

Ekstra møte i Nasjonalt e-helsestyre	
Møte	2/2021
Dato	6. mai 2021
Tid	Kl. 13.00 – 15.30
Sted	Videomøte
Medlemmer	Inger Cathrine Bryne (Helse Vest RHF) Bjørn-Atle Hansen (Alta kommune) Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Kjell Wolff (Bergen kommune) Cecilie Daae (Helse Nord RHF) Lilly Ann Elvestad (FFO) Cathrine Lofthus (Helse Sør-Øst RHF) Mina Gerhardsen (Nasjonalforeningen for folkehelsen) Karl Vestli (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)
Observatører	Johan Ronæs (Norsk Helsenett SF)

Sak	Agenda Nasjonalt e-helsestyre	Tidspunkt	Sakstype
9/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden	13:00	Godkjenning
10/21	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helsestyre 18. mars 2021	13:03	Godkjenning
11/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse	13:05	Orientering
12/21	Målbilde og gjennomføringsstrategi for helhetlig samhandling – forprosjekt i program digital samhandling	13:20	Drøfting
13/21	Nasjonalt e-helsestyre – mulighet for stedfortreder, forslag til midlertidig løsning	14:50	Tilslutning
14/21	Eventuelt	15:20	

Sak	Tema	Sakstype
9/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden.	
10/21	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helsestyre 16. desember 2020	Godkjenning
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner referatet fra møtet 18. mars 2021.	Vedlegg 1: Referat fra Nasjonalt e-helsestyre 18. mars 2021
11/21	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"> Ny direktør i Direktoratet for e-helse Prosess knyttet til etterlevelse- og forvaltningsrevisjon av Riksrevisjonen Status møter om styringsmodellen 	Vedlegg 2: Topppnotat Orientering fra Direktoratet for e-helse
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar sakene til orientering.	
12/21	Målbilde og gjennomføringsstrategi for helhetlig samhandling – forprosjekt i program digital samhandling	Drøfting
	Direktoratet for e-helse vil orientere Nasjonalt e-helsestyre om bakgrunnen for og innhold i programmets målbilde for samhandling,	Vedlegg 3: Topppnotat Målbilde

	og hvordan dette henger samme med målene i veikart for nasjonale e-hesløløsninger 2021-2025. I saken er det ønske om å drøfte tilnærming for involvering og samarbeid med aktørene i sektor.	og gjennomføringsstrategi for helhetlig samhandling
	Forslag til vedtak:	
13/21	Nasjonalt e-helsestyre – mulighet for stedfortreder, forslag til midlertidig løsning	Tilslutning
	Direktoratet for e-helse legger frem forslag om at medlemmene i Nasjonalt e-helsestyre ved behov kan stille med fast stedfortreder med talerett i møtene. Det foreslås at dette er en midlertidig ordning frem til reviderte mandat for utvalgene i nasjonal styringsmodell legges frem for tilslutning og drøfting høsten 2021.	Vedlegg 4: Toppnotat Nasjonalt e-helsestyre – mulighet for stedfortreder
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre gir sin tilslutning til at medlemmene i Nasjonalt e-helsestyre ved behov kan stille med faste stedfortredere med talerett i møtene. Ordningen gjelder frem til reviderte mandat for utvalgene i nasjonal styringsmodell legges frem for tilslutning og drøfting høsten 2021.	
14/21	Eventuelt	

Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre

<i>Møte</i>	1/2021	
<i>Dato</i>	18. mars 2021	
<i>Tid</i>	Kl. 10.00 – 12.30	
<i>Sted</i>	Videomøte	
Medlemmer		
<i>Til stede</i>	Inger Cathrine Bryne (Helse Vest RHF) Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Karl Stener Vestli (Direktoratet for e-helse) Jan Arild Lyngstad (Helsedirektoratet) Gun Peggy Knudsen (Folkehelseinstituttet) Kristin W. Wieland (KS) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Bjørn-Atle Hansen (Alta kommune) Kjell Wolff (Bergen kommune)	Lilly Ann Elvestad (FFO) Mina Gerhardsen (Nasjonalforeningen for folkehelsen) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Steffen Sutorius (Digitaliseringsdirektoratet) Lill Sverresdatter Larsen (Norsk Sykepleierforbund)
<i>Ikke til stede</i>	Cecilie Daae (Helse Nord RHF) Cathrine M. Lofthus (Helse Sør-Øst RHF)	Svein Lyngroth (Oslo kommune)
<i>Stedfortreder</i>	Bjørn Nilsen for Cecilie Daae (deltok ikke på sak 7/21) Rune Simensen for Cathrine M. Lofthus	Richard Åstrand for Svein Lyngroth
<i>Observatører</i>	Johan Ronæs (Norsk Helsenet SF)	
<i>Direktoratet for e-helse</i>	Jon Helge Andersen Hans Løwe Larsen Siv Ingebrigtsen	Sonja Turøy Brugman Vibeke Jonassen Wang Tone Haadem Titland

Sak	Agenda Nasjonalt e-helsestyre	Sakstype
1/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
2/21	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helsestyre 16. desember 2020	Godkjenning
3/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
4/21	Porteføljestyling 2.0: Kriterier for tiltak av nasjonal betydning	Tilslutning
5/21	Nasjonal e-helseportefølje – status og planer	Orientering
6/21	Program Helhetlig samhandling – steg 1	Drøfting
7/21	Plan for internasjonale standarder 2021-2024	Orientering
8/21	Eventuelt	

Sak	Tema
1/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden
	På grunn av at mange medlemmer har sentrale roller i håndteringen av pandemisituasjonen, ble det i dette møtet åpnet opp for at stedfortredere som medlemmene har utpekt på forhånd kan stille med talerett i Nasjonalt e-helsestyre.
	Det er en tilbakevendende problemstilling det er viktig å få avklart. Direktoratet vil i forbindelse med det pågående arbeidet med videreutvikling av styringsmodellen, legge denne problemstilling frem til drøfting for Nasjonalt e-helsestyre.
	Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden.
2/21	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helsestyre 16. desember 2020
	Det kom to innspill til referatet:

	<ul style="list-style-type: none"> - Tilstedeværelse; i stedet for å skrive tidspunktene medlemmene deltok i møte, bør det fremkomme hvilke saker medlemmene ikke var til stede på Direktoratet for e-helse tar det med seg videre. - Sak 38/20 Schrems II, siste avsnitt. Det kom spørsmål om den tverretatlige koordineringen skulle skje sammen med Digitaliseringsdirektoratet og ikke Helsedirektoratet. Ved gjennomgang av notater fra møte, ble det konstatert at det ikke var feil. Helsedirektoratet hadde et ønske om koordinering mellom Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Dette kommer ikke tydelig frem i referatet. Referatet fra 16. desember 2021 blir oppdatert med følgende tekst: <p style="margin-left: 40px;">Helsedirektoratet gav innspill om at det er behov for en felles fortolkning av dommen, og en felles forståelse for hvordan man kan tilnærme seg problemstillingen. Direktoratet for e-helse informerte om at de er i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende dette. Dommen får konsekvenser for flere sektorer. Det er Datatilsynet som er fagmiljøet for problemstillingen. Direktoratet for e-helse går gjerne i dialog med Helsedirektoratet for å se hvordan Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse kan samarbeide rundt dette temaet.</p>
	Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner referatet fra møtet 16. desember 2020.
3/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse
	Direktoratet for e-helse orienterte Nasjonalt e-helsestyre om status på følgende saker: <p>Tildelingsbrev: Videreutvikling av nasjonal styringsmodell Det ble gitt innspill om at det er viktig at man ser på hvordan den helhetlige styringen skal være, og at det ses i sammenheng med hele styringsregimet inklusiv Helse- og omsorgsdepartementet sin rolle. Direktoratet for e-helse kommenterte at det er en viktig avgrensning for hva dette skal svare ut.</p> <p>Tildelingsbrev: Strategi for digital sikkerhet Folkehelseinstituttet ønsker å bli involvert i dette arbeidet. Direktoratet for e-helse vil følge dette opp. Videre ble det kommentert at det for kommunal sektor er viktig med en helhetlig strategi for digital sikkerhet. Digitaliseringsdirektoratet har et særlig ansvar for å sikre dette og bør involveres i arbeidet. Direktoratet tar med dette innspillet for sikre at det ikke lages sprikende sikkerhetsstrategier.</p> <p>Normerende retningslinje for SNOMED CT Det ble uttrykt ønske om å få innsyn i innspillsvarene som er gitt. Videre ble det kommentert viktigheten i at dette blir en normgivende retningslinjer. Helse Midt-Norge har investert mye i dette arbeidet gjennom Helseplattformen og ønsker tidlig involvering av RHF-ene i det videre arbeidet med SNOMED CT. Direktoratet vil følge opp disse innspillene.</p> <p>Samarbeid Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF Direktoratet for e-helse svarte bekreftende på spørsmål om rolledokumentet som skal leveres til Helse- og omsorgsdepartementet vil være offentlig og dermed gjøres tilgjengelig for Nasjonalt e-helsestyre.</p> <p>TEHDAS – Towards the European Health Data Space Lenke til søknadsskjema for deltakelse ble sendt til medlemmene etter møtet.</p>
	Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar sakene til orientering.
4/21	Porteføljestyling 2.0: Kriterier for tiltak av nasjonal betydning

	<p>Direktoratet for e-helse orienterte om justert forslag til kriterier for innmelding av tiltak av nasjonal betydning. De foreslåtte kriteriene anbefales testet ut før de tas i bruk. Direktoratet for e-helse ba derfor om tilslutning til at utprøving av disse kriteriene kan starte opp i 2. kvartal 2021.</p> <p>I møtet ble det gitt bred støtte til at utprøving av disse kriteriene kan starte opp i 2. kvartal 2021. Direktoratet for e-helse har som mål at innmeldingen til nasjonal e-helseportefølje skal oppleves som nyttig og hjelpe oss i å nå målene i Nasjonal e-helsestrategi.</p> <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det ble spurt om tiltak/prosjekt i regi av helsefelleskapet vil oppfylle kriterie 2. Direktoratet for e-helse svarte at helsefelleskap går på tvers av styringslinjene og skal i utgangspunktet være med. Det forventes mange gode initiativ gjennom arbeidet med helsefelleskap. Direktoratet vil i utprøvingen av kriteriene sammen aktørene drøfte hva som er hensiktsmessig å innlemme i nasjonal e-helseportefølje. - Det ble spurt om det kun er e-helserelaterte deler at prosjekter og programmet som skal meldes inn i nasjonal e-helseportefølje. Direktoratet svarte at dersom prosjektet/programmet er organisert på en måte som gjør det mulig, så kan det være en løsning, men at det ikke er et krav. - Det ble spurt om justerte kriterier vil gi konkrete eller prinsipielle realitetsendringer i nasjonal e-helseporteføljen. Direktoratet svarte at utprøvingen vil gi svar på det spørsmålet. <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - For at nasjonal e-helseportefølje skal bidra til å gi oversikt over hva som vil treffe sektoren, bør listen for å komme inn i porteføljen ikke legges for høyt. Begrunnelsen for dette er at også mindre tiltak kan få store konsekvenser for aktørene. - Det er viktig at hovedfokuset i arbeidet er å se alle tiltak i sammenheng. - Det er ønskelig med tett dialog med aktørene og at Nasjonalt e-helsestyre involveres i evaluering av utprøvingen. - Det er viktig at kriteriene er så tydelige at det er lett å forstå hva som faller innenfor og utenfor porteføljen. - Det ble kommentert at kriteriene gir rom for tolkning. Eksempelvis kan man med foreslåtte kriterier tolke at helseregisterfeltet er definert ut av nasjonal e-helseportefølje. Direktoratet for e-helse svarte bekreftende på spørsmål om hvorvidt helseregisterfeltet er tenkt inn i porteføljen.
	<p>Vedtak: 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.</p>
5/21	Nasjonal e-helseportefølje – status og planer
	<p>Direktoratet for e-helse orienterte om status på nasjonal e-helseportefølje og utvalgte utfordringer i porteføljen.</p> <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det ble spurt om hvordan pasient- og brukerorganisasjonene vil bli involvert i det videre arbeidet med Akson. KS svarte at det er viktig de blir involvert og at de vil bli invitert inn i arbeidet. <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I forbindelse med digital behandlings- og egenbehandlingsplan ble det presisert at det er viktig at dette ikke bli et nytt registreringskrav for helsepersonell, men integrert som del av dokumentasjonen i EPJ-løsningene. Her er arbeidet med standardisering av språk viktig.

	<p>Det ble også nevnt at ved digital behandlings- og egenbehandlingsplan er viktig å se dette i sammenheng med bruk og utrulling av velferdsteknologi i kommunene.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det er ønskelig med mer informasjon rundt Nasjonalt e-helsestyre sin rolle i oppfølgingen av Program Helhetlig samhandling og Akson nå som Nasjonalt e-helsestyre sin rolle som styringsgruppe opphører ved etableringen av Akson AS. - Nasjonalt e-helsestyre ønsker at man i arbeidet med utfordringer og risiko i nasjonal e-helseportefølje også legger frem informasjon om tiltak for å følge disse opp. Det vil gjøre det lettere å stille seg bak tiltakene.
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar status for nasjonal e-helseportefølje til orientering. Nasjonalt e-helsestyre ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
6/21	Program Helhetlig samhandling – steg 1
	<p>Direktoratet for e-helse presenterte oppdrag og innretning av program Helhetlig samhandling, herunder prosjekt, leveranser og organisering. Nasjonalt e-helsestyre ble bedt om å tilslutte seg gjennomføringsmodell samt foreløpige planer for prosjektene.</p> <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det ble spurt om en oppsummering av innspill som ble gitt og dialogen inn mot Helse- og omsorgsdepartementet, hvor direktoratet svarte at det pågår prosess for alle innspillene som er gitt, herunder organisering og styring og KS2-regimet. For sistnevnte vises det for øvrig også til dialog med Finansdepartementet. - Det ble spurt om fordeling av tildelte midler innenfor programmets rammer i 2021. Direktoratet svarte at 2/3 av midlene er fordelt til TAG og NILAR mens resterende midler er fordelt til Forprosjekt helhetlig samhandling. - Det ble påpekt at Steg 1 består av flere konkrete leveranser som er godt koordinert opp mot veikartet, og det ble spurt om det er vurdert hvorvidt programmet kan realisere mer enn det som ligger i TAG og NILAR. Direktoratet bekreftet at NHN gjøre en re-estimering av underlaget som ble gjennomgått av ekstern kvalitetssikrer, og som vil gi svar på hvilket mulighetsrom som foreligger. - Det ble spurt om en begrunnelse for at det i NILAR er beskrevet sentral lagring av bilde- og svarrapporter. Direktoratet svarte at NHN har ansvaret for teknisk realisering. - Involvering av alle aktører er et viktig suksesskriterie for leveransene i programmet. Det ble spurt om direktoratet kan si noe om hvilke risiko som er vurdert knyttet til dette. Direktoratet svarte at de opplever at aktørene er interesserte og positive til å bidra, og at dette er en av de viktigste kriteriene, men også den mest krevende. Programmet jobber med å sikre en god balanse mellom fremdrift og tilstrekkelig involvering. - Det fremstår uklart om behovene knyttet til digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner ligger til grunn for det som presenteres, hvor direktoratet bekreftet at disse behovene inngår, og videre at de behov som dette arbeidet identifiserer vil inngå i målbildet til helhetlig samhandling og framtidige leveranser. - Det vises til en stegvis utvikling av løsninger, og hvilke risiko som er vurdert opp mot å realisere det endelige målbildet for programmet. Direktoratet svarte at mye av risikoen er knyttet til finansiering av stegene, og at dette følges tett opp i programmet. Det er en risiko knyttet til at en stegvis utvikling er avhengig av at sektoren er klar til å ta løsningen i bruk fortløpende, dette er viktig og krevende å følge opp. - Det uttales at det er kommet mange gode digitale løsninger det siste året som har gitt store gevinster i helsetjenesten som mangler API-er, og det ble i møtet gitt støtte til at API-management inngår i planene. - NAV er en stor samarbeidsaktør som har mange digitaliseringsinitiativ opp mot helsetjenesten. Direktoratet bekreftet at programmet har dialog med NAV. Direktoratet orienterte om at NAV vil presentere et arbeid som gjelder informasjonsutveksling med helsetjenesten i NUFA senere i år. <p>Følgende innspill tas med i det videre arbeidet i programmet:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Det er ønskelig at programmet utarbeider en oversikt over hvem som deltar i ulike arbeids-, referanse- og prosjektgrupper slik at aktørene kan sikre innspill på de riktige arenaene. Programmet vil effektivere dette innspillet. - Direktoratet har forespurt brukerrepresentasjon om deltagelse i arbeids- og referansegrupper, men brukerorganisasjonene har behov for dialog for å sikre en god representasjon inn i hele programstrukturen. Direktoratet vil invitere til møte for å drøfte hensiktsmessig deltagelse. - Kommunesektoren har behov for løsninger for utprøving og testing av samhandlingsutfordringer mot spesialisthelsetjeneste, men også mellom kommuner. De ønsker å bidra i leveransene fremover. Programmet tar dette innspillet med seg. - Det vises til aktivitet på flere sammenfallende arenaer om tilstøtende problemstillinger, og det bes om at dette koordineres. Programmet tar med seg innspillet videre. <p>Direktoratet informerte om at det er ønskelig å vie ekstra møte i Nasjonalt e-helsestyre 6. mai til drøfting av sentrale problemstillinger i Program helhetlig samhandling.</p>
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre drøfter saken og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
7/21	Plan for internasjonale standarder 2021-2024
	<p>Direktoratet for e-helse orienterte om plan for internasjonale standarder som skal ferdigstilles og leveres til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. april 2021.</p> <p>Den kom ingen innspill i møtet.</p>
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering. Direktoratet for e-helse tar med innspill framkommet i møtet i det videre arbeidet med planen for internasjonale standarder.</p>
8/21	Eventuelt
	<p>Følgende sak ble meldt innledningsvis i møtet:</p> <p>Beredskapsvurdering knyttet til vaksiner av befolkningen. I forbindelse med innkalling til vaksiner er det logistiske utfordringer knyttet til manglende oppmøte. Kommunene har ulik praksis for oppfølging av dette og vurderer selv hvordan løsninger som er tilrettelagt for dette benyttes. Det er ønskelig med en felles nasjonal standardisert løsning og bruk tilpasset befolkningens ulike forutsetninger for å følge opp og forstå informasjon som sendes dem. Dette er spesielt en utfordring når de eldre i samfunnet er prioritert først for vaksiner.</p> <p>Direktoratet for e-helse informerte om at det er laget løsninger innkalling til vaksiner både i Helsenorge og i fastlegesystemene. Det er den enkelte kommune og fastlegekontor som vurderer om de vil bruke disse løsningene. KS/kommunal sektor påpekte at det har skjedd mye bra for å understøtte pandemien, og at kommuner har gjort en god jobb med smittesporing og nå vaksiner.</p>

Til Møte 2/21
Dato 06.05.2021
Saksnummer 11/21
Type Orientering

Fra Karl Vestli
Saksbehandler Sonja Turøy Brugman

Orientering fra Direktoratet for e-helse

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.

Hensikt med saken

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

- Ny direktør i Direktoratet for e-helse
- Prosess knyttet til etterlevelse- og forvaltningsrevisjon av Riksrevisjonen
- Status møter om styringsmodellen

Bakgrunn

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

Ny direktør i Direktoratet for e-helse

Mariann Hornnes blir ny direktør for Direktoratet for e-helse. Hun er åremålsbeskikket for en periode på seks år. Mariann Hornnes starter opp i stillingen senest 1. juli 2021. For mer informasjon, se nyhetsartikkel på ehelse.no: <https://ehelse.no/aktuelt/mariann-hornnes-er-ny-direktor-i-direktoratet-for-e-helse>

Prosess knyttet til etterlevelse- og forvaltningsrevisjon av Riksrevisjonen

Riksrevisjonen har flere pågående revisjoner hvor Direktoratet for e-helse er underlagt revisjon:

1. Etterlevelsesrevisjon: Anskaffelser av konsulenttenester i Direktoratet for e-helse
2. Forvaltningsrevisjon: Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med én innbygger – én journal

Riksrevisjonen oversendte Helse- og omsorgsdepartementet 26. mars rapportutkast for ovennevnte revisjoner. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt om innspill, og Direktoratet for e-helse har gitt sine kommentarer og innspill til utkast til rapporter, hhv for etterlevelserevisjon og forvaltningsrevisjon. Dato for offentliggjøring av rapportene er satt til 29. juni.

Status møter om styringsmodellen

Direktoratet for e-helse har i tildelingsbrev for 2021 fått i oppdrag å levere forslag til hvordan den nasjonale styringsmodellen for e-helse kan videreutvikles for å ivareta helhetlig og i størst mulig grad forpliktende e-helseutvikling. I løpet av april vil alle medlemmene i nasjonalt e-helsestyre ha et eget dialogmøte med direktoratet for å gi sine synspunkter på behov, muligheter og utfordringer ved den nasjonale styringsmodellen. Temaene i møtene varierer noe fra møte til møte, men alle møtene drøfter utfordringer knyttet til samstyring og tilslutning, samt sammensetning og gjennomføring av utvalgsmøtene. Referatene fra møtene godkjennes av møtedeltakerne og vil bli distribuert til medlemmene i nasjonalt e-helsestyre etter at alle møtene har vært avholdt. Referatene vil være viktig underlag for det videre arbeidet med videreutviklingen av styringsmodellen.

Til Møte 2/21
Dato 06.05.2021
Saksnummer 12/21
Type Drøfting

Fra Hans Löwe Larsen
Saksbehandler Hallvard Lærum, Kristian Berg Roksvaag
og Jarle Boland (innleid)

Målbilde og gjennomføringsstrategi for helhetlig samhandling - forprosjekt i program digital samhandling

Forslag til vedtak:

Nasjonalt e-helsestyre drøfter saken og ber prosjektet ta innspill med inn i videre arbeid.

Hensikt med saken

Program digital samhandling (tidligere program helhetlig samhandling¹) ønsker å orientere om bakgrunnen for og innhold i programmets målbilde for samhandling, og hvordan dette henger sammen med målene i veikart for nasjonale e-hesløløsninger 2021-2025. Forprosjekt digital samhandling er ett av tre prosjekter i program digital samhandling. Arbeidet inkluderer en vurdering av gjennomføringsstrategi basert på smidig utvikling og design-to-cost for å sikre prioritering av leveranser som er nødvendig for realisering av målbildet, og som sektor har behov for. Programmet ønsker å drøfte tilnærming for involvering og samarbeid med aktørene i sektor, tilpasset en situasjon hvor tilgang til kompetanse og kapasitet er begrenset.

Bakgrunn

Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å utarbeide et sentralt styringsdokument (SSD) i tråd med Statens prosjektmodell². Dokumentet skal med utgangspunkt i regjeringens konseptvalg i 2018, forprosjektet til Akson, vedtatte politiske meldinger og handlingsplaner, beskrive nasjonale samhandlingsløløsninger i en helhet. Styringsdokumentet skal ferdigstilles innen utgangen av 2021, og før en evt. investeringsbeslutning kan fremmes for Stortinget må det gjennomføres ekstern kvalitetssikring (KS2). Dette er planlagt første kvartal 2022.

Gjennomføring av oppdraget er organisert i program digital samhandling, og det er etablert et forprosjekt med ansvar for å konkretisere målbilde, plan og organisering.

Status i arbeidet

HOD har bedt direktoratet gjennom "konkretisering av oppdrag – oppstart av forprosjekt helhetlig samhandling" om foreløpige vurderinger av utvalgte tema innen 30.april 2021. Programstyret til Program digital samhandling har gitt innspill på at føringer i oppdraget ikke er hensiktsmessige for utvikling av

¹ Program helhetlig samhandling har endret navn til program digital samhandling, jf. beslutning programstyre 23.04.2021

² [Link til beskrivelse av forprosjekt helhetlig samhandling på ehelse.no](#)

helhetlig samhandling i tråd med endringene i helsetjenesten. Dette knytter seg blant annet til bruk av Statens prosjektmodell og KS-ordningen, finansieringsmodell og kostnadsfordeling mellom aktørene og myndighetene.

Forprosjektet har pågående tiltak knyttet til mulighetsrommet i KS-ordningen gjennom erfaringsutveksling med Autosys, NAV og Skatt. Dette arbeidet presenteres programstyret i mai.

Forprosjektet har i dialog med HOD avklart at utarbeidelse av finansieringsmodeller og herunder kostnadsfordeling mellom aktørene tas ut av program digital samhandling og overføres til linjeorganisasjonen i Direktoratet for e-helse. Direktoratet utarbeider finansieringsmodellene som vil ligge til grunn for fremtidige nasjonale e-helse-løsninger. Arbeidet forankres i Nasjonal styringsmodell for e-helse, og planlegges ferdigstilt i 2021. For program digital samhandling innebærer dette at finansieringsmodell velges med bakgrunn i beslutningene i styringsmodellen.

Programstyret har gitt innspill om at fokus for arbeidet i forprosjektet bør være å planlegge realisering av tiltakene som ligger i veikart for nasjonale e-helseløsninger. Forprosjektet har utarbeidet forslag til det videre planarbeidet basert på innspillene, og disse ble presentert for programstyret 23. april. Forprosjektet har også lagt frem arbeidet i NUFA 21.april. Programstyret tilsluttet seg forslaget om å konkretisere neste utviklingssteg av helhetlig samhandling med formål om å understøtte veikartet for nasjonale e-helse-løsninger.

Forprosjektet er i gang med å konkretisere neste utviklingssteg, som et viktig steg mot målbildet for helhetlig samhandling. Denne saken gir en orientering om målbildet for helhetlig samhandling, og fremgangsmåten for å realisere målbildet gjennom prioritering av de tiltak som gir størst verdi for sektor.

Målbilde for samhandling i helse- og omsorgssektoren

I denne delen av saksnotatet beskrives målbildet programmet bygger på, og som programstyret har gitt sin tilslutning til som utgangspunkt for videre arbeid. Behovet for bedre samhandling mellom aktører i helse- og omsorgssektoren er beskrevet blant annet i Meld. St. 9 (2012-2013) En innbygger – en journal og senere i Meld. St. 7 (2019-2020) og Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Utfordringene i dagens samhandling i helse- og omsorgssektoren er altså godt dokumentert. Likevel har det vært nødvendig å konkretisere hva slags informasjon aktørene har behov for å utveksle med hverandre.

Prosess for utarbeiding av målbildet

I arbeidet i konseptvalgutredningen (KVU) for Én innbygger – én journal (2017-2018) og forprosjekt for Akson (2018-2019) ble det gjennomført en omfattende kartlegging av helsepersonell og andre ansattes behov for informasjon i samhandling med andre aktører.

I KVU for Én innbygger – én journal ble det gjennomført arbeidsgruppemøter med til sammen 220 helsepersonell og andre ansatte fra 44 kommuner, hvor behov for samhandling mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og 28 andre aktører ble systematisk gjennomgått. En tilsvarende gjennomgang ble gjort med 36 deltakere fra fire helseforetak i spesialisthelsetjenesten, med fokus på samhandling med kommunal helse- og omsorgstjeneste. Resultatene herfra ble sammenlignet med behov beskrevet i 15 vanlig forekommende innbygger-scenarier for både kommunal helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. (Se Tabell 1 på side 3)

Resultatet var over 1160 behovsbeskrivelser, som viste at mange behov var delt av flere aktører. Behovene ble sammenstilt til 377 adskilte informasjonsbehov og organisert i 26 informasjonstjenester. Dette definerte innholdet i målbildet. I forprosjekt for Akson ble 66 helsepersonell³ bedt om å prioritere mellom disse

³ I gruppen var 23 leger og 28 sykepleiere, 46 var fra kommunal helse- og omsorgstjeneste, 8 var selvstendig næringsdrivende (fastleger) og 9 var fra spesialisthelsetjenesten.

informasjonsbehovene. Det var store likheter i prioritering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste, men også noen ulikheter.

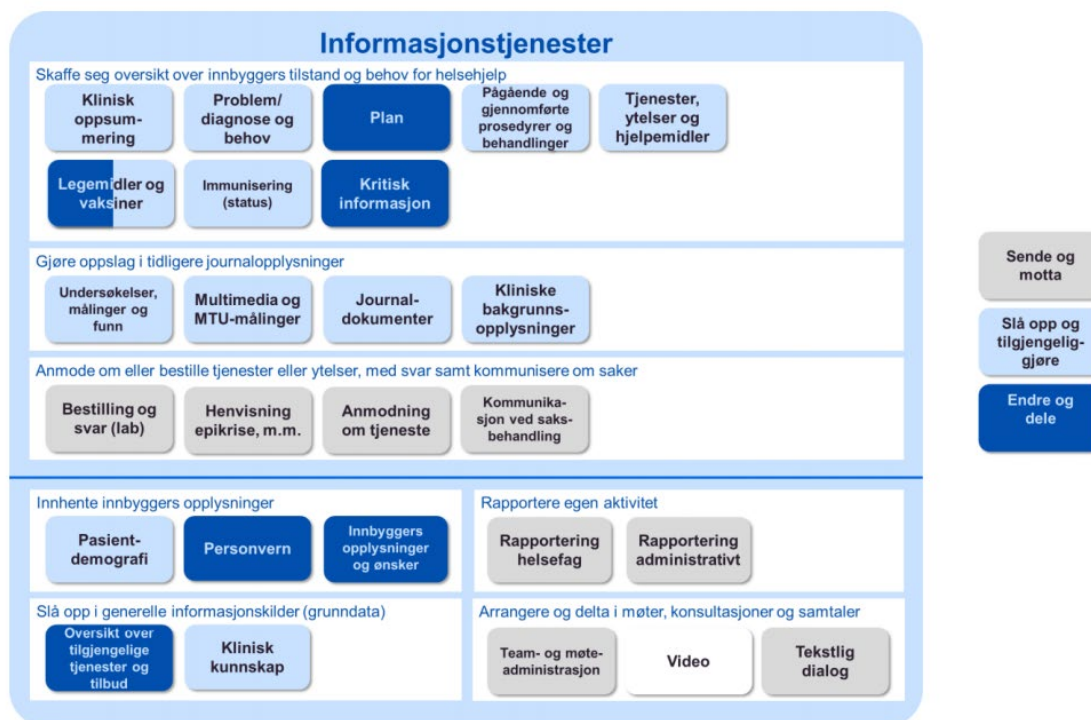
Oppbygging og innhold av målbildet

Målbildet i program digital samhandling er delt inn i syv hovedgrupper, som er beskrevet i Tabell 1.

Hovedgruppe	Informasjonstjenestene i denne gruppen...
Skaffe seg oversikt over innbyggers tilstand og behov for helsehjelp	Presenterer utvalgte og sammenstilte helseopplysninger om innbygger. Der informasjonstjenestene presenterer lister, er de ment å være mest mulig uttømmende for et bestemt spørsmål, for eksempel om hvilke allergier innbygger har, eller hvilke sykdommer innbygger har hatt tidligere.
Gjøre oppslag i tidligere journalopplysninger	Gjør det mulig for helsepersonell å slå opp eksisterende opplysninger fra pasientjournalen hos ulike aktører. Felles for opplysningene er at de er "historiske", dvs. de er allerede tatt hensyn til i oppfølging av innbyggers helsehjelp. Opplysningene kan likevel ha stor nytte i sammenligninger og for å håndtere situasjoner hvor man mangler informasjon.
Anmode om eller bestille tjenester eller ytelser, med svar, samt kommunisere om saker	Formidler anmodninger eller bestillinger av tjenester med svar mellom aktører. Formidlingen kan representere overføring av hele eller deler av ansvar for innbyggers helsehjelp (som ved henvisninger), eller ansvaret kan bevares hos avsender. Hovedhensikten med informasjonstjenestene er å støtte arbeidsprosessen, ikke å formidle historiske data
Innhente innbyggers opplysninger	Tar imot og formidler innbyggers opplysninger, føringer og ønsker for helsehjelpen til aktuelle aktører. Det er en fordel for innbygger å kunne registrere informasjonen ett sted, og la aktørene i helsetjenesten forholde seg til det samme innholdet på samme måte.
Slå opp i generelle informasjonskilder (grunndata)	Formidler informasjon som ikke er helseopplysninger, men som er nyttig i utøvelsen av helsehjelpen.
Rapportere om egen aktivitet	Understøtter formidling av strukturert data til registre med helsefaglige og administrative formål.
Arrangere og delta i møter, konsultasjoner og samtaler	Gir støtte til å planlegge og gjennomføre møter og ha sikker dialog.

Tabell 1 Forklaring av hovedgruppene i målbildet

I hver av disse hovedgruppe finnes 2-8 informasjonstjenester, som er vist i Figur 1 (neste side).



Figur 1 Oversikt over måbilde med infomasjonstjenester

De 26 infomasjonstjenestene er beskrevet nærmere i vedlegg 1. Hver infomasjonstjeneste representerer et utvalg informasjonsbehov, og er har en foretrukket samhandlingsform. Dette er *sende og motta* (tilsvarende meldingsformidling), *slå opp og tilgjengeliggjøre* (tilsvarende dokumentdeling) og *endre og dele* (felles fasit som holdes oppdatert av ulike aktører, f.eks. kritisk informasjon). Enkelte infomasjonstjenester henter informasjon fra andre.

Informasjonsbehovene som er prioritert høyest av helsepersonell er *legemidler i bruk, aktuelle diagnoser og problemstillinger, behandlingsplan, tidligere prøvesvar innen medisinsk biokjemi, og digital dialog mellom helsepersonell*. Se vedlegg på side **Feil! Bokmerke er ikke definert.** for en fullstendig liste.

Om veikart for nasjonale e-helseløsninger

Veikart for nasjonale e-helseløsninger 2021 – 2025 inneholder et situasjonsbilde av de nasjonale e-helseløsningene og inneholder konsepter som skal redusere samhandlingsutfordringen i helse- og omsorgssektoren på kort sikt. Veikartet som ble levert høsten 2020 baserer seg på ca. 20 av de 51 prosjektene som ligger i den nasjonale e-helseporteføljen. Dette inkluderer en angivelse av prosjektene status for finansiering, utvikling og innføring, samt en beskrivelse av eventuell usikkerhet. Prosjektene vil kunne realisere følgende mål når de er fullført:

- Innbygger skal ha mulighet for å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge
- Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens legemiddelliste
- Helsepersonell skal ha tilgang til en oppdatert og autoritativ beskrivelse av kritisk informasjon
- Helsepersonell skal ha tilgang til journaldokumenter uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp
- Helsepersonell skal ha tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt

- Helsepersonell skal ha tilgang på dialogmeldinger og forbedrede henvisninger
- Innbygger skal ha muligheter for digital hjemmeoppfølging

Konseptene som eksisterer i dagens veikart har leveranser som bidrar til å realisere deler av informasjonstjenestene i det funksjonelle målbildet for helhetlig samhandling.

Sammenheng mellom veikart og målbilde

I forprosjektet pågår et arbeid med å koble tiltakene i veikartet til informasjonsbehovene i de 26 informasjonstjenestene i det langsiktige målbildet. Så langt er det funnet at nasjonale samhandlingsløsninger allerede dekker utvalgte informasjonsbehov i 11 informasjonstjenester. Tiltakene i veikartet legger til informasjonsbehov eller forbedrer håndteringen av dem i seks informasjonstjenester, men det er fortsatt høyt prioriterte informasjonsbehov som ikke er dekket i disse informasjonstjenestene. I tillegg er identifisert 14 informasjonstjenester hvor informasjonsbehovene hverken er dekket av nåværende samhandlingsløsninger eller av planlagte tiltak i veikartet.

Prosess for utforming og prioritering av tiltakspakker for samhandling i steg 2 og videre

Forprosjektet har utarbeidet seks mulige tiltakspakker ut fra målene i veikart for nasjonale e-helseløsninger, og tar utgangspunkt i disse (se Tabell 2). Før det er mulig å konkludere med hvilke tiltakspakker som kan inngå i Steg 2, er det behov for å verifisere hva som er det gjenstående behovet for understøttende leveranser for hvert av prosjektene/programmene som skal realisere målene i veikartet. Dette omfatter en konkretisering av innhold i og omfang av hver enkelt tiltakspakke.

Tiltakspakke ut fra veikart	Tiltakseier
Informasjonstjenester og nasjonal infrastruktur for å understøtte at digital hjemmeoppfølging.	Helsedirektoratet/Nasjonalt velferdsteknologi-program
Informasjonstjenester som understøtter at innbyggere og helsepersonell har tilgang til digital behandlings- og egenbehandlingsplan, som kan deles og endres av innbygger og helsepersonell	Helsedirektoratet/Nasjonalt velferdsteknologi-program
Nasjonale komponenter for informasjonsdeling som understøtter pasientens legemiddelliste	Direktoratet for e-helse/ Legemiddelprogrammet
Kjernejournal-API for kritisk informasjon er etablert som hovedformen for å holde kritisk informasjon oppdatert og autoritativ.	Helse Vest RHF
Deling av Journaldokumenter gjennom Kjernejournal er etablert som en samhandlingsform for definerte dokumenttyper nasjonalt.	Helse Sør-Øst RHF
Sikre videre utbredelse og forvaltning av felles språk	Direktoratet for e-helse/ Program kodeverk og teknologi

Tabell 2 Utkast til tiltakspakker utformet ut fra veikart

Tiltakseiere som er identifisert for hver tiltakspakke vil bli invitert til å bistå forprosjektet med denne beskrivelsen innen 2. kvartal 2021. Innholdet i tiltakspakkene må vurderes ut fra formål og organisatorisk, teknisk, juridisk og semantisk samhandlingsevne, samt forhold knyttet til gjennomføringsstrategi. Konseptet helhetlig samhandling består som nevnt av en rekke nasjonale informasjonstjenester, men også av teknisk infrastruktur og komponenter som skal understøtte samhandlingen. For å ivareta helheten må disse tjenestene, infrastrukturen og verktøyene sees i sammenheng. Eventuelle behov knyttet til utvikling/ending av regelverket må også vurderes samlet.

Prinsipper for gjennomføring

Forprosjektet anbefaler at programmet i gjennomføringsfasen styres etter en design-to-cost tilnærming (se vedlegg 2). Realiseringen av helhetlig samhandling kan defineres som et stort IT-/digitaliseringsprosjekt der det er ressursbegrensninger og mange aktører med tilhørende behov for økt kvalitet og effektivitet i tjenestene. Ressursbegrensningene tvinger fram prioriteringer, og dermed også en stram nyttestyring for å sikre at brukerne realiserer gevinster av tiltaket som står i forhold til kostnadene.

Dette kan gi helse- og omsorgsdepartementet større forutsigbarhet mht. budsjettbelastning og kostnadsutviklingen underveis i prosjektgjennomføringen. Det er også mulig å legge inn beslutningspunkter med eierbeslutning og kvalitetssikringer ved endring av veivalg, der nytte og kostnader sees i sammen.

Forprosjektet legger for øvrig følgende prinsipper til grunn for gjennomføringen:

- Stegvis realisering for å redusere risiko og kompleksitet. Hvert enkelt steg bør gi løpende gevinster og positiv netto nåverdi.
- Tydelige eierbeslutninger for hvert steg, der ekstern eller intern kvalitetssikring skal brukes ved vesentlige avvik eller før igangsettingen av et nytt steg.
- De første stegene bør basere seg på tiltak som ligger i veikartet for nasjonale e-helseløsninger og direktoratets eksisterende portefølje
- Mer detaljerte leveransebeskrivelser for steg 2, mens påfølgende steg beskrives på et mer overordnet nivå.
- Kostnadsestimater per steg skal gi styrbare «pakker», som gjør det mulig å styre mot de leveransene som gir mest nytte i forhold til ressursbruken
- Stegene skal realiseres smidig og det legges opp til kontinuerlig læring og utvikling
- Virksomhetene som skal ta i bruk løsningene må ha kapasitet til å implementere den, både teknisk og forretningsmessig

Hvordan skal vi legge til rette for at nødvendig støtte for samhandling utvikles for helse- og omsorgssektoren?

Forprosjektet har etter innspill fra programstyret utarbeidet et forslag til det videre planarbeidet basert på veikartet for nasjonale e-helse-løsninger, og innholdet i forslaget er presentert over. Formålet er å primært konkretisere steg 2, dernest også videre i utviklingen av helhetlig samhandling. Dette må imidlertid skje i tett dialog med helse- og omsorgssektoren, uten å overstige helsesektorens kapasitet for å delta i denne type arbeid, og med en fremdrift møter sektorens forventninger til løsninger på nasjonalt nivå. Forprosjektet vil i møtet med NEHS be om innspill til hvordan en slik dialog bør foregå.

Vedlegg 1 Detaljer om underlaget for målbilde for helhetlig samhandling
Innbygger-scenarier fra KVU (2018-2018) brukt for å bygge opp målbildet

Innbygger-scenarier analysert i KVU 2017-2018
1a: Eldre med helse- og omsorgstjenester i hjemmet
1b: Eldre med helse- og omsorgstjenester på øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)
1c: Eldre med helse- og omsorgstjenester på sykehjem
1d: Eldre med tvungen somatisk helsehjelp (jf. Pasientrettighetsloven § 4A)
2: Barn med forsinket utvikling
3: Pasient med psykisk lidelse og rusavhengighet
4: Innbygger med behov for hjelpemidler
5: Innbygger med psykiske helseproblemer
6: Pasient med kreft
7: Pasient med kronisk sykdom og akutt forverring
8: Barn med senfølger etter trafikkulykke
9a: Frisk gravid som følges opp gjennom svangerskap og fødsel
9b: Friskt barn som følges opp av helsestasjon og skolehelsetjeneste
10: Innbygger med uklare brystmerter
11: Multifunksjonshemmet barn

Informasjonstjenester med beskrivelse

Gruppe	Navn informasjonstjeneste	Beskrivelse	Eksempler
1 Skaffe seg oversikt over innbyggers tilstand og behov for helsehjelp	Klinisk oppsummering	Oppsummert og utvalgt informasjon som beskriver innbyggers behov for helsehjelp her og nå, og hvilken helsehjelp som mottas. Benytter informasjon fra andre tjenester.	Tekstlig oppsummering av innbyggers tilstand og behov for helsehjelp (fra ulike profesjoner), hvor innbygger befinner seg i helsetjenesten, Aktuelle diagnoser og problemstillinger, funksjonsnivå, tidligere sykdommer, tidligere kontakter med helsetjenesten (inkl. PLO logistikkmeldinger).
	Kritisk informasjon	Utvalgt informasjon av særlig betydning for innbyggers utredning og behandling, jfr Kjernejournal. Informasjonen vil ofte kunne medføre behov for unntak fra vanlig utredning og behandling.	Pencillin-allergi, pacemaker, blødersykdom, komplikasjoner ved anestesi, overfølsomhet overfor legemidler eller vaksiner.
	Legemidler og vaksiner	Løpende informasjon om pågående, planlagt og utført behandling med legemidler, inkludert vaksiner, elektrolyttløsninger og parenterale næringsløsninger samt næringsdrikker. Inkluderer administrasjon (utdeling) av legemidler.	Pasientens legemidler i bruk, gitte legemidler, resepter, planlagt legemiddelbehandling

	Immunisering (status)	Oppdatert liste over hvilke infeksjonssykdommer innbygger er immun mot, og hvor lenge beskyttelsen varer.	Har hatt røde hunder, har fått influensavaksine, stivkrampe med beskyttelse i 10 år
	Plan	Sammenstilte opplysninger om fremtidige tiltak som inngår i helsehjelp. Tiltakene kan være overordnede eller detaljerte, og de kan være tidfestede eller ikke. Inkluderer behandlingsplan, betinget tiltaksplan og individuell plan på tvers av aktører, og på et mer detaljert nivå timeavtaler, mål, tiltak, status og ansvarsforhold.	Overordnet plan for kreftbehandling, planlagte konsultasjoner, planlagte tiltak med ansvarlig og status. Innbyggers mål for helsehjelpen.
	Problem, diagnose og behov for helsehjelp	Nåværende og tidligere informasjon om tilstand, diagnose, problem, hendelse eller situasjon som er eller kan medføre helseproblem. Inkluderer tidligere sykdommer og problemliste	diabetes, hjertesvikt, fallrisiko, familiær risiko, ulykke, behov for hjelp til sårstell,
	Pågående og gjennomførte prosedyrer og behandlinger	Beskrivelse av nåværende og tidligere prosedyrer og behandlinger (utenom behandling med legemidler) som utføres på eller med en pasient som en del av helsehjelpen.	Opplæring av pasient, kirurgiske og diagnostiske prosedyrer, fysioterapi
	Tjenester, ytelser og hjelpemidler	Oversikt over nåværende og tidligere kommunale og statlige tjenester og ytelser og hjelpemidler i bruk av innbygger.	Hjemmesykepleie, praktisk bistand, BPA, korttidsopphold sykehjem, hjelpemidler, arbeidsavklaringspenger og andre ytelser (grunnstønad, hjelpestønad, uføretrygd) fra NAV, fallsensor, trygghetsalarm.
2. Gjøre oppslag i tidligere journalopplysninger	Multimedia og MTU-målinger	Råmateriale og fremstillinger fra undersøkelser i form av bilder, video, tidsserier/kurver, målinger fra utstyr m.m.	Røntgenbilder, EKG (måledata), video av gangfunksjon, data fra 24-timersblodtrykk, biometriske data fra avstandsoppfølging, bilde av trykksår.
	Journaldokumenter	Tekstlige eller skannede dokumenter fra pasientjournalen	Tidligere epikriser, journalnotater, interne henvisninger, skannede kurver

3. Anmode om eller bestille tjenester eller ytelser (med svar), samt kommunisere om saker	Kliniske bakgrunnsopplysninger	Opplysninger om pasientens historikk og bakgrunn som er relevant for helsehjelpen	Tobakksbruk, sosialt, risikoatferd, trening og aktivitet, søvn, avføring, vannlating, kosthold, seksualfunksjon, arvelige tilstander i familien
	Undersøkelser, målinger og funn	Informasjon fra ulike undersøkelser for å støtte diagnostisering, følge utvikling, beskrive tilstand og risiko. Undersøkelsene kan være foretatt hos innbygger eller i egne lokaler med eller uten innbygger tilstede, og kan involvere spesialisert teknisk utstyrt. Inkluderer innbyggers egne målinger og registreringer.	laboratoriedata (Hb, CRP, dyrkning av halsprøve med resistenspåvisning, histologi av hudbiopsi), svarrapporter fra radiologiske undersøkelser (rtg thorax, CT caput), kliniske score (MADRS, GCS), genetisk informasjon (CYP-varianter), basale kliniske målinger (BT, puls, pulsoximetri), kliniske funn (ascites, dyspnøe, cyanose)
	Bestilling og svar (lab)	Rekvirering av undersøkelser med svar	Røntgenhenvisning og - svar, labrekvisisjon og - svar, medisinsk biokjemi, mikrobiologi, patologi og genetiske undersøkelser
	Henvisning og epikrise m.m.	Anmodning om vurdering eller behandling, og oppsummert beskrivelse av helsehjelpen og videre plan.	Henvisning til pakkeforløp brystkreft, henvisning til vurdering for hjertesvikt, epikrise etter innleggelse for operasjon, epikrise etter fullført behandling på poliklinikk, innleggelsesrapport (PLO), utskrivningsrapport (PLO) oppsummeringsnotat fra tannlege.
	Anmodning om tjeneste eller ytelse, med svar	En forespørsel/anmodning om å utføre en helsetjeneste eller annen tjeneste eller ytelse, samt beskrivelse av resultatet av forespørselen	Anmodning om kommunale tjenester, hjelpemidler, stønader fra NAV
Kommunikasjon ved saksbehandling	Kommunikasjon mellom ulike aktører i ulike former for saksbehandling, inkludert utlevering av helseopplysninger mellom aktører. Kommunikasjonen inkluderer status for saker, og evt. kontaktperson.	Forespørsel og svar på forespørsel om utlevering av helseopplysninger til barnevernet, søknad om ytelse fra NAV, sykmelding fra fastlege til NAV, klage på tildeling av tjenester, klage på tjenester, behandling av avvik på tvers av organisasjoner,	

4. Innbygger: Innhente innbyggers opplysninger	Pasientdemografi	Utfyllende informasjon om pasienten demografiske opplysninger	behandling av vedtak om tvangsbehandling. Informasjon som ikke finnes i personregisteret, som midlertidig adresse, pårørende, verge og ansvar for barn.
	Personvern	Informasjon om innbyggers reservasjoner, samtykke, sperringer og fullmakter	Ønsker ikke at navngitt helsepersonell skal ha pasientinformasjon, sperring av utvalgte journalnotater (eks. om abort, alkoholforgiftning), fullmakt om at datter har tilgang til pasientinformasjon, samtykke til at utvalgt helsepersonell kan lese journal selv om vedkommende ikke har behandlingsansvar. Preferanse for behandling, personlige hjelpemidler (briller), høreapparat, livssyn
	Innbyggers opplysninger og ønsker	Innbyggers egne opplysninger med føringer, reservasjoner og ønsker for helsehjelpen	
5. Slå opp i generelle informasjonskilder	Klinisk kunnskap	Kunnskap som kan formidles mellom helsepersonell eller til innbygger	Kunnskap overført fra spesialist til fastlege etter utskrivelse, lenke til kunnskapsressurser for innbygger relevant for bestemt tilstand, kriterier for henvisning, brukerveiledning for medisinsk-teknisk utstyr, riktig prøvetakning av lab. undersøkelser
	Oversikt over tilgjengelige tjenester og tilbud	Oversikt over tilgjengelige tjenester og ytelser, og kontaktinformasjon, og lenker til videre informasjon om tjenesten som kapasitet og kvalitetsindikatorer.	Hvilke sykehus og avdelinger som tilbyr hvilke undersøkelser eller operasjoner, tilgjengelige tjenester i kommunen
6. Rapportere egen aktivitet	Rapportering Helsefaglig	Innrapportering til ulike helseregistre	IPLOS/KPR, NPR, Sysvak, Kreftregisteret, MSIS
	Rapportering Administrativt	Rapportering for økonomiske oppgjør og andre administrative arbeidsprosesser.	Anmodning om oppgjør mellom virksomheter
7. Arrangere og delta i møter, konsultasjoner og samtaler	Tekstlig dialog	Asynkron tekstlig kommunikasjon mellom innbygger, helsepersonell og andre brukere	Dialog mellom fastlege og spesialist. Dialog mellom innbygger og fastlege. Dialog mellom hjemmesykepleie og pårørende. Dialog mellom sykepleier på sengepost og hjemmebaserte tjenester under

Video	Understøtte og integrere videokonferanse og synkron dialog med video. Selve videostrømmen foregår i annen løsning enn samhandlingsløsningen.	sykehusopphold (PLO Forespørsel, "dialogmelding"), dialog mellom fysioterapeut i kommune og i spesialist, sykepleier dagenhet spesialist og ansvarlig sykepleier sykehjem. Videokonsultasjon mellom innbygger og fastlege; videokonferanse mellom innbygger, NAV, fastlege og arbeidsgiver, videokonferanse i ansvarsgruppe eller andre team
Team- og møteadministrasjon	Administrasjon av møtevirksomhet mellom aktører som bruker journalløsningen og de som ikke gjør det. I tillegg håndteres opprettelse og oppfølging av team som inkluderer deltakere fra flere aktører.	Møteinnkallinger, deltakelse på møter innenfor og utenfor helsetjenesten med referater.

Oversikt over de høyest prioriterte informasjonsbehovene

Nr	Informasjonsbehov	Informasjonstjeneste	Score (høy score gir høy prioritet)
1	05.20.20.25.10 Legemidler i bruk inkl. plan og historikk	IT03 Legemidler og vaksiner	254
2	05.20.20.10 Aktuelle diagnoser og problemstillinger	IT18 Problem, diagnose og behov for helsehjelp	110
3	20.20 Behandlingsplan / tiltaksplan (medisin, sykepleie m.fl.)	IT08 Plan	100
4	15.10.20.10 Tidligere prøvesvar medisinsk biokjemi (inkl. farmakologi og toksikologi)	IT17 Undersøkelser, målinger og funn	89
5	90.10.10.10 Digital dialog mellom helsepersonell (f.eks. veiledning, konsultering)	IT10 Tekstlig dialog	77
6	05.20.20.50 Smitte hos pasient	IT02 Kritisk informasjon	74
7	15.10.10.10 Journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten inkl. avtalespesialister	IT09 Journaldokumenter	71
8	05.20.20.20 Kritisk informasjon inkl. allergi og CAVE	IT02 Kritisk informasjon	70
9	05.20.10 Tekstlig oppsummering av innbyggers tilstand og behov for helsehjelp, fra ulike profesjoner	IT01 Klinisk oppsummering	65
10	15.10.25.10 Tidligere svarrapporter radiologi og nukleærmedisin	IT17 Undersøkelser, målinger og funn	55
11	10.20.10 Oppsummering av behandlingsperiode eller enkeltkonsultasjon fra ulike yrkesgrupper	IT06 Henvvisning og epikrise m.m.	54
12	20.30 Planlagte kontakter med helsetjenesten (inkl. timeavtaler)	IT08 Plan	52
13	25.30.30 Anmodning om vurdering/behandling/tiltak	IT20 Anmodning om tjeneste eller ytelse, med svar	51
14	10.10.20 Oversikt over tidligere kontakter med helsetjenesten	IT01 Klinisk oppsummering	51
15	10.10.10.10 Tidligere sykdommer	IT18 Problem, diagnose og behov for helsehjelp	46
16	15.10.50 Scoringer og kliniske tester inkl. funksjonsmålinger	IT17 Undersøkelser, målinger og funn	45
17	20.05 Behandlingsmål og innbyggers mål	IT08 Plan	44

18	05.20.20.35 Pågående bruk av hjelpemidler og utstyr	IT23 Tjenester, ytelser og hjelpemidler	43
19	05.20.20.15 Funksjonsnivå og behov for tjenester, med normalt tilstand (habitualtilstand)	IT18 Problem, diagnose og behov for helsehjelp	43
20	05.20.20.17 Hvor innbygger befinner seg i helsetjenesten	IT01 Klinisk oppsummering	43
21	15.10.40.10 Kliniske målinger (eks. blodtrykk, puls, respirasjon, vekt)	IT17 Undersøkelser, målinger og funn	42
22	20.10 Individuell plan (IP)	IT08 Plan	38
23	05.20.20.25.10.20 Multidose	IT03 Legemidler og vaksiner	36
24	05.20.20.40.10 Tildelte og tilbudte tjenester (kommunale og andre)	IT23 Tjenester, ytelser og hjelpemidler	34
25	05.30.10 Preferanser for pågående og planlagte tjenester/ytelser/behandling	IT21 Innbyggers opplysninger og ønsker	29
26	05.10.40 Samtykkekompetanse og evt. vergemål	IT12 Pasientdemografi	28
27	05.20.20.25.20 Administrasjon (utdeling) av legemidler	IT03 Legemidler og vaksiner	28
28	20.20.30 Kriseplan (psykiatri) og andre betingede tiltaksplaner	IT08 Plan	26
29	90.10.20.10 Virtuelle helsefaglige møter og fagfellestøtte	IT11 Video	24
30	05.20.20.25.20.40 Forbruk av "ved behov"-legemidler, håndkjøpspreparater, næringsdrikker og kosttilskudd	IT03 Legemidler og vaksiner	24
31	05.20.20.70 Sosialt, boevne/økonomi og nettverk	IT16 Kliniske bakgrunnsopplysninger	24
32	25.20.10 Ansvar for innbygger/pasient inkl. kontaktpersoner og team	IT01 Klinisk oppsummering	23
33	05.20.20.30 Pågående behandling, utenom legemidler	IT19 Pågående og gjennomførte prosedyrer og behandlinger	22
34	05.20.20.55.20 Oversikt over gitte vaksiner, evt. med vaksinasjonsprogram	IT04 Immunisering (status)	22
35	05.20.20.80 Grunnleggende behov (Naturlige funksjoner)	IT16 Kliniske bakgrunnsopplysninger	22
36	25.30.30.20 Anmodning/søknad om kommunal helse- og omsorgstjeneste, og enkeltvedtak	IT20 Anmodning om tjeneste eller ytelse, med svar	22
37	05.30.30 Kommunikasjon/tolkebehov, livssyn, personlige hjelpemidler m.m.	IT21 Innbyggers opplysninger og ønsker	21
38	05.20.20.75 Bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler	IT16 Kliniske bakgrunnsopplysninger	19
39	90.10.10.20 Digital dialog mellom helsepersonell, innbygger og/eller pårørende	IT10 Tekstlig dialog	19
40	05.20.20.25.20.25 Legemidler administrert direkte (eks.intravenøst)	IT03 Legemidler og vaksiner	18
41	90.10.20.20 Virtuelle møter som inkluderer helsepersonell, innbygger og kommunale og statlige tjenester	IT11 Video	18
42	10.10.10.20 Tidligere inngrep, prosedyrer og andre behandlinger	IT19 Pågående og gjennomførte prosedyrer og behandlinger	18
43	15.10.25.20 Bilder og video fra radiologiske og nukleærmedisinske undersøkelser inkl. UL	IT07 Multimedia og MTU-målinger	17
44	15.10.20.50 Tidligere svrappporter patologi	IT17 Undersøkelser, målinger og funn	16
45	15.10.40.20 Kliniske observasjoner og funn	IT17 Undersøkelser, målinger og funn	16
46	05.20.20.45 Pågående tvangsvedtak	IT19 Pågående og gjennomførte prosedyrer og behandlinger	15
47	20.20.40 Detaljerte oppgaver / tiltak	IT08 Plan	15
48	05.30.40 Fysisk aktivitet, kosthold og livsstil	IT21 Innbyggers opplysninger og ønsker	14
49	15.10.10.20 Journaldokumenter fra fastleger	IT09 Journaldokumenter	14
50	15.10.10.50 Journaldokumenter fra institusjonsbaserte tjenester (sykehjem, rehabilitering, m.m.)	IT09 Journaldokumenter	13
51	15.10.30.20.20 Tidligere svrappporter/notater fra spesialiserte undersøkelser	IT17 Undersøkelser, målinger og funn	13
52	15.10.10.40 Journaldokumenter fra hjemmebaserte tjenester	IT09 Journaldokumenter	12
53	15.10.80 Bilde, video og lyd fra undersøkelser utenom radiologi og nukleærmedisin	IT07 Multimedia og MTU-målinger	12
54	25.30.30.20.10 Anmodning om vurdering av fagperson eller team i kommunal helsetjeneste	IT20 Anmodning om tjeneste eller ytelse, med svar	12

55	90.10.10.30 Digital dialog mellom helsepersonell og/eller andre yrkesgrupper i statlige og kommunale tjenester inkl innbygger	IT10 Tekstlig dialog	12
56	35.10.10 Kunnskap relevant for pasientens tilstand	IT14 Klinisk kunnskap	11
57	15.10.10.30 Journaldokumenter fra legevakt og ØHD	IT09 Journaldokumenter	11
58	15.10.20.20 Tidligere prøvesvar immunologi	IT17 Undersøkelser, målinger og funn	11
59	25.30.70.10.20 Svar på laboratorieundersøkelse	IT05 Bestilling og svar (lab)	11
60	25.30.70.20.20 Svarrapport fra radiologisk eller nukleærmedisinsk undersøkelse	IT05 Bestilling og svar (lab)	11
61	25.50.30 Møteinnkalling, med svar om møtedeltakelse	IT25 Team- og møteadministrasjon	11
62	05.10.30 Sosialt nettverk (kontaktpunkter)	IT12 Pasientdemografi	10
63	15.10.20.30 Tidligere svarrapporter mikrobiologi	IT17 Undersøkelser, målinger og funn	10
64	25.10.10.30 Tilgjengelige kommunale helse- og omsorgstjenester	IT22 Oversikt over tilgjengelige tjenester og tilbud	10
65	90.10.20.05 Virtuelle konsultasjoner med innbygger	IT11 Video	10
66	05.10.25 Kontaktopplysninger inkl. epost og mobiltlf.	IT12 Pasientdemografi	9
67	15.10.85 Måledata fra velferdsteknologi	IT07 Multimedia og MTU-målinger	9
68	20.20.20 Egenbehandlingsplan for innbygger	IT08 Plan	9
69	20.90 Avtaler om møter inkl. kontakt med tjenester utenom helse	IT08 Plan	9
70	25.10.10.20 Tilgjengelige utredninger og behandlinger i spesialisthelsetjenesten	IT22 Oversikt over tilgjengelige tjenester og tilbud	9
71	25.50.10 Anmodning om å delta i team (inkl. roller), med svar	IT25 Team- og møteadministrasjon	9
72	05.20.20.65 Arvelige tilstander i familien og genetisk informasjon	IT16 Kliniske bakgrunnsopplysninger	8
73	15.10.30.10.10 Tidligere svarrapporter eller tolkninger fra ikke-spesialisert MTU	IT17 Undersøkelser, målinger og funn	8
74	25.50.40 Referat fra møte	IT25 Team- og møteadministrasjon	8
75	60.10 Melding til nasjonale helseregistre	IT13 Rapportering Helsefaglig	8
76	05.20.20.40.20 Ytelser som mottas	IT23 Tjenester, ytelser og hjelpemidler	7
77	05.20.20.90 Informasjon eller undervisning gitt til innbygger	IT19 Pågående og gjennomførte prosedyrer og behandlinger	7
78	15.10.20.40 Tidligere svarrapporter genetisk utredning, genvarianter og gensekvenser	IT17 Undersøkelser, målinger og funn	7
79	25.10.10.40 Tilgjengelige hjelpemidler	IT22 Oversikt over tilgjengelige tjenester og tilbud	7
80	25.30.70.10.10 Bestilling av laboratorieundersøkelse	IT05 Bestilling og svar (lab)	6
81	05.10.20 Adresse og oppholdssted	IT12 Pasientdemografi	5
82	25.30.70.20.10 Henvvisning til radiologisk eller nukleærmedisinsk undersøkelse	IT05 Bestilling og svar (lab)	5
83	15.10.70 Innbyggers egenregistreringer inkl. måledata og multimedia	IT17 Undersøkelser, målinger og funn	5
84	15.10.30.20.30 Måledata / multimedia fra spesialiserte undersøkelser	IT07 Multimedia og MTU-målinger	4
85	25.50.20 Forslag til møtedato, med svar om mulig deltakelse	IT25 Team- og møteadministrasjon	4
86	35.10.60 Protokoller/prosedyrer for kliniske arbeidsprosesser	IT14 Klinisk kunnskap	3
87	35.20 Kunnskap tilpasset innbyggers behov	IT14 Klinisk kunnskap	3
88	15.10.30.10.20 Måledata ikke-spesialisert MTU	IT07 Multimedia og MTU-målinger	3
89	35.10.45 Kunnskap om bruk av MTU	IT14 Klinisk kunnskap	2
90	15.10.10.70 Journaldokumenter fra andre deler av helsetjenesten	IT09 Journaldokumenter	2
91	15.10.90 MTU-innstillinger	IT07 Multimedia og MTU-målinger	2
92	35.10.30.10 Undersøkelser	IT14 Klinisk kunnskap	1
93	25.10.10.10 Tilgjengelige undersøkelser	IT22 Oversikt over tilgjengelige tjenester og tilbud	1
94	90.10.20.30 Virtuelle møter som inkluderer private aktører utenfor helsetjenesten	IT11 Video	1

Alle 377 informasjonsbehovene er beskrevet i [Bilag G2 «Helhetlig samhandling»](#) til sentralt styringsdokument til Akson – helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning.

Vedlegg 2 Hva er design-to-cost?

Design-to-Cost er et begrep som beskriver et sett av metodiske tilnærminger for å kontrollere kostnadene i en produktutvikling/investeringsprosjekt. Begrepet har ikke en entydig definisjon på norsk, men begrepet brukes blant annet i Finansdepartementets veileder for Digitaliseringsprosjekter i statens prosjektmodell⁴.

Design-to-cost-prinsippet er nært knyttet til ulike prinsipper og begreper som nyttestyring og gevinstrealisering. Utfordringene ved disse styringsprosessene er knyttet både til hvordan mulige nyttevirkninger identifiseres, hvordan prosjektene utformes for å realisere virkningene, hvordan man sikrer nyttevirkningene i gjennomføringsfasen og hvordan driften av investeringsprosjektene legges opp for å maksimere faktiske nyttevirkninger. Mange av utfordringene ligger i grenseflaten mellom den fysiske/tekniske utførelsen av prosjektet, designet, og omkringliggende rammebetingelser, politikk og styring (Conseptrapport arbeidsrapport 2019-5). Design-to-cost-prinsippet er særlig relevant i store IT-/digitaliseringsprosjekter der det som regel er klare ressursbegrensninger og ofte også mange aktører med tilhørende behov for økt kvalitet i tjenester og/eller lavere driftskostnader. Ressursbegrensningene tvinger fram prioriteringer, og dermed også en stram nyttestyring for å sikre at brukerne realiserer gevinster av tiltaket som står i forhold til kostnadene.

Ved siste revidering av statens prosjektmodell er kravene til nyttestyring og hensynet til samfunnsøkonomi kommet tydeligere fram. Alle prosjekter i Statens prosjektmodell skal ha kuttlistene, noe som også gjør design-to-cost til et mer aktuelt styringsprinsipp.

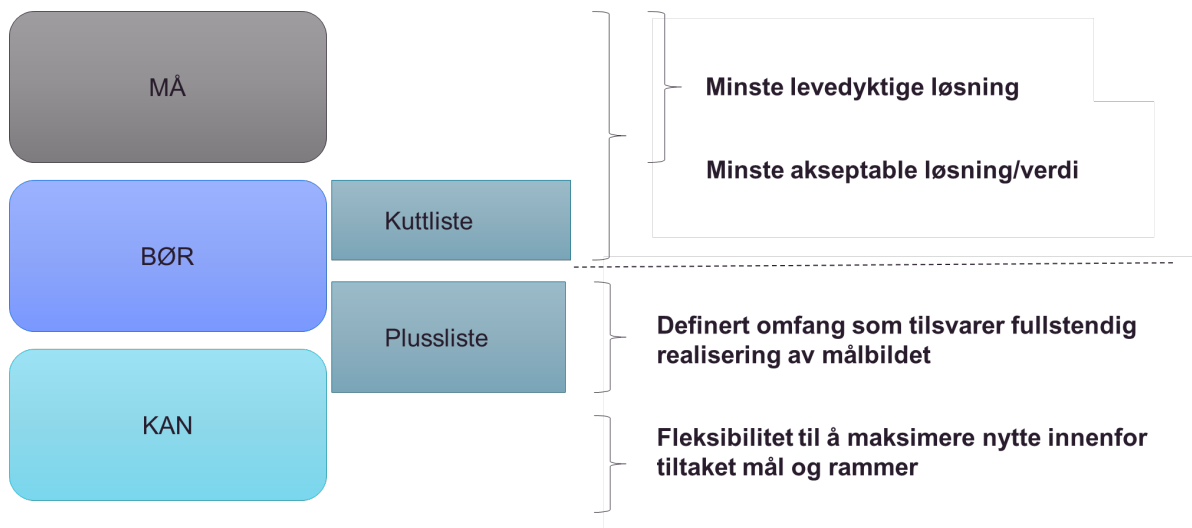
Begrepet bygger på en idé om at kostnadene inngår i, eller er designet som, en del av produktet helt fra konseptutviklingsfasen. Innenfor statens prosjektmodell innebærer dette på et overordnet nivå at anslåtte kostnader og nyttevirkninger som ligger til grunn for vedtak etter KS1, følger prosjektet inn i forprosjektet og gjennom investeringsfasen. Hensikten med en design-to-cost-tilnærming er å få mest mulig nytte innenfor en bindende styringsramme.

Tilnærmingen skal bidra til forutsigbarhet på kostnadssiden og hindre unødvendige kostnader som følge av prosjektglidninger på senere stadier. I motsetning til styring etter en kostnadsramme krever design-to-cost-tilnærming at nyttebildet ivaretas gjennom hele utviklingsprosessen. Kuttlisten/plussliste må derfor sammenholdes med den samfunnsøkonomiske analysen og eventuelle konsekvenser for nyttesiden av designvalg som gjøres senere i prosessen, må redegjøres for. For å lykkes med design-to-cost må det være tydelig hvilke deler av løsningen som må, hva som bør og hva som kan være på plass. Forprosjektet vurderer at denne forutsetningen er oppfylt.

Design-to-cost gir en mer forpliktende kostnadsramme, men da med større fleksibilitet til å optimalisere designet.

4

https://www.regjeringen.no/contentassets/b3bfe59c8ac84af9b303b810b8065898/veileder_digitaliseringsprosjekter.pdf



Figur 2 Design-to-cost fordrer at det defineres må, bør og kan krav

Til Møte 2/21
Dato 06.05.2021
Saksnummer 13/21
Type Tilslutning

Fra Karl Stener Vestli
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen og
Sonja Turøy Brugman

Nasjonalt e-helsestyre – mulighet for stedfortreder, forslag til midlertidig løsning

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre gir sin tilslutning til at medlemmene i Nasjonalt e-helsestyre ved behov kan stille med faste stedfortrederer med talerett i møtene. Ordningen gjelder frem til reviderte mandat for utvalgene i nasjonal styringsmodell legges frem for tilslutning og drøfting høsten 2021.

Hensikt med saken

Dette er en oppfølging av sak 1/21 fra møtet i Nasjonalt e-helsestyre 18. mars. Direktoratet ønsker å legge frem forslag om at det innføres en midlertidig ordning hvor faste stedfortrederer, som medlemmene i Nasjonalt e-helsestyre har utpekt på forhånd, kan stille med talerett i Nasjonalt e-helsestyre dersom medlemmet er forhindret fra å delta på hele eller deler av møtet. Denne ordningen innføres frem til reviderte mandat for alle utvalgene i nasjonal styringsmodell legges frem til drøfting og tilslutning i løpet av høsten 2021.

Bakgrunn

Gjeldende mandat for Nasjonalt e-helsestyre sier eksplisitt at det ikke er mulighet for å stille med stedfortrederer, og at virksomhetene som er representert, skal stille med sine toppledere. Dette har det gjentatte ganger blitt stilt spørsmål til av medlemmene når de av ulike årsaker har vært forhindret fra å delta. Frem til nå har styret, ved styreleder, valgt å holde fast på denne regelen for å sikre at Nasjonalt e-helsestyre fortsetter å samle toppledere i sektoren.

Det har vært ulike årsaker til at det kan være vanskelig for medlemmene å prioritere deltakelse i Nasjonalt e-helsestyre. I 2020 og 2021 har flere medlemmer i Nasjonalt e-helsestyre hatt sentrale roller i håndteringen av pandemi-situasjonen. Et annet eksempel er møtekollisjon med kommune- og bystyremøter. Før møtet i Nasjonalt e-helsestyre 18. mars 2021, ble det åpnet opp for at stedfortrederer, som medlemmene hadde utpekt på forhånd, kunne stille med talerett i møtet. Direktoratet for e-helse skal i henhold til tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet, levere forslag til hvordan styringsmodellen skal videreutvikles innen 15. oktober 2021. I den forbindelse vil det legges frem reviderte mandat til drøfting og tilslutning i de nasjonale utvalgene. Direktoratet legger frem forslag om at man gir en midlertidig mulighet til stedfortrederer med talerett frem til reviderte mandat legges frem.

Sekretariatet må få beskjed om at det er stedfortreder som stiller så snart som mulig, og senest ved møtestart. Det er ønskelig at alle medlemmene utpeker en fast stedfortreder slik at sekretariatet har oversikt over dette.