

Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre

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

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

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

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

	<ul style="list-style-type: none"> • Det kom innspill om at det er behov for at topplederforumet møtes regelmessig, og at to møter i året blir lite. Medlemmene ønsker å bruke tid på å involvere seg i dette viktige arbeidet. • Nasjonalt e-helsestyre støtter at NUIT får en tydeligere rolle knyttet til nasjonal e-helseportefølje og prioritering, og at de får en aktiv rolle for å foreslå saker som må løftes til Nasjonalt e-helsestyre. • Det er noe uenighet om Nasjonalt e-helsestyre sin rolle knyttet til prosjekt- og programstyrer. Noen mener Nasjonalt e-helsestyre må følge opp status og leveranseplaner mens andre mener Nasjonalt e-helsestyre sin rolle skal være knyttet til strategi og gjennomføringsevne. Man må finne en balanse som sikrer at leveransene i prosjekter- og programmer belyses i et overordnet og helhetlig perspektiv samtidig som styringsgrupper ivaretar sitt ansvar i henhold til prosjekt/program-mandat. Direktoratet vil jobbe videre med å tydeliggjøre og eksemplifisere dette. • Det kom innspill om at det er behov å se på både medlemssammensetning og mandat til TBU. <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I presentasjonen står det at styringsmodellen er en primært rådgivende modell. Det ble spurt om eksempler hvor det ikke er rådgivende. Direktoratet mener arbeidet med nasjonal e-helsestrategi er et eksempel. Dette er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, men det må være en nasjonal strategi som aktørene i styringsmodellen er enige i.
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre drøftet saken. Direktoratet for e-helse vil legge innspillene fra dette referatet til grunn for videre arbeid, og gir medlemmene anledning til å kommentere på disse innen 11.10.21.</p>
27/21	<p>Ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023</p>
	<p>Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, orienterte først om plan for arbeidet med utarbeidelse av ny nasjonal e-helsestrategi, som skal gjelde fra 2023. I løpet av 2021 skal kunnskapsgrunnlag som skal ligge til grunn for utvikling av mål og strategi på plass. Kunnskapsgrunnlaget består av to hovedsteg: Nåsituasjonsanalyse og scenarioanalyse. I parallell i høst starter arbeidet med selve mål og strategiutviklingen opp, som består av tre hovedsteg: Ambisjon og visjon, deretter strategiske valg og til slutt hvordan strategien skal styres og følges opp. Utkast til ny e-helsestrategi skal etter plan sendes på høring i løpet av mai 2022, med tre måneders høringsfrist.</p> <p>Direktoratet for e-helse la frem saken for Nasjonalt e-helsestyre med fokus på følgende tre punkter:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentasjon av et uttrekk fra 0.7 versjon av nåsituasjonsanalysen, <ol style="list-style-type: none"> a. Læring fra, og vurdering av, eksisterende strategi (status) b. SWOT-analyse, en oppsummering av nåsituasjonsanalysen i styrker, svakheter, muligheter og trusler for e-helseområdet 2. Drøfting av ambisjon og rolle for strategien og innhentet innspill til visjon for strategien 3. Presentasjon av videre plan for arbeidet med strategien <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <p>Punkt 2. Drøfte ambisjon for nasjonal e-helsestrategi og innhente innspill til visjon for e-helseområdet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nasjonalt e-helsestyre var relativt samlet om at ny e-helsestrategi må sette tydelig helhetlig retning, og videre at ny e-helsestrategi må være bredt formulert med noen få spissede områder. Nasjonalt e-helsestyre var mindre samstemt på vurderingen om hyppighet på justering av strategien, og svarene legger opp til et behov for å både ha faste elementer i strategien, men også legge til rette for oppdateringer og oppfølging.

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

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