

Referat fra ekstra møte i Nasjonalt e-helsestyre

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

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

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

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

Dokumentdeling:

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

Kritisk informasjon:

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

Nasjonale tjenester for datadeling:

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

Pasientens legemiddelliste:

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

De fire samhandlingsområdene med tilhørende tiltak:

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

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