som en arena for orientering, drøfting og koordinering innen fag og arkitektur.

Basert på tilbakemeldingene forslår Direktoratet for e-helse at en tredelt modell videreføres, men med endringer i utvalgenes formål og mandat. En tredelt modell sikrer at bredden i e-helseutviklingen omfattes og at både beslutningstakere og fagpersoner på ulike nivå hos aktørene er representert.

Evalueringen viste at den nasjonale styringsmodellen for e-helse ikke oppfattes som en reell styringsmodell, men er en rådgivende struktur for Direktoratet for e-helse for faglig og strategisk forankring. Det er derfor nødvendig å tydeliggjøre at styringsmodellen *skal* være en rådgivende modell. For å reflektere dette foreslås det å endre navn på Nasjonalt e-helsestyre til Nasjonalt e-helseråd.

Styringsmodellen skal fortsatt være konsensusbasert. Dette innebærer ikke at det alltid må oppnås enighet mellom alle aktørene i de enkelte sakene, men eventuelle uenigheter må komme tydelig frem og bli dokumentert. Et vedtak fra Nasjonalt e-helseråd, der sektoren stiller seg bak en anbefaling, vil være en tydelig anbefaling for Helse- og omsorgsdepartementet i deres videre arbeid. Dette kan også være et godt grunnlag for KS, når saker bringes inn i konsultasjonsordningen. Det skal i styringsmodellen tas hensyn til kommunenes og helseforetakenes særskilte behov og strategiske planer.

En viktig endring som foreslås, er at alle aktører som er representert i styringsmodellen bringer inn sine strategiske e-helsesaker. De regionale helseforetakene, kommune og helseforvaltningen jobber alle med strategier og tiltak som har betydning på tvers av forvaltningsnivåer eller nasjonalt nivå. Styringsmodellen vil således ikke lenger være en

rådgivende struktur kun for Direktoratet for e-helse, men også for andre som tar saker inn i utvalgene.

I evalueringen ble det påpekt at det er få tilslutnings- og drøftingssaker i Nasjonalt e-helsestyre, mest orienteringer. Ambisjonen er å få flere tilslutningssaker og færre orienteringssaker i utvalgene. Det foreslås imidlertid å gå bort fra begrepet *tilslutning* og heller formulere vedtak for å uttrykke *anbefalinger* til saker som drøftes i utvalgene. Ethvert vedtak skal tydeliggjøre hvilke konsekvenser og forpliktelser saken vil medføre for aktørene. Konsekvensene må tydeliggjøres i saksunderlaget som sendes ut i forkant, slik at aktørene kan forankre i egne styringslinjer, før de gir sine anbefalinger i møtene.

Evalueringen pekte på at Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Direktoratet for e-helse bør jobbe tettere sammen for å få helheten tydeligere frem på de sakene som løftes inn i styringsmodellen. Direktoratet for e-helse vil ta en koordinerende rolle overfor de andre etatene for å oppnå dette.

Praksis i styringsmodellen har vært at de fleste saker har vært behandlet i alle tre utvalgene. For å skape større grad av forutsigbarhet for saker som behandles i Nasjonalt e-helseråd, skal NUIT og til dels NUFA i hovedsak fortsatt behandle sakene før de går til Nasjonalt e-helseråd. Det foreslås at det fremover kun er strategiske saker som behandles i Nasjonalt e-helseråd. NUIT forbereder i hovedsak sakene til Nasjonalt e-helseråd, men har også egne oppgaver og tema som fortrinnsvis kun behandles i NUIT. NUIT vil for eksempel få en særskilt rolle for å følge opp gjennomføring av nasjonal e-helseportefølje og veikart, og anbefale risikoreduserende tiltak. NUFA har også et selvstendig ansvar for å gi råd og anbefalinger om helsefaglige behov og arkitekturvalg på e-helseområdet. NUIT kan foreslå saker for behandling i NUFA, som et ledd i forberedelse til videre behandling i NUIT.

Det må fremover jobbes med å finne riktig balanse mellom videomøter og fysiske møter. Fysiske møter gir muligheter til mer uformell prat og å bygge gode relasjoner. Samtidig er deltakerne spredt over hele landet, og videomøter reduserer behovet for reise.

3.4.1 Nasjonalt e-helseråd (E-helserådet)

Følgende formål foreslås for Nasjonalt e-helseråd:

Nasjonalt e-helseråd skal gi råd om strategiske veivalg på e-helseområdet, og anbefale prioritering og gjennomføring av tiltak for en helhetlig e-helseutvikling med effektiv utnyttelse av ressursene.

Det er en målsetning at Nasjonalt e-helseråd hovedsakelig skal behandle strategiske tema, som strategier og veikart, nasjonal e-helseportefølje og prinsipielle spørsmål og veivalg innen e-helse. Medlemmene skal bidra med et helhetsperspektiv på e-helseutviklingen.

Nasjonalt e-helseråd skal drøfte og gi anbefaling til endringer i rammebetingelser som regelverk, finansieringsmodeller, organisering mv.

Programmene og prosjektene har egne program- eller prosjektstyrer, og arbeider innenfor sine mandat. Nasjonalt e-helseråd skal drøfte og gi anbefaling til problemstillinger av strategisk eller prinsipiell karakter, for eksempel spørsmål som går utover program-/prosjektstyrets mandat eller programmets/prosjektets rammer.

Det foreslås å tillate faste stedfortredere i Nasjonalt e-helseråd. For å sikre kontinuitet, bør det unngås at det blir en fast praksis å stille med stedfortreder.

Det er flere aktører enn de som er representert i dag, som ønsker å bli medlemmer i Nasjonalt e-helseråd. Direktoratet for e-helse har ansvar for en hensiktsmessigsammensetning av utvalgene, og sikrer i dialog med medlemmer i utvalgene en løpende vurdering av dette.

3.4.2 Prioriteringsutvalget (NUIT)

Følgende formål foreslås for NUIT:

NUIT skal gi råd om prioriteringer, følge opp gjennomføring av nasjonal e-helseportefølje og veikart, og anbefale strategiske tema til Nasjonalt e-helseråd.

NUIT skal anbefale strategiske tema til Nasjonalt e-helseråd. NUIT skal som hovedregel i forkant behandle saker som skal til Nasjonalt e-helseråd.

I tillegg foreslås det at NUIT får et selvstendig ansvar for å behandle noen strategiske tema, uten at disse løftes til Nasjonalt e-helseråd. For å styrke gjennomføringsevnen av e-helseutviklingen foreslås det at NUIT får ansvar for å følge opp gjennomføring av nasjonal e-helseportefølje og veikart, og foreslå risikoreduserende tiltak. NUIT skal bidra med å identifisere avhengigheter, overlapp eller synergier. Spesielt viktig er det å sikre leveranser som mange er avhengig av. NUIT kan også foreslå saker for behandling i NUFA, før videre behandling i NUIT, ved behov for drøfting av problemstillinger innen helsefag eller arkitektur.

NUIT skal gi råd om prioritering av nasjonale e-helsetiltak, og gi råd og anbefalinger i strategiske spørsmål.

En av endringene i styringsmodellen er at alle aktørene får ansvar for å bringe inn strategiske saker til styringsmodellen, og det foreslås at NUIT får et spesielt ansvar for å foreslå strategiske saker fra sektor, som skal behandles i styringsmodellen.

3.4.3 Fagutvalget (NUFA)

Følgende formål foreslås for NUFA:

NUFA skal gi råd og anbefalinger om helsefaglige behov og arkitekturvalg på e-helseområdet.

NUFA er et møtepunkt mellom helsefag og arkitektur. Målet er å gi råd og anbefalinger i sentrale problemstillinger innen e-helse. NUFAs råd skal søke å ivareta helse- og omsorgssektoren og innbyggerens behov, gjennom drøftinger og innspill basert på bredden i kunnskap blant medlemmene.

NUFAs møter skal i størst mulig grad være temaorientert.

Det foreslås at NUFA i hovedsak beholdes som i dag, men at det settes av mer tid til dialog og drøftinger i møtene. Dette gir mulighet for medlemmene til å gi nødvendige og viktige innspill. Dette var et ønske fra NUFA i deres evaluering av egen rolle.

Det foreslås at forskningsmiljøene også blir representert i NUFA. Det å bringe inn kunnskapsbasert forskning kan øke verdien i de drøftinger og råd og anbefalinger som NUFA gir.

3.4.4 Representasjon

Sammensetningen av utvalgene i nasjonal styringsmodell må støtte opp om målene om økt gjennomføringsevne, og en helhetlig og i størst mulig grad forpliktende e-helseutvikling.

Medlemmene i Nasjonalt e-helseråd og NUIT må i fellesskap ta et helhetlig ansvar for e-helseutviklingen. Utvalgene vil bestå av representanter fra helse- og omsorgstjenesten, den sentrale helseforvaltningen, utvalgte representanter fra bruker- og pasientforeninger og fag- og interesseorganisasjoner, samt Norsk helsenett SF i form av sin rolle som nasjonal tjenesteleverandør for helse- og omsorgssektoren. Direktoratet for e-helse har ansvar for en hensiktsmessig sammensetning av utvalgene, som bidrar til likeverdighet hos alle parter som er representert, jf. krav i Digitaliseringsrundskrivet 2022. Direktoratet sikrer i dialog med medlemmer i utvalgene en løpende vurdering av dette.

I arbeidet med evaluering av styringsmodellen har vi også sett på sektorens relasjon til markedet. Vi ser at styringsmodellen ikke er egnet arena for forpliktende samarbeid mellom offentlige virksomheter som skal ta e-helseløsninger i bruk og private aktører. Arbeidet i styringsmodellen skal hensynta avhengighetene til helsenæringen og legge til rette for god dialog mellom aktørene.

Derimot så jobber vi parallelt med å svare ut et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet hvor vi er bedt om å gi anbefalinger og foreslå prinsipper for bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling. Resultatet av dette arbeidet vil være viktig for å få tydeligere rollefordeling mellom offentlig og privat, bygge sterkere relasjoner og skape økt forutsigbarhet for markedet.

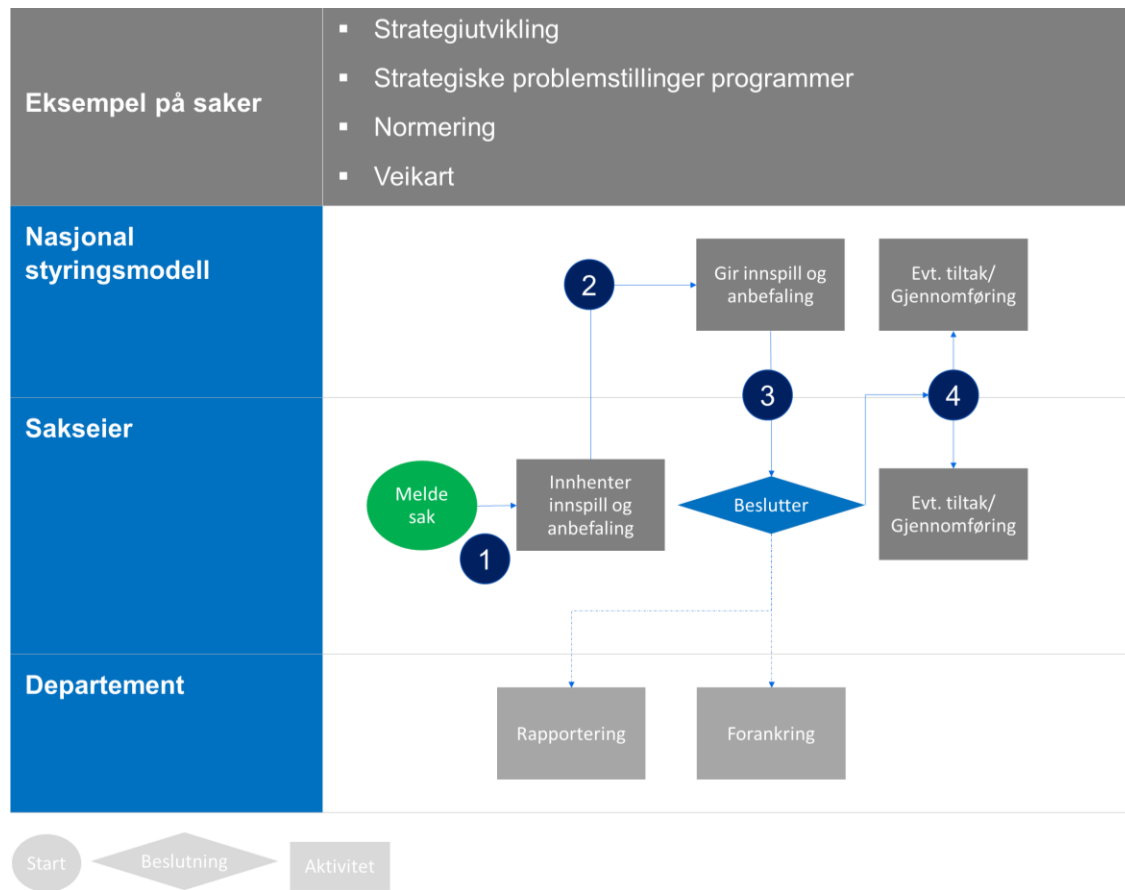
3.5 Tydeliggjøring av saksgang for utvalgte sakstyper

I evalueringen av styringsmodellen kom det frem at det er utydelig hvem som tar den endelige beslutningen i de ulike sakene som behandles i utvalgsmøtene og hva som er videre saksgang. Et tiltak for å møte denne utfordringen er at sekretariatet vil sikre at saksunderlagene der dette er hensiktsmessig, skal beskrive videre saksbehandlingsprosess.

Nasjonal styringsmodell behandler flere typer saker, og spesifikk sakstype avgjør videre saksgang. I det følgende gis det en kort beskrivelse av utvalgte forenklede saksprosesser mellom nasjonal styringsmodell, sakseier og departement.

Det er i denne beskrivelsen fremstilt hovedprosesser for to sakstyper; sakstyper hvor endelig beslutning fattes av sakseier og sakstyper hvor endelig beslutning fattes av aktuelt departement. Sakseier eller tiltakseier kan eksempelvis være regionale helseforetak, KS, kommuner, direktoratet med flere.

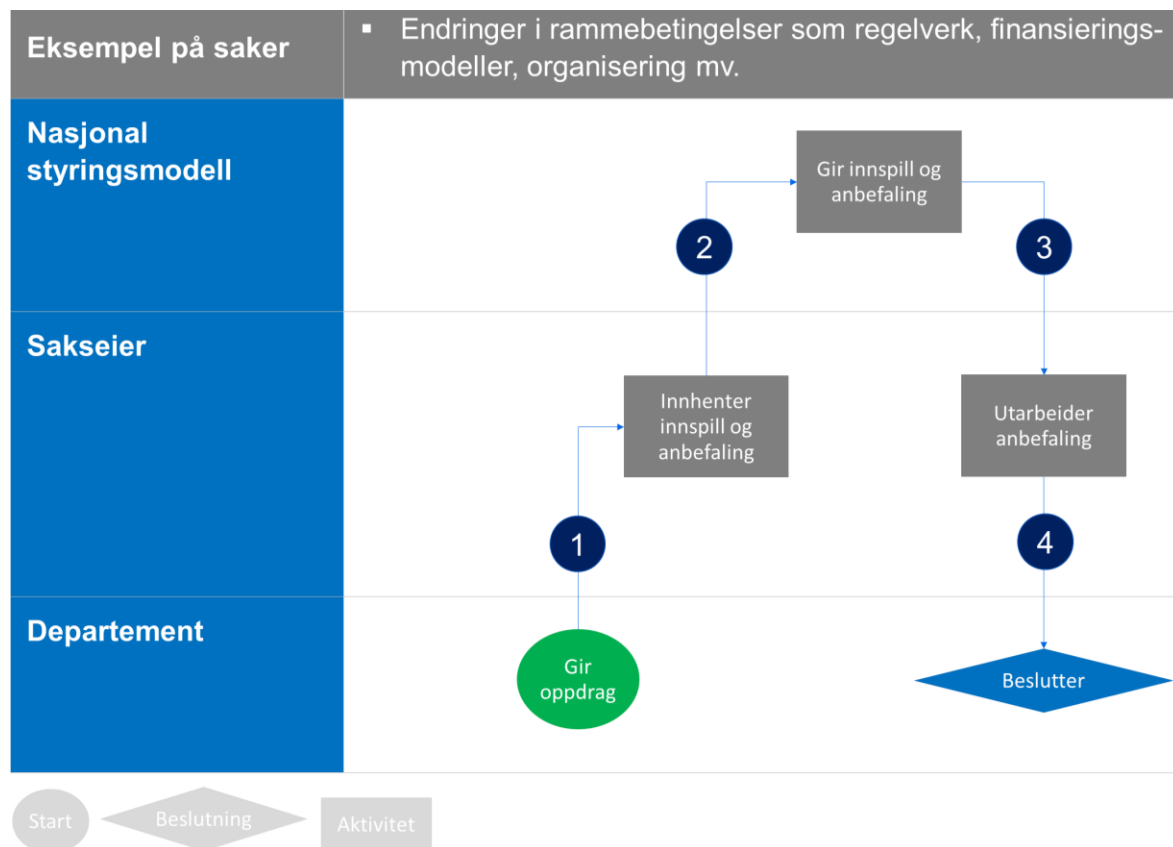
Figur 3 fremstiller utvalgte sakstyper hvor det er behov for innspill og anbefaling fra nasjonal styringsmodell og hvor endelig beslutning fortrinnsvis fattes av sakseier. Dette kan også omfatte sakstyper hvor sakens beslutning enten forankres eller rapporteres til aktuelt departement.



Figur 3 Forenklet skisse som viser saksprosesser mellom nasjonal styringsmodell, sakseier og departement

I saker som eksempelvis omfatter *strategiutvikling, strategiske problemstillinger i programmer, normering eller veikart* ønsker sakseier innspill og anbefaling fra utvalgene i nasjonal styringsmodell. Sakseier vil da ta høyde for innhentet anbefaling fra styringsmodellen, og legger dette til grunn for endelig beslutning. I denne typen saksprosesser vil det i tillegg ligge et ansvar hos sakseier og sektor relatert til gjennomføring av tiltak som følge av endelig beslutning. I enkelte tilfeller kan eksempelvis sakseier opplyse utvalgene i nasjonal styringsmodell om at hvis sektor samles om en felles anbefaling i saken, vil dette kunne legge føringer for vedtaket og endelig beslutning som sakseier konkluderer med i saken.

Figur 4 fremstiller utvalgte sakstyper hvor det er behov for innspill og anbefaling fra nasjonal styringsmodell og hvor endelig beslutning fattes av aktuelt departement.



Figur 4 Forenklet skisse som viser saksprosesser mellom nasjonal styringsmodell, sakseier og departement

I slike tilfeller benytter sakseier nasjonal styringsmodell for å innhente innspill og anbefaling i utredningsarbeidet, før sakseier sammenfatter sine endelige anbefalinger og overleverer rapport eller beslutningsgrunnlag til aktuelt departement.

Departementet vil ikke alltid være øverste organ for beslutning. Noen saker vil kreve behandling i konsultasjonsordningen, regjeringen eller Stortinget.

Når det gjelder den *nasjonale e-helseporteføljen* er det Direktoratet for e-helse som legger frem sakene, men porteføljen har mange tiltakseiere og det er et felles ansvar å redusere risiko i porteføljen. De ulike porteføljestyrene hos aktørene vedtar sine porteføljer, og styringsmodellen drøfter helheten med vekt på avhengigheter, forutsetninger og hvordan man kan unngå overlappende tiltak samt mangler i porteføljen. Tilsvarende gjelder for veikartet som er en felles plan for videreutvikling og innføring av e-hesløsninger. De fleste medlemmene i styringsmodellen har et delansvar for å realisere planen. Drøftinger i denne typen saker vil normalt omhandle tidsplan, finansiering, tilrettelegging, avhengighet og risiko. Når nye versjoner av veikartet foreligger skal det drøftes med fokus på prioritering av de ulike målene.

3.6 Tydeliggjøring av sammenhengen mellom nasjonal styringsmodell og andre styrer og utvalg

Områdeutvalgene ble foreslått etablert for å understøtte den nasjonale styringsmodellen. Områdeutvalg digital samhandling¹² ble etablert i februar 2020. Det er ikke etablert flere områdeutvalg etter dette. Områdeutvalg digital samhandling er nå programstyre for Program digital samhandling. Medlemmene har selv foreslått at områdeutvalget legges ned, og at kun programstyret opprettholdes. Direktoratet ønsker fortsatt å kunne etablere uformelle fagnettverk etter behov, men uten at de er knyttet til nasjonal styringsmodell slik områdeutvalget var. Eksempler på denne type faglige arenaer er Nasjonal arena for fag- og interesseorganisasjoner (NAFI) og EPJ-leverandørarena.

Teknisk beregningsutvalg¹³ for nasjonale e-helseløsninger er nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Teknisk beregningsutvalg skal bidra til transparens og best mulig tallgrunnlag for å beregne betalingen for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, e-resept, hels norge.no og helsenettet. Utvalget skal ha representasjon fra aktører som betaler for nasjonale e-helseløsninger. Utvalget skal gjennom arbeidet med å vurdere og kvalitetssikre tallmaterialet, bidra til at aktørene i helse- og omsorgssektoren får innflytelse over kostnadsutviklingen og til størst mulig grad av konsensus om nivå på og fordeling av kostnadene. Teknisk beregningsutvalg kommer i tillegg til og supplerer den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Sektorens forslag til prioriteringer skal foregå gjennom den nasjonale styringsmodellen, mens beregningsutvalget vil vurdere og kvalitetssikre kostnader knyttet til forvaltning og drift av disse prioriteringene.

Som en oppfølging av endringer i pasientjournalloven som ble vedtatt av Stortinget 17. desember 2021, jf. Prop. 3 L (2021-2022), ble også teknisk beregningsutvalg fastsatt i forskriften, jf. *Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger*, § 18¹⁴.

Program- og prosjektstyrer er den primære styringslinje for programmer og prosjekter.

Programmer og prosjekter av nasjonal betydning rapporteres inn i den nasjonale e-helseporteføljen. De fleste av aktørene i styringsmodellen har eierskap til programmer eller prosjekter i den nasjonale e-helseporteføljen.

Den nasjonal e-helseportefølje gir styringsmodellen en mulighet til å få en oversikt over hva som foregår på nasjonalt nivå, samt ta tak i utfordringer, for eksempel grunnet avhengigheter. Rapporteringen til nasjonal e-helseportefølje kommer i tillegg til programmene eller prosjektenes styringslinje, og skal sikre koordinering og samordning av alle sentrale tiltak i helse- og omsorgssektoren.

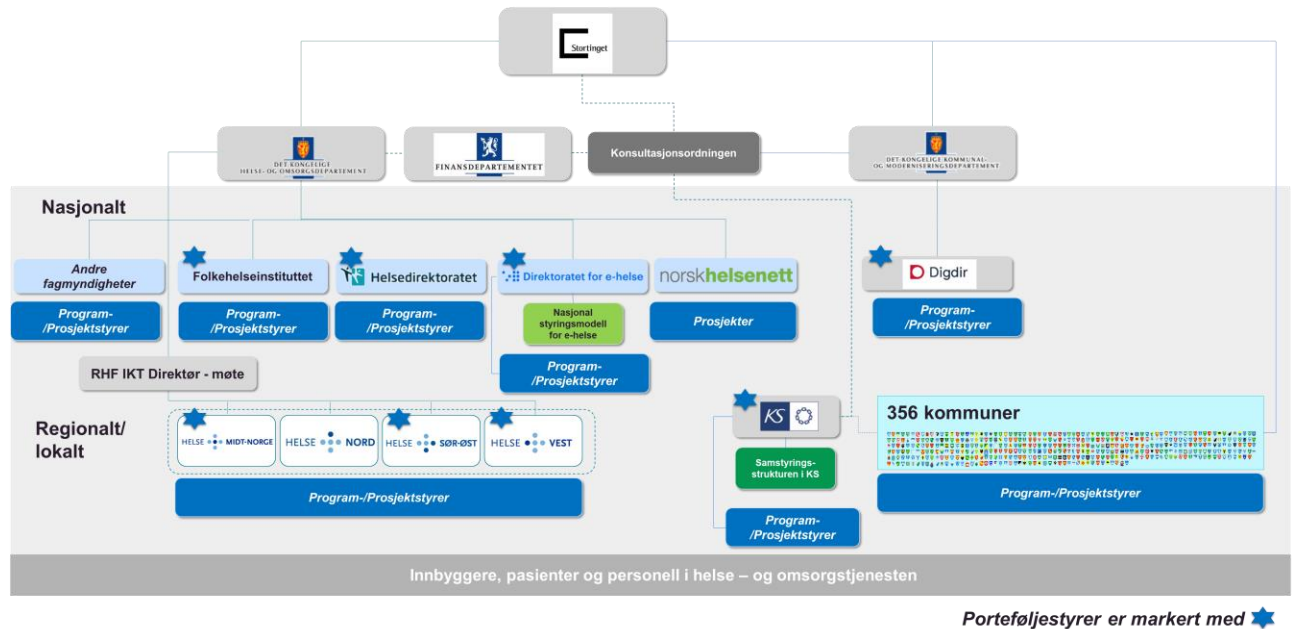
De fleste prosjektene i nasjonal e-helseportefølje følger Prosjektveiviseren. Prosjektveiviseren anbefaler at det for hvert program/prosjekt etableres et program-/prosjektstyre, som støtter program-/prosjekteier i utøvelsen av eierrollen. Program-/prosjekteier er ansvarlig for at programmets/prosjektets mål blir nådd innenfor de rammene som er gitt i prosjektbegrunnelsen. Program-/prosjektstyret er overordnet ansvarlig for prosjektets suksess eller fiasko gjennom rådgivning til eier. I en del tilfeller finnes det også et porteføljestyre for virksomheten som følger opp totalen av programmer og prosjekter som prosjekteiers organisasjon har ansvaret for. Porteføljestyret beslutter oppstart av prosjekter

¹² <https://ehelse.no/styrer-og-utvalg/omradeutvalg-digital-samhandling>

¹³ <https://ehelse.no/styrer-og-utvalg/teknisk-beregningsutvalg-for-nasjonale-e-helselosninger>

¹⁴ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-07-01-853?q=e-hesel%C3%B8sninger>

og programmer, følger opp og iverksetter aksjoner ved avvik i programmene/prosjektene. Dette gjelder også for programmer og prosjekter som eies av Direktoratet for e-helse. Det vil altså til enhver tid være en rekke program- og prosjektstyrer knyttet til nasjonal e-helseportefølje. Figur 5 illustrerer dagens styringslinjer i helse – og omsorgssektoren, inkludert program-, prosjekt- og porteføljestyrer.



Porteføljestyrer er markert med ★

Figur 5 Styringslinjer i helse - og omsorgssektoren inkludert program-, - og prosjektstyrer

Det vil være problemstillinger av strategisk eller prinsipiell karakter som vil ha påvirkning utover det ene programmet eller prosjektet, som bør behandles i styringsmodellen. Et eksempel på en slik problemstilling er spørsmålet om arkitekturprinsippet «sentral lagring» som er aktualisert gjennom program digital samhandling. En anbefaling om et slikt prinsipp vil være førende også for andre tiltak på e-helseområdet og går derfor utover programstyrets mandat. Det må derfor drøftes i nasjonal styringsmodell og ikke bare i programstyret.

Det er viktig at programmer og prosjekter så tidlig som mulig identifiserer potensielle problemstillinger, spesielt de som krever at sektor forplikter seg. Dette for å gi rom til forankring i nasjonal styringsmodell, men også sikre at nasjonal styringsmodell har mulighet til reell innflytelse.

Styringsmodell og brukerinnflytelse helsedata

For å sikre tverrsektoriell forankring og samarbeid i den videre utviklingen av økosystemet for helseanalyse, vil det etableres en modell for styring og brukerinnflytelse med representasjon fra bruker- og dataleverandørsiden, både på strategisk og operativt nivå. Denne kommer i tillegg til Nasjonal styringsmodell for e-helse, ettersom representasjonen bare delvis er overlappende mellom de to modellene.

Helsedatarådet vil få innflytelse i overordnede prioriteringer og valg som gjøres i den videre utviklingen av Helsedataservice og Helseanalyseplattformen etter programperioden.

Brukerrådet skal sikre at brukerne kan bidra til å identifisere behov og gi innspill på innretting av tjenestene i økosystemet.

I tillegg til Helsedatarådet og brukerrådet er det etablert en samarbeidsarena for operativ samordning for å sikre best mulig tjenesteleveranser til brukerne, HDS-samarbeidet. Dette er

et samarbeid mellom registerforvalterne og andre dataleverandører som har data på Helseanalyseplattformen, Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett. De regionale helseforetakene er representert i dette fora gjennom sin rolle som dataleverandør av data fra de medisinske kvalitetsregistrene.

4 Reviderte mandater

4.1 Nasjonalt e-helseråd (E-helserådet)

Formål

Nasjonalt e-helseråd skal gi råd om strategiske veivalg på e-helseområdet, og anbefale prioritering og gjennomføring av tiltak for en helhetlig e-helseutvikling med effektiv utnyttelse av ressursene.

Oppgaver og ansvar

Nasjonalt e-helseråd skal:

- Drøfte og gi anbefaling til endringer i rammebetingelser som regelverk, finansieringsmodeller, organisering mv.
- Anbefale nasjonal e-helsestrategi, tilhørende handlingsplaner/veikart og nasjonal e-helseportefølje
- Drøfte og gi anbefaling knyttet til strategiske planer eller prioritering og gjennomføring av strategiske e-helsetiltak
- Drøfte og gi anbefaling til problemstillinger av strategisk eller prinsipiell karakter for utvalgte nasjonale programmer/prosjekter
- Drøfte og gi anbefaling om investeringer og tiltak i nasjonal e-helseportefølje, som medfører økte drift- og forvaltningskostnader
- Behandle vekst i kostnader til forvaltning og drift som er en konsekvens av investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje, jf. Prop. 3 L (2021-2022) vedtak 88.

Alle aktører som er representert i styringsmodellen kan bringe inn sine strategiske e-helsesaker til E-helserådet.

Medlemmene skal representere sin virksomhet i møtene. Medlemmene fra kommunene representerer kommunal sektor. Alle medlemmer har et ansvar for å informere og forankre Nasjonalt e-helseråds anbefalinger og råd i egen virksomhet eller kommunal sektor.

I tillegg til å representere egen virksomhet, skal medlemmene bidra med et helhetsperspektiv på e-helseutviklingen.

Det forventes at virksomhetenes/aktørenes representanter er koordinert på tvers av Nasjonalt e-helseråd, NUIT og NUFA.

Nasjonalt e-helseråd vedtar mandat for NUIT og NUFA. Direktoratet for e-helse vedtar mandat for Nasjonalt e-helseråd.

Sammensetning

De respektive virksomhetene møter med sine toppledere. Kommunal sektor møter med representanter for administrativ toppledelse.

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

KS utpeker representanter fra KS og kommuner.

Representanten utpekt av Legeforeningen skal være fastlege.

Direktoratet for e-helse utpeker leder for Nasjonalt e-helseråd.

Følgende er representert i Nasjonalt e-helseråd:

- Kommuner (fire medlemmer)
- KS (ett medlem)
- De regionale helseforetakene (fire medlemmer)
- Helsedirektoratet (ett medlem)
- Folkehelseinstituttet (ett medlem)
- Direktoratet for e-helse (ett medlem)
- Digitaliseringsdirektoratet (ett medlem)
- Pasient- og brukerforeninger (to medlemmer)
- Legeforeningen (en fastlege)
- Norsk Sykepleierforbund (ett medlem)
- Norsk helsenett SF (ett medlem)

Direktoratet for e-helse har ansvar for en hensiktsmessig sammensetning av utvalgene, og sikrer i dialog med medlemmer i utvalgene en løpende vurdering av dette.

Sekretariat og møteplan

Direktoratet for e-helse har sekretariatsfunksjonen for Nasjonalt e-helseråd, NUIT og NUFA.

Nasjonalt e-helseråd skal normalt avholde fire møter hvert år.

Sekretariatsfunksjonen har ansvar for å utvikle et felles årshjul for de nasjonale utvalgene i god tid før inngangen til et nytt år.

Funksjonstid

Toppledere er medlemmer i perioden de er ledere for de respektive virksomheter eller i kommunene.

Funksjonstid som leder av Nasjonalt e-helseråd er i utgangspunktet 2 år, men kan forlenges.

Mandatet og sammensetning for Nasjonalt e-helseråd bør evalueres jevnlig, samt ved vesentlige endringer i styring eller organisering av e-helsefeltet.

4.2 Prioriteringsutvalget (NUIT)

Formål

NUIT skal gi råd om prioriteringer, følge opp gjennomføring av nasjonal e-helseportefølje og veikart, og anbefale strategiske tema til Nasjonalt e-helseråd.

Oppgaver og ansvar

NUIT skal:

- Gi råd om prioritering av nasjonale e-helsetiltak
- Følge opp gjennomføring av nasjonal e-helseportefølje og veikart, og anbefale risikoreduserende tiltak
- Anbefale strategiske tema til Nasjonalt e-helseråd, og foreslå strategiske saker fra sektor, som skal behandles i styringsmodellen. NUIT skal som hovedregel i forkant behandle saker som skal til Nasjonalt e-helseråd
- Gi råd om problemstillinger av strategisk eller prinsipiell karakter for utvalgte nasjonale programmer/prosjekter
- Gi råd om investeringer og tiltak i nasjonal e-helseportefølje som medfører økte drift- og forvaltningskostnader
- Behandle vekst i kostnader til forvaltning og drift som er en konsekvens av investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje, jf. Prop. 3 L (2021-2022) vedtak 88.

Medlemmene skal representere sin virksomhet i møtene. Medlemmene fra kommunene representerer kommunal sektor. Alle medlemmer har et ansvar for å informere og forankre NUITs anbefalinger og råd i egen virksomhet eller kommunal sektor.

I tillegg til å representere egen virksomhet, skal medlemmene bidra med et helhetsperspektiv på e-helseutviklingen.

Det forventes at virksomhetenes/aktørenes representanter er koordinert på tvers av Nasjonalt e-helseråd, NUIT og NUFA.

Sammensetning

De respektive virksomhetene møter med medlemmer som har god innsikt i egen virksomhets portefølje og sektorens samlede behov for e-helseutvikling.

Representantene bør komme fra både IKT- og helsefagsiden, og de bør ha lederansvar.

KS utpeker representanter fra KS og kommuner.

Representanten utpekt av Legeforeningen skal være fastlege.

NUIT ledes av direktør for Direktoratet for e-helse.

Følgende er representert i NUIT:

- Kommuner (seks medlemmer)
- KS (to medlemmer)

- De regionale helseforetakene (fire medlemmer)
- Helsedirektoratet (ett medlem)
- Folkehelseinstituttet (ett medlem)
- Direktoratet for e-helse (ett medlem)
- Pasient- og brukerforeninger (ett medlem)
- Legeforeningen (en fastlege)
- Norsk Sykepleierforbund (ett medlem)
- Apotekforeningen (ett medlem)
- Norsk helsenett SF (ett medlem)

Direktoratet for e-helse har ansvar for en hensiktsmessig sammensetning av utvalgene, og sikrer i dialog med medlemmer i utvalgene en løpende vurdering av dette.

Sekretariat og møteplan

Direktoratet for e-helse har sekretariatsfunksjonen for Nasjonalt e-helseråd, NUIT og NUFA.

NUIT skal normalt avholde fire møter hvert år.

Sekretariatsfunksjonen har ansvar for å utvikle et felles årshjul for de nasjonale utvalgene i god tid før inngangen til et nytt år.

Funksjonstid

Funksjonstid er i utgangspunktet to år, men kan forlenges.

Mandat og sammensetning for NUIT bør evalueres jevnlig, samt ved vesentlige endringer i styring eller organisering av e-helsefeltet.

4.3 Fagutvalget (NUFA)

Formål

NUFA skal gi råd og anbefalinger om helsefaglige behov og arkitekturvalg på e-helseområdet.

Oppgaver og ansvar

NUFA skal:

- Gi råd vedrørende sentrale faglige problemstillinger innen helsefag og arkitektur
- Gi råd om nasjonal arkitekturstyring og rammer
- Synliggjøre behov og anbefale nye normerende produkter om standarder, kodeverk, terminologi, arkitektur, informasjonssikkerhet mv., samt gi råd i relevante problemstillinger knyttet til disse

Medlemmene skal representere sin kompetanse og sin virksomhet, og har et ansvar for å informere og forankre NUFAs anbefalinger og råd i egen virksomhet.

Medlemmene fra kommunene representerer sin kompetanse og kommunal sektor.

Det forventes at virksomhetenes/aktørenes representanter er koordinert på tvers av Nasjonalt e-helseråd, NUIT og NUFA.

Sammensetning

NUFA skal ha representasjon fra både helsefag- og arkitektursiden.

Medlemmene fra helsefagsiden må ha kunnskap om utfordringer, problemstillinger og muligheter knyttet til digitalisering i egen virksomhet eller kommunal sektor, og nødvendig samhandling med andre aktører.

Medlemmene fra arkitektursiden må ha god kunnskap om IKT-arkitektur (prinsipper og løsninger) på nasjonalt nivå og for helse- og omsorgssektoren.

KS utpeker representanter fra KS og kommuner.

NUFA ledes av Direktoratet for e-helse.

Følgende er representert i NUFA:

- Kommuner (seks medlemmer)
- KS (ett medlem)
- De regionale helseforetakene (åtte medlemmer)
- Helsedirektoratet (to medlemmer)
- Folkehelseinstituttet (to medlemmer)
- Direktoratet for e-helse (ett medlem)
- Digitaliseringsdirektoratet (ett medlem)
- Pasient- og brukerforeninger (to medlemmer)
- Legeforeningen (en fastlege)
- Norsk Sykepleierforbund (ett medlem)

- Apotekforeningen (ett medlem)
- Norsk helsenett SF (ett medlem)
- Forskningsmiljø (to medlemmer)

Direktoratet for e-helse har ansvar for en hensiktsmessig sammensetning av utvalgene, og sikrer i dialog med medlemmer i utvalgene en løpende vurdering av dette.

Sekretariat og møteplan

Direktoratet for e-helse har sekretariatsfunksjonen for Nasjonalt e-helseråd, NUIT og NUFA.

NUFA skal normalt avholde fire møter hvert år.

Sekretariatsfunksjonen har ansvar for å utvikle et felles årshjul for de nasjonale utvalgene i god tid før inngangen til et nytt år.

Funksjonstid

Funksjonstid for NUFA er i utgangspunktet to år, men kan forlenges.

Mandat og sammensetning for NUFA bør evalueres jevnlig, samt ved vesentlige endringer i styring eller organisering av e-helsefeltet.

5 Vedlegg 1 - Føringer og rammebetingelser

Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022¹⁵ er gjennom tilslutning i den nasjonale styringsmodellen for e-helse etablert som en felles strategi for helse- og omsorgssektoren og tar utgangspunkt i målbildet for e-helseutviklingen som ble formulert i Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*. Nødvendige helseopplysninger skal følge pasienten gjennom hele pasientforløpet og stortingsmeldingen setter tre overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning

Stortingsmeldingen beskriver også behovet for sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren. Et grunnleggende prinsipp for realisering av e-helsepolitikken er at det som kan bli løst nasjonalt, skal løses nasjonalt.

Nasjonal e-helsestrategi (2017-2022) sin strategiske retning er beskrevet med utgangspunkt i seks strategiske områder:

- Digitalisering av arbeidsprosesser
- Bedre sammenheng i pasientforløp
- Bedre bruk av helsedata
- Helsehjelp på nye måter
- Felles grunnmur for digitale tjenester
- Nasjonal styring og økt gjennomføringsevne

Det strategiske området *Nasjonalt styring og økt gjennomføringsevne* er en grunnleggende forutsetning for at helse- og omsorgssektoren kan lykkes med digitalisering. I dette ligger at målet om en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste forutsetter økt nasjonal koordinering, felles prioritering og felles innsats fra alle involverte.

Det er en pågående prosess med å oppdatere og aktualisere den nasjonale e-helsestrategien. Her er det kartlagt hvilke stortingsmeldinger og nasjonale strategier fra perioden etter 2017 og som er førende dokumenter for digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren. Aktørene selv trekker frem *Nasjonalt helse- og sykehusplan 2020-2023* og *Én digital offentlig sektor: Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019-2025* som viktige førende dokumenter.

¹⁵ <https://www.ehelse.no/strategi/nasjonalt-e-helsestrategi>

I **Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 (Meld. St. 7 (2019–2020))**¹⁶ oppstilles to overordnede grep for digitaliseringen:

- Tydeligere mål for digitaliseringen. Verdien av digitaliseringen ligger i hva den kan bety for tilbudet til pasientene. I planen presenterer regjeringen et målbilde for pasientbehandlingen de neste årene. Dette målbildet skal være førende for gjennomføring av digitaliseringstiltak.
- Tydeligere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen. Regjeringen vil ta større ansvar for å sette retning og rammer for IKT-utviklingen – både gjennom styring av etater og helseregioner, samarbeid med kommunesektoren, bruk av regulering og helsefaglig normering, og budsjettforslag. Det betyr ikke at alt skal bestemmes nasjonalt, men at rammen for det lokale handlingsrommet og oppdraget til både tjenesten og forvaltningen må bli tydeligere.

Én digital offentlig sektor: Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019-2025¹⁷ gir føringer for digitaliseringsarbeidet i offentlig sektor. Det er første gang at regjeringen og KS (Kommunenes Organisasjon) har gått sammen om en strategi for digitalisering av offentlig sektor. Målet er å få brukerne til å oppleve én digital offentlig sektor. Digitalisering av offentlig sektor skal gi en enklere hverdag for innbyggere, næringsliv og frivillig sektor gjennom bedre tjenester, mer effektiv ressursbruk i offentlige virksomheter og legge til rette for produktivitetsøkning i samfunnet. Hensikten med strategien er å understøtte digital transformasjon i hver enkelt virksomhet, og i offentlig sektor som helhet.

For å oppnå målene som er satt for arbeidet frem til 2025 og understøtte digital transformasjon, fokuserer strategien på noen innsatsområder:

- Brukerne skal settes i sentrum gjennom utvikling av mer sammenhengende tjenester basert på viktige livshendelser
- Offentlig sektor skal samhandle bedre om digitale tjenester og effektivisere ressursbruken gjennom styrket samordning på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer, og systematisk uthenting av gevinster fra digitalisering
- Data skal i større grad deles og gjenbrukes i offentlig sektor, og åpne data skal publiseres for innovasjon og verdiskaping i næringslivet
- Nasjonal digital samhandling og tjenesteutvikling, fellesløsninger og felles arkitekturer, skal etableres i et helhetlig og overordnet styrt og koordinert økosystem
- Samarbeid med privat sektor på digitaliseringsområdet skal styrkes for å oppnå bedre og mer effektive tjenester og for å legge til rette for innovasjon

For å sikre sammenhengende tjenester, økt deling av data og økt bruk av felles IT-løsninger, må samhandling og samordning på tvers av sektorer og mellom statlig og kommunal sektor, styrkes. Regjeringen har som mål å legge opp til en mer systematisk uthenting av gevinster fra digitalisering.

Det kan være krevende å få til sammenhengende tjenester i en sektorstyrt offentlig sektor. En sektorinndelt statlig forvaltning tydeliggjør ansvar og er i mange tilfeller funksjonell og effektiv, men kan gjøre oppgaveløsning på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer

¹⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>

¹⁷ <https://www.regjeringen.no/no/tema/statlig-forvaltning/ikt-politikk/digitaliseringsstrategi-for-offentlig-sektor/id2612415/>

utfordrende. Kommuner og fylkeskommuner tilbyr tjenester til innbyggere, frivillige organisasjoner og næringsliv innenfor en rekke områder. Kommunal sektor har derfor ofte behov for tverrsektoriell samhandling både mellom fagområder og med staten på digitaliseringsområdet, samt at statlige løsninger også dekker kommunale behov. Kommunal sektor opplever det som en utfordring i digitaliseringsarbeidet at staten er sektorisert og lite koordinert. På sin side opplever statlige virksomheter at kommunal sektor kan være for lite samordnet og for lite digitalisert.

For å få til utvikling av sammenhengende tjenester, må statlig og kommunal sektor samarbeide på nye og mer forpliktende måter. Strategien viser til at det bør derfor utvikles samarbeidsmodeller for digitaliseringsarbeidet i offentlig sektor som sikrer samordning og samhandling på tvers av og innenfor sektorer og forvaltningsnivåer. Modellen skal gi kommunal sektor tilstrekkelig innflytelse i det nasjonale digitaliseringsarbeidet, og benevnes derfor også som *samstyring*, uten at dette røkkes ved de grunnleggende prinsippene for styring og oppgavefordeling i offentlig forvaltning.

Følgende prinsipper skal ligge til grunn for en slik modell:

- *Likeverdighet og innflytelse*: Styringsmodellen må bidra til å gi partene reell medinnflytelse. Representasjon i råd og utvalg der samstyring foregår, må legge grunnlag for likeverdig og balansert medvirkning og påvirkning.
- *Representativitet*: Kommunesektorens representanter i statlige råd og utvalg må oppnevnes og delta på vegne av en samlet sektor. KS oppnevner kommunesektorens representanter. Tilsvarende vil statlige virksomheter oppnevne egne representanter til utvalg og råd.
- *Tidlig involvering*: De utvalgene og rådene der samstyring foregår, må involveres så tidlig som mulig i relevante nasjonale saker som berører deres mandat eller ansvarsområde.

Strategien viser til at erfaring fra samarbeid mellom statlig og kommunal sektor på e-helseområdet kan danne grunnlag for gode samarbeidsmodeller. Samarbeidet mellom kommunesektoren og staten er styrket på digitaliseringsområdet gjennom etablering av Nasjonalt e-helsestyre og underliggende fag- og prioriteringsutvalg. Det er fortsatt nødvendig med mer og bedre samordning, og samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene i stat og kommune. Et viktig eksempel er behovet for bedre tilgang til pasientinformasjon.

Handlingsplan for digitalisering av offentlig sektor¹⁸ er en oppfølging av digitaliseringsstrategien. Planen skal gi status på hvordan stat og kommune skal jobbe mot 2025 for å skape én digital offentlig sektor og lage sammenhengende tjenester som løser brukernes behov. Flere av initiativene under innsatsområdet *Styring og samordning for en mer sammenhengende offentlig sektor* har blitt ferdigstilt. I september 2020 signerte KS' styreleder og distrikts- og digitaliseringsministeren en samarbeidsavtale^{19 20}, der formålet er å jobbe mer sammen om å løse felles utfordringer, og å sikre at stat og kommune er likeverdige parter.

¹⁸ <https://www.digdir.no/handlingsplanen/handlingsplan-digitalisering-av-offentlig-sektor/1229>

¹⁹ <https://www.ks.no/pressemeldinger/einige-om-felles-digitale-ambisjonar-for-offentleg-sektor2/>

²⁰ [Samarbeidsavtale-mellom-kmd-og-ks-om-digitalisering---ks_kmd-040920-endelig-versjon.pdf \(regjeringen.no\)](#)

KS sin rolle

På Landstinget i februar 2020²¹ ble KS gitt en tydelig rolle og oppdrag med å sikre samordning og økt gjennomføringskraft i digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor.

Landstinget vedtok at KS skal:

1. Ivareta og videreutvikle samordnings- og samstyringsstrukturen for digitalisering og smart bruk av teknologi i kommunal sektor i samarbeid med regionale digitaliseringsnettverk.
2. Representere sektoren og dens interesser overfor staten og andre nasjonale aktører, og oppnevne sektorens representanter til råd, utvalg og nasjonale prosjekter innen digitalisering.
3. 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.
4. I samspill med medlemmene være en pådriver for utvikling av digitaliseringsvennlig regelverk og premissleverandør for utvikling av felles standarder og virksomhetsarkitektur for kommunal sektor.

Det er økt bevissthet i kommunal sektor om at nøkkelen til å lykkes med den digitale transformasjonen er mer samarbeid og samordning på flere nivåer. Det gjelder både mellom det offentlige og det private, mellom staten og kommunal sektor og innad i kommunal sektor. Kommuner og fylkeskommuner har ment at KS har en naturlig rolle i dette arbeidet. Det er noe av bakgrunnen for at Landstinget har gitt KS en tydeligere rolle og et oppdrag med å samordne digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor.

Konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS er en formalisert arena for dialog og samhandling om statlige rammer og måloppnåelse innen kommunesektoren.

Regjeringen vil i samarbeid med KS utarbeide retningslinjer med felles prinsipper for når og hvordan kommunal sektor skal involveres i statlige beslutninger som omhandler digitalisering og som berører kommunesektoren. Regjeringen vil videre etablere arenaer innenfor konsultasjonsordningen for å følge opp digitaliseringstiltak som berører kommunal sektor, inkludert tiltak i digitaliseringsstrategien.

Det ble i 2021 inngått en samarbeidsavtale mellom departementet og KS om innføring av nasjonale e-helseløsninger i kommunene. Avtalen varforankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren og i oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan

²¹ <https://www.ks.no/om-ks/hva-gjor-vi/ks-toppmoter/landstinget-2020/landstinget-gir-ks-en-tydelig-rolle-i-arbeidet-med-digitalisering/>

(2020)²². Også for 2022 er det inngått en samarbeidsavtale om innføring av nasjonale e-helseløsninger^{23 24}.

FNs bærekraftsmål²⁵ er verdens felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030. FNs bærekraftsmål består totalt av 17 mål, og 169 delmål – som til sammen skal fungere som en felles global retning for nasjoner, næringsliv og sivilsamfunn (særlig mål nr. 17 om samarbeid for å nå målene, inkl. bruk av virkemidler). Samarbeid, FNs bærekraftsmål #17, er helt nødvendig for å oppnå en mer bærekraftig helsetjeneste. I en økende digitalisert hverdag blir samhandlingsplattformer essensielt for å oppnå et godt samarbeid, og Direktoratet for e-helse kan potensielt være en nøkkelspiller i realiseringen av dette. Regjeringen har bestemt at bærekraftsmålene skal være det politiske hovedsporet for å ta tak i de samfunnsmessige utfordringene vi står ovenfor, både nasjonalt og globalt.

²²https://www.regjeringen.no/contentassets/5c5380ee35c1449fb61ad681668425d0/nr_4_2020_avtale_om_innforing-av-nasjonale-e-helselosninger-i-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste.pdf

²³ <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/digitalisering-i-helse-og-omsorgsektoren-e-helse/samarbeidsavtale-om-innforing-av-nasjonale-e-helselosninger/>

²⁴

<https://www.ks.no/contentassets/da9ee8d6b8794a65ba11e58bafa044dc/Samarbeidsavtale-HOD-og-KS-om-innforing-av-nasjonale-e-helselosninger-til-signering-13-1-2022-002-.pdf>

²⁵ <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>

6 Vedlegg 2 - Kunnskapsgrunnlag

Videreutviklingen av nasjonal styringsmodell for e-helse må forstås på bakgrunn av kunnskap om styring og samarbeid i offentlig forvaltning og ny kunnskap på området. Hvordan samordning og koordinering kan skje på tvers av styringslinjer blir også drøftet i andre bransjer og i andre nordiske land. I det følgende gis det beskrivelse av aktuelle kilder.

Moderne styring innebærer et søk etter balanse mellom hva som skal tilbys og oppnås innenfor offentlig sektor, privat sektor og sivil sektor. Når offentlig sektor i økende grad stilles overfor komplekse samfunnsutfordringer, kommer tradisjonelle strukturer og innarbeidede måter å tenke og arbeide på til kort. OECD-rapporten *Helse i det 21. århundre (2020)* bekrefter dette og peker på at helse- og omsorgssektoren ligger bak andre sektorer og bransjer i å utnytte potensialet i elektroniske data og digital teknologi. Det forklares med at etablerte strukturer som lover, organisering, finansierings- og styringsmodeller ikke er tilpasset en digital virkelighet. OECD anbefaler fundamentale endringer og politiske beslutninger.

*Ny syntese*²⁶ er et felles rammeverk for å mestre komplekse samfunnsutfordringer som bygger bro mellom tradisjonelle og nye arbeidsmåter, dyder og styringslogikk tilpasset utfordringene forvaltningen står ovenfor i dag og i fremtiden. Moderne styring innebærer et søk etter balanse mellom hva som skal tilbys og oppnås innenfor offentlig sektor, privat sektor og sivil sektor. Det nye synteserammeverket er satt sammen av fire interagerende dimensjoner der forvaltning, samfunn og borgere samhandler som en del av et felles og dynamisk system for moderne styring.

Ny e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren

Digital transformasjon må til for å skape bærekraftige og gode helse- og omsorgstjenester med utgangspunkt i innbyggernes og tjenestenes behov, roller og ansvar. Det må i større grad tenkes på tvers av tjenestenivåer og samarbeidsformer må endres.

I den pågående prosessen med å oppdatere og aktualisere den nasjonale e-helsestrategien utvikles et kunnskapsgrunnlag som skal ligge til grunn for strategiutviklingen. Foreløpige resultater fra nåsituasjonsanalysen og samtaler med aktører i sektoren indikerer at en til dels fragmentert beslutningsstruktur gjør koordinering og gjennomføring av digitale tiltak krevende. Analysen indikerer også at regelverket ikke støtter digital transformasjon og at det er utfordrende å samles om felles retning. Svakhetene er nødvendig å forbedre og redusere konsekvenser av ved hjelp av strukturelle virkemiddelgrep.

Videre viser analysen at eksisterende nasjonale e-helsestrategi 2017-2022 som ble utviklet i samarbeid med sentrale aktører i helse- og omsorgssektoren i 2016/2017 og som ble tilsluttet av Nasjonalt e-helsestyre, ikke har blitt godt nok utnyttet som et virkemiddel. Eksisterende e-helsestrategi skulle være helse- og omsorgssektorens felles strategi for IKT og digitalisering, som angir målene for digitalisering i sektoren og som sikrer at dette bidrar til realisering av overordnede helse- og omsorgspolitiske mål. Analysene indikerer at eksisterende e-helsestrategi brukes og refereres til i liten grad og at den i dag i liten grad påvirker strategiske prioriteringer og valg. Oppfølging av strategien oppleves som reaktiv.

²⁶ <https://dfo.no/fagomrader/etats-og-virksomhetsstyring/samordning/ny-syntese>

Det mangler en god og tydelig sammenheng mellom nasjonal e-helsestrategi og de nasjonale utvalgene i styringsmodellen.

Direktoratet for e-helse har nylig, på oppdrag fra Helse – og omsorgsdepartementet, gjennomført en overordnet kartlegging av hvordan andre nordiske land (DK, SE, FI) har organisert seg innen virkemiddelbruk på e-helseområdet. I kartleggingen ble det trukket frem noen punkter på strukturelle virkemiddelgrep som vi kan ta med til læring. Kartleggingen viser blant annet til at det er generelt mer politisk involvering på operativt nivå i våre naboland, at det er etablert felles kommunal innkjøpsfunksjon og felles enheter eid av stat, regioner og kommuner som utvikler og forvalter standarder. Videre har de etablert forpliktende forhandlinger og avtaler mellom stat, regioner og kommuner mfl. Det er viktig å understreke at disse virkemiddelgrep ser ut til å ha positiv effekt i det enkelte land under de gjeldende rammer og omstendigheter. Overførbarhet av strukturelle virkemiddelgrep til norske forhold var ikke en del av denne kartleggingen.

I arbeidet mot ny e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren vil det være essensielt å adressere funn fra analysene og trekke frem læring fra nordiske land. Videre utvikling av den nasjonale styringsmodellen blir viktig for utvikling og oppfølging av nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektor fra 2023. I digital transformasjon av e-helseområdet blir dette påpekt som et viktig virkemiddel. Nasjonal styringsmodell vil dermed ha en større og mer fremtredende rolle i oppfølging av ny e-helsestrategi, spesielt Nasjonalt e-helsestyre.

Forskning om samstyring i e-helse

I Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) gjennomføres en studie om Samstyring i e-helse: modeller og strategier for å realisere helsepolitiske mål. Artikkelen *Elaborating Models of eHealth Governance: Qualitative Systematic Review* inngår i denne studien. Det identifiseres fire ulike styringsmodeller knyttet til e-helse 1) *Top-down - The political model* hvor styring utøves gjennom ulike strategier for å understøtte overordnede helsepolitiske mål og innovasjon. Styringen utøves ved å etablere finansieringsordninger, infrastrukturer, standarder og lover. For bedre måloppnåelse gjennom sterkere lederskap anbefales det å involvere interessenter i nasjonale «Health IT boards». 2) *Bottom-up - The medical-governance model* hvor styring utøves i og av e-helsemiljøer basert på bevis og tillit. 3) *The Internet and global business model* hvor internasjonale forretningsaktører dominerer e-helsestyring og utfordrer nasjonalstatenes juridiske myndighet. Her argumenteres det for handling fra globale helsemyndigheter. 4) *The Self-governance model* hvor styring er preget av skiftende, dynamiske spenninger mellom styring og kontroll av individet og i hvilken grad den enkelte innbygger tar i bruk e-helseløsninger. Disse fire styringsmodellene interagerer og gjensidig påvirker hverandre. Det er avgjørende med kollektive forhandlinger mellom nasjonalstater, globale politiske aktører, medisinske og selvstyrte aktører og globale næringslivsaktører for å nå helsepolitiske mål på e-helseområdet.

Dette bakgrunnsteppet bekrefter det utfordrende landskapet nasjonal styringsmodell skal videreutvikles i og at styringsmodellen representerer et av flere strukturelle virkemiddelgrep på e-helseområdet. Forskning viser at Top-down styring som beskrevet i The political model, er styring som utøves gjennom ulike strategier for å understøtte overordnede helsepolitiske mål og innovasjon. For å oppnå bedre måloppnåelse gjennom sterkere lederskap anbefales det å involvere interessenter, nasjonale «Health IT boards», uten at det er tydeliggjort hvordan slike utvalg best skal utvikles. I tillegg er det avgjørende med kollektive forhandlinger mellom nasjonalstater, globale politiske aktører, medisinske og selvstyrte aktører og globale næringslivsaktører for å nå helsepolitiske mål på e-helseområdet.