

| Møte i Nasjonalt e-helsestyre | | |
|-------------------------------|--|--|
| Møte | 1/2019 | |
| Dato | 15. februar 2019 | |
| Tid | Kl. 10.00-12.00 | |
| Sted | Radisson Blu, Gardermoen | |
| Medlemmer | Christine Bergland (Direktoratet for e-helse) Arild Sundberg (Oslo kommune) Cathrine Lofthus (Helse Sør-Øst RHF) Inger Østensjø (KS) Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Kristin W. Wieland (KS) Lars Vorland (Helse Nord RHF) Ivar Halvorsen (fastlegene) Herlof Nilssen (Helse Vest RHF) Anne-Lise Ryel (Kreftforeningen) Gunn Peggy S. Knudsen (Folkehelseinstituttet) Lilly Ann Elvestad (FFO) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Bjørn Guldvog (Helsedirektoratet) Trond Brattland (Tromsø kommune) Steffen Sutorius (DIFI) Benedicte Løseth (Bergen kommune) | |
| Observatører | Håkon Grimstad (Norsk Helsenett SF) | |

| Sak | Tema | Sakstype |
|------|--|-------------|
| 1/19 | Godkjenning av innkalling og dagsorden | Godkjenning |
| 2/19 | Godkjenning av referat fra Nasjonalt e-helsestyre 6.desember 2018 | Godkjenning |
| 3/19 | Prosjekt Én innbygger – én journal: Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Presentasjon av ekstern kvalitetssikring (KS1) | Orientering |
| 4/19 | Ny e-helseorganisering | Orientering |
| 5/19 | Eventuelt | |

| Sak | Tema | Sakstype |
|------|---|---|
| 1/19 | Godkjenning av innkalling og dagsorden | Godkjenning |
| | Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden. | |
| 2/19 | Godkjenning av referat fra møtet 6.desember 2018 | Godkjenning |
| | Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner referat fra møtet 6.desember 2018. | Vedlegg 1: Referat fra møtet 6.desember 2018 |
| 3/19 | Prosjekt Én innbygger – én journal: Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Presentasjon av ekstern kvalitetssikring (KS1) | Orientering |
| | Direktoratet for e-helse vil orientere om resultatet fra ekstern kvalitetssikring av konseptvalgutredning for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Direktoratet for e-helse overleverte konseptvalgutredningen til Helse- og omsorgsdepartementet 6. juli 2018. Rapporten med vedlegg er tilgjengelig på ehelse.no. | Vedlegg 2: Toppnotat til Prosjekt Én innbygger – én journal |
| | Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering. | |
| 4/19 | Ny e-helseorganisering | Orientering |
| | Direktoratet for e-helse vil orientere om status i arbeidet knyttet til ny e-helseorganisering. Dette gjelder pågående prosesser sammen med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), rapport om direktoratets myndighetsrolle og videre prosess. | Vedlegg 3: Toppnotat Ny e-helseorganisering Vedlegg 3A: NEO, Sammendrag av rapport |

| | | |
|-------------|---|--|
| | Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering. | |
| 5/19 | Eventuelt | |

VEDLEGG:

Vedlegg 1: Referat fra Nasjonalt e-helsestyre 6. desember 2018

Vedlegg 2: Toppnotat til Prosjekt Én innbygger – én journal

Vedlegg 3: Toppnotat Ny e-helseorganisering

Vedlegg 3A: NEO, Sammendrag av rapport

Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| <i>Møte</i> | 8/2018 | |
| <i>Dato</i> | 6.desember 2018 | |
| <i>Tid</i> | Kl. 10.00 – 15.00 | |
| <i>Sted</i> | Radisson Blu Gardermoen | |
| Medlemmer | | |
| <i>Til stede</i> | Christine Bergland (Direktoratet for e-helse) Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Herlof Nilssen (Helse Vest RHF) Gunn-Peggy S. Knudsen (Folkehelseinstituttet) Trond Brattland (Tromsø kommune) Benedicte Løseth (Bergen kommune) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Arild Sundberg (Oslo kommune) Bjørn Guldvog (Helsedirektoratet) | Kristin W. Wieland (KS) Inger Østensjø (KS) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Lilly Ann Elvestad (FFO) Steffen Sutorius (DIFI) Anne-Lise Ryel (Kreftforeningen) |
| <i>Ikke til stede</i> | Lars Vorland (Helse Nord RHF) Cathrine Lofthus (Helse Sør-Øst RHF) | |
| <i>Observatører</i> | Håkon Grimstad (Norsk Helsenett SF) | |
| <i>Direktoratet for e-helse</i> | Karl Vestli Bodil Rabben Siv Ingebrigtsen Vidar Mikkelsen | Sonja T. Brugman Camilla Smaadal Kristin Bang |

| Sak | Tema | Sakstype |
|-------|--|-------------|
| 47/18 | Godkjenning av innkalling og dagsorden | Godkjenning |
| 48/18 | Godkjenning av referat fra Nasjonalt e-helsestyre 12.september | Godkjenning |
| 49/18 | Endring av mandat og medlemmer | Orientering |
| 50/18 | Orientering fra Direktoratet for e-helse | Orientering |
| 51/18 | Nasjonal e-helsestrategi og Strategisk plan | Tilslutning |
| 52/18 | Nasjonal e-helseportefølje 2019 | Tilslutning |
| 53/18 | Plan for utvikling av felles grunnmur | Orientering |
| 54/18 | Orientering fra sektor: Presentasjon av KS sin styringsmodell | Orientering |
| 55/18 | Orientering fra sektor: Felles plan for EPJ i RHF-ene | Orientering |
| 56/18 | Helsedataprogrammet | Orientering |
| 57/18 | Eventuelt | |

| Sak | Tema |
|--------------|---|
| 47/18 | Godkjenning av innkalling og dagsorden |
| | Ingen innspill til innkalling og dagsorden. |
| | Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden. |
| 48/18 | Godkjenning av referat fra møtet 12.september 2018 |
| | Ingen innspill til referatet. |
| | Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner referat fra møtet 12.09.2018. |
| 49/18 | Endring av mandat og medlemmer |
| | Sonja Turøy Brugman, Direktoratet for e-helse, informerte om endring i mandatet til Nasjonal e-helsestyre. Det er besluttet at Legeforeningen skal være representert med en fastlege i styret. Siden flere av aktørene sine representanter i de nasjonale utvalgene har endret eller sluttet i sine stillinger ble det informert om nye representanter i utvalgene i Nasjonal styringsmodell. |

| | |
|--------------|---|
| | Det ble påpekt at DIFI er medlem av Nasjonalt e-helsestyre og at dette ikke kommer frem i mandatet i sakspapirene. Direktoratet for e-helse vil oppdatere mandatet. |
| | Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering. |
| 50/18 | Orientering fra Direktoratet for e-helse |
| | Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, orienterte Nasjonalt e-helsestyre om følgende saker: |
| Nr. 1 | Statsbudsjettet |
| | Det ble informert om endringer i forslaget til statsbudsjett for Direktoratet for e-helse. Følgende områder har fått økte rammer: <ul style="list-style-type: none"> • Modernisert folkeregister 40 mill. • Helseanalyseplattformen 40 mill. • Drift og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger 77,4 mill. • Økt inntektskrav 127 mill. Følgende områder har fått reduserte rammer: <ul style="list-style-type: none"> • Én innbygger – én journal (engangsbevilgning i 2018) 50 mill. • Avbyråkratiserings- og effektivitetsreformen og krav om generelt lavere aktivitet 5,2 mill. |
| NR. 2 | Nasjonal tjenesteleverandør |
| | Helse- og omsorgsdepartementet har gitt tilbakemelding på at regjeringen har tilsluttet seg videre arbeid med å etablere en nasjonal tjenesteleverandør fra 1.januar 2020. Direktoratet for e-helse har fått nytt oppdrag om å konkretisere direktoratets rolle og anslå hvilke oppgaver og ansatte som anbefales overført til nasjonal tjenesteleverandør. Endelig rapport skal leveres 26.februar 2019. <p>Nasjonalt e-helsestyre ønsker å delta i diskusjonen om styringsmodeller. Direktoratet vil sette samstyring og finansieringsmodeller på agendaen for neste møte. Budsjettforhandlingene i mars vil være viktige for finansieringen videre.</p> <p>Det kom forslag om at Helse- og omsorgsdepartementet kunne inviteres til Nasjonalt e-helsestyre for å informere om prosessen de planlegger.</p> |
| NR. 3 | Nasjonal journal- og samhandlingsløsning |
| | Direktoratet for e-helse overleverte konseptvalgutredningen til helse- og omsorgsdepartementet 6. juli 2018. Prosjektets hovedaktivitet i høst er å understøtte ekstern kvalitetssikrer og orientere sektoren om anbefalingen. Det er forventet at KS1-rapporten er klar innen desember 2018. Konseptvalgutredningen og KS1-rapporten vil være underlag for en eventuell regjeringsbehandling av konseptvalget og videre arbeid. Tidsplan og innretning for et ev. videre arbeid er til avklaring. <p>Det ble stilt spørsmål om når rapporten blir offentlig. Direktoratet vet foreløpig ikke dette, men vil orientere Nasjonalt e-helsestyre nærmere i februar.</p> |
| NR. 4 | Utviklingstrekkrapport 2019 |
| | Direktoratet for e-helse jobber med en ny utviklingstrekkrapport. Den skal publiseres i januar 2019. Rapporten skal beskrive og analysere e-helseutviklingen fremover. Målet er å bygge forståelse for digitalisering i sektoren og gi kunnskap rundt sentrale tema som teknologi og kunstig intelligens, helseanalyse og digitalisering av legemiddelområdet. |
| | Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar sakene til orientering. |

| | |
|-------|--|
| 51/18 | Nasjonal e-helsestrategi og Strategisk plan |
| | <p>Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, la frem Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 og forslag til Strategisk plan for e-helse 2019-2022 for tilslutning. Dette skal være helse- og omsorgssektorens felles strategiske plan for IKT og digitalisering, og beskriver innsatsen som er nødvendig for å realisere målbildet i Nasjonal e-helsestrategi 2017 – 2022.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre mener dokument gir god oversikt og oppsummerer prosesser som har vært i Nasjonalt e-helsestyre over lengre tid. Nasjonalt e-helsestyre mener dokumentet kan bli uhåndterlig om det blir for detaljert. Samtidig er det viktig at dokumentene gir retning for e-helsearbeidet på nasjonalt nivå.</p> <p>Følgende områder bør beskrives nærmere i dokumentene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er utydelig hvordan innsatsen skal finansieres. Dersom sektoren skal bære kostnadene alene, må det fremkomme hvordan sektoren skal involveres. • Direktoratet må analysere avhengigheter og beskrive rekkefølgen for gjennomføringen av strategisk plan. • Det er positiv at innbyggerperspektivet er tydeligere beskrevet, men det bør komme tydeligere frem hvordan helsetjenesten skal spille inn i innbyggernes liv som helhet. • Ledelse og fagutvikling bør presiseres ytterligere. Digital modenhet og evne til å lede digitale endringer er en forutsetning for å realisere strategien. <p>Direktoratet påpekte at dokumentene er i utvikling. Hvordan finansiering og samstyring skal understøtte realiseringen av strategien er av den grunn ikke beskrevet ennå. Målet er å gjøre prioriteringene tydeligere slik at planen kan bli et verktøy for å sikre felles innsats på e-helseområdet.</p> |
| | <p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre gir sin tilslutning til oppdatert Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 og Strategisk plan for e-helse 2019-2022 med forbehold om at innspillene fra møtet innarbeides.</p> |
| 52/18 | Nasjonal e-helseportefølje 2019 |
| | <p>Siv Ingebrigtsen, Direktoratet for e-helse, orienterte om status, risiko og sentrale utfordringer for pågående nasjonal e-helseportefølje. NUIT sine innspill fra møtet 21. november ble presentert, og Nasjonal e-helseportefølje 2019 ble lagt frem for tilslutning.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre synes det er krevende å se avhengighetene mellom prosjektene og programmene i porteføljen. Det er viktig å få laget et helhetlig veikart for strategiske tiltak i sektoren. Direktoratet er enig i behovet og har som mål å lage dette veikartet i 2019.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre stilte spørsmål ved NUIT sitt innspill om prioriteringen av arbeidet med grunnmur sammenliknet med Nasjonal journal- og samhandlingsløsning. Nasjonalt e-helsestyre har i tre år jobbet for å komme frem til felles vedtak for konseptvalget for en helhetlig journal- og samhandlingsløsning for kommunal sektor. Det er viktig å være omforent om prioriteringene. NUIT mente at grunnmur er viktig uansett hvilken løsning som velges for kommunal sektor. Deler av NUIT mente at med begrensede midler bør arbeidet med grunnmur derfor prioriteres. Dokumentdeling og SNOMED CT ble spesielt nevnt som viktige elementer å prioritere. Nasjonalt e-helsestyre påpekte at diskusjonen forsterker behovet for et helhetlig veikart for strategiske tiltak i sektoren.</p> <p>Prosjektet MF Helse rapporteres med høy risiko blant annet fordi kommunene i stor grad ikke har innført eID (PKI). MF Helse vil settes på agendaen for neste møte i Nasjonalt e-helsestyre.</p> <p>I møtet ble det også stilt spørsmål rundt fremdriften på Velferdsteknologisk knutepunkt. Kommunesektoren ønsker raskere fremdrift og mer kraft på dette området. Det vil bli satt opp en sak om Velferdsteknologisk knutepunkt på neste møte i Nasjonalt e-helsestyre.</p> |

| | |
|--------------|--|
| | <p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tilslutter seg Nasjonal e-helseportefølje 2019 og tar status, risiko og sentrale utfordringer for pågående nasjonal portefølje til orientering.</p> |
| 53/18 | <p>Plan for utvikling av felles grunnmur</p> <p>Vidar Mikkelsen, Direktoratet for e-helse orienterte om behovet for en felles grunnmur for digitale tjenester og status for arbeidet.</p> <p>Det er ønskelig at Nasjonalt e-helsestyre stiller seg bak behovet for Felles grunnmur og støtter at planen brukes som verktøy i nasjonal portefølje- og arkitekturstyring som beskrevet i dokument <i>Sammendrag plan for utvikling av felles grunnmur</i>.</p> <p>Direktoratet ønsker å komme tilbake til Nasjonalt e-helsestyre og presentere rapporten og arbeidet mer i dybden. Nasjonalt e-helsestyre presiserte at de gir sin støtte til det videre arbeidet.</p> |
| | <p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.</p> |
| 54/18 | <p>Orientering fra sektor: KS sin styringsmodell på digitalisering</p> <p>Kristin W. Wieland fra KS informerte om modellen for styring og organisering av digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor. Kommunene og Fylkeskommunen har gitt KS en rolle i å samordne og koordinere digitaliseringsarbeidet i kommunene og har etablert en styringsmodell for dette.</p> <p>Hvilket mandat KS skal ha på vegne av kommunesektoren skal blant annet diskuteres i vårens regionale strategikonferanser i kommunesektoren.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre mener det er viktig at KS får mandat til å lede og koordinere den kommunale innsatsen på e-helseområdet.</p> |
| | <p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.</p> |
| 55/18 | <p>Orientering fra sektor: Felles plan for EPJ i RHF-ene</p> <p>Erik M. Hansen, Helse Vest RHF, orienterte om felles plan fra RHF-ene som ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 1.november. Planen beskriver hvordan RHF-ene skal bidra til å realisere målbildet gitt i Én innbygger – én journal.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre mener planen er god og det er positivt at den understøtter Nasjonal e-helsestrategi. Det er stor interesse for arbeidet med dokumentdeling som gjennomføres av Helse Sør-Øst i samarbeid med Direktoratet for e-helse.</p> <p>Det ble påpekt at øvrig sektor, spesielt kommunene, med fordel kunne vært invitert til å gi innspill til planen og hvordan sykehus og kommuner kan samarbeide. RHF-ene vil ta med seg innspillet.</p> |
| | <p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.</p> |
| 56/18 | <p>Helsedataprogrammet</p> <p>Marianne Braaten, Direktoratet for e-helse, orienterte Nasjonalt e-helsestyre om status for Helsedataprogrammet, med vekt på de mest sentrale sakene som gjelder etableringen av Helseanalyseplattformen og utredning av forvaltningsmodell og tilgangsforsvarer for Helseanalyseplattformen.</p> <p>For å unngå risiko for inhabilitet, la Direktoratet for e-helse til at det er viktig å skille mellom rollene til dem som forsker på registerdata og dem som gir tilgang til registerdataene.</p> |

| | |
|--------------|--|
| | Nasjonalt e-helsestyre opplever ikke dette som et problem i dag, men mener det er viktig å profesjonalisere dette fremover. |
| | Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering. |
| 57/18 | Eventuelt |
| | <p>Felles innsats for økt datakvalitet: Orientering ved Christine Bergland</p> <p>Det ble orientert om en felles innsats for å øke datakvaliteten slik at pasientsikkerheten sikres. Direktoratet for e-helse har tatt initiativ til å rette opp i dataene og presiserte at dette arbeidet må prioriteres i egne virksomheter.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.</p> |
| | <p>KomUt er foreslått nedlagt i statsbudsjettet: Orientering ved Kristin Wieland, KS.</p> <p>KomUt ble etablert av Norsk Helsenett i forbindelse med utbredelse av meldinger i kommunesektoren i 2012. Nettverket har også vært avgjørende for IKT-samarbeidet mellom sykehus og kommuner og ved utbredelse av andre digitale helsetjenester som for eksempel kjernejournal.</p> <p>Kommunene og KS har ikke blitt varslet om at finansieringen til KomUT kan bli stoppet før det ble lagt frem i statsbudsjettet. KS og kommunene har derfor ikke i samspill med statlige aktører kunnet forberede seg på alternative løsninger. Dersom det ikke kommer en løsning, vil KomUt bli nedlagt 2. februar 2019. Dette vil få konsekvenser for utbredelse av en rekke nasjonalt initierte e-helsetjenester.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre oppfordrer kommunene og KS til å fortsette arbeidet opp mot departementet med å finne en løsning. Saken tas til orientering.</p> |

Vedlegg 2

Til Møte 1/19
Dato 15.02.2019
Saksnummer 3/19
Type Orientering

Fra Christine Bergland
Saksbehandler Anita Lindholt

Prosjekt Én innbygger – én journal

Sak 3/19: Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste – presentasjon av ekstern kvalitetssikring (KS1)

Forslag til vedtak:

Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.

Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse vil orientere om resultat fra ekstern kvalitetssikring av konseptvalgutredning for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Direktoratet for e-helse overleverte konseptvalgutredningen til Helse- og omsorgsdepartementet 6. juli 2018. [Rapport med vedlegg er tilgjengelig på ehelse.no.](#)

Ekstern kvalitetssikring (KS1)

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet har Holte Consulting, Samfunns- og næringslivsforskning (SNF) og A-2 Norge gjennomført en ekstern kvalitetssikring av konseptvalgutredningen, og kvalitetssikringsrapporten (KS1) er nå klar. [Rapporten er tilgjengelig på ehelse.no.](#)

Ekstern kvalitetssikrer anbefaler at konseptalternativ 7, en nasjonal journalløsning med helhetlig samhandling, velges. Dette er i tråd med direktoratets anbefaling. Kvalitetssikringsrapporten understreker at konseptvalgutredningen er basert på en grundig behovsanalyse som tydelig viser at tiltaket er nødvendig, og de anbefaler at forprosjektet settes i gang så raskt som mulig.

For å sikre en komplett innføring i alle kommunene utenfor Midt-Norge anbefaler kvalitetssikrer at det bør være en stor grad av forpliktelse før et såpass stort tiltak settes i gang.

Videre arbeid

Konseptvalgutredningen og kvalitetssikringsrapporten er underlag for videre behandling i Helse- og omsorgsdepartementet og et eventuelt oppdrag om å igangsette forprosjekt.

Vedtak på tilsluttende saker

| | | |
|-------|---|---|
| 27/18 | Konseptvalgutredning nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste – foreløpig vurdering av konseptalternativer | <p>Nasjonalt e-helsestyre gir sin tilslutning til konsept 7 for realisering av en nasjonal kommunal løsning for pasientjournal og helhetlig samhandling. Målet er at alle skal slutte seg til, om nødvendig må obligatorisk tilknytning vurderes. Nasjonalt e-helsestyre mener at det må være frivillig for avtaleparter å slutte seg til i de innledende fasene av gjennomføringsarbeidet.</p> <p>I sin tilslutning legger Nasjonalt e-helsestyre til grunn Direktoratet for e-helse sin foreløpige alternativanalyse bearbeidet etter innspill gitt i møtet og forutsetter at den samfunnsøkonomiske analysen, inkl. kostnadsestimater, blir vurdert av ekstern kvalitetssikrer. Nasjonalt e-helsestyre ber om at direktoratet orienterer om sentrale funn og anbefalinger fra den eksterne kvalitetssikringen høsten 2018.</p> |
|-------|---|---|

Vedlegg 3

Til Møte 1/19
Dato 15.02.2019
Saksnummer 4/19
Type Orientering

Fra Karl Vestli
Saksbehandler Robert Nystuen

Ny e-helseorganisering (NEO)

Orientering om status og videre prosess

Direktoratet for e-helse ønsker å orientere om status i arbeidet knyttet til ny e-helseorganisering. Dette gjelder pågående prosesser sammen med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), rapport om direktoratets myndighetsrolle og videre prosess.

Hensikt med saken

Det vises til tidligere saker om etablering av Nasjonal tjenesteleverandør og ny e-helseorganisering (sak 39/17, 16/18, 21/18, 29/18, 34/18, 50/18).

Helse og omsorgsdepartementet (HOD) ønsker at det etableres en nasjonal tjenesteleverandør fra 1. januar 2010 og at myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse tydeliggjøres. Direktoratet for e-helse skal sammen med Norsk Helsenett SF forberede etablering av nasjonal tjenesteleverandør med utgangspunkt i Norsk Helsenett (NHN).

Direktoratet for e-helse skal sammen med NHN levere en rapport som svarer ut "*Tillegg til tildelingsbrev nr. 15: Ny e-helseorganisering- tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse*". Rapporten overleveres HOD 26.februar. Direktoratet ønsker innspill fra Nasjonalt e-helsestyre på arbeidet.

Direktoratet ber samtidig om innspill fra Nasjonalt e-helsestyre om involvering av sektoren i forbindelse med det videre arbeidet frem mot lansering av nasjonal tjenesteleverandør 1.januar 2020.

Bakgrunn

Utfordringsbildet for digitalisering av helse- og omsorgstjenesten og behovet for å gjøre organisatoriske tiltak er tidligere beskrevet i rapportene *Styrket gjennomføringsevne for IKT-utvikling i helse- og omsorgstjenesten (2015)*, *IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren (2017)*, *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak (2017)*, *Nasjonalt e-helsestrategi og mål 2017-2022 (2017)* og *Beslutningsunderlag for ny e-helseorganisering og nasjonal tjenesteleverandør (2018)*.

Sistnevnte rapport ble behandlet i Nasjonalt e-helsestyre i august 2018 og anbefaler tre tiltak:

1. Helhetlige samstyrings- og eierstyringsmodeller
2. Nye finansieringsmodeller
3. Ny e-helseorganisering med tydeligere myndighetsrolle for Direktoratet for e-helse og opprettelsen av en nasjonal tjenesteleverandør med utgangspunkt i Norsk Helsenett SF

Styrket gjennomføringsevne avhenger både av en samstyring som involverer hele helse- og omsorgssektoren, og gode finansieringsmodeller. I Helse- og omsorgsdepartementet pågår det arbeid med å etablere finansierings- og styringsmodell for økonomisk bærekraftige nasjonale e-hesløløsninger med sikte på innføring fra 2021. Departementet forbereder i tillegg en høring rundt lovregulering av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse.

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom Tillegg til tildelingsbrev nr. 15: Ny e-helseorganisering - tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse av 22. november 2018, gitt direktoratet i oppdrag å arbeide videre med organiseringstiltaket i samarbeid med Norsk Helsenett SF. Oppdraget skal svare ut følgende:

- Konkretisere hvilket ansvar, samt kompetanse og oppgaver som bør inngå som en del av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse.
- Konkretisere hvilke oppgaver og antall ansatte som bør overføres fra Direktoratet for e-helse til nasjonal tjenesteleverandør/Norsk Helsenett
- Kartlegge kostnader knyttet til prosessen med å overføre oppgaver og ansatte
- Gjennomføre risiko- og konsekvensvurderinger knyttet til overføringen, med tilhørende tiltak
- Foreslå plassering av dataansvar for løsninger der dataansvaret ikke er regulert i forskrift

Frist for å svare ut oppdraget er 26. februar 2019. Vedlagt saken ligger et sammendrag av utkastet til rapporten, som oppsummerer direktoratets beskrivelse til Helse- og omsorgsdepartementet så langt. Det tas forbehold om justeringer frem mot leveransen.

Følgende tre tema ønskes løftet frem til særskilt drøfting i møtet den 15. februar.

- **Databehandleransvar**
Plassering av dataansvaret har vist seg å være krevende, og det er samtidig sentralt for oppfølging/eierskap av løsninger og data. Valg av plassering vil også gi føringer for organisering av grensesnittene mellom direktorat og tjenesteleverandør/Norsk Helsenett
- **Områdestyrer**
For å sikre god forvaltningsstyring foreslås sektorsammensatte styrer for områder (områdestyrer), i stedet for dagens produktstyrer som kun omfatter enkeltløsninger.
- **Finansiering**
Status for finansiering

Involvering av sektoren i videre arbeid etter leveransen 26. februar

Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF arbeider med å organisere det videre arbeidet. I møtet vil utkast til organisering av arbeidet presenteres og det ønskes innspill fra Nasjonalt e-helsestyre til hvordan sektoren bør involveres. Det foreslås status i de planlagte e-helsestyremøtene, samt sette opp ekstraordinære møter ved behov.

Vedtak på tidligere relevante saker

| Sak | Tema | Vedtaksformulering |
|-------|-------------------------------------|--|
| 50/18 | Nasjonal tjenesteleverandør | Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering |
| 34/18 | Etablering av ny tjenesteleverandør | <p>Nasjonalt e-helsestyre understreker behovet for etablering av en nasjonal tjenesteleverandør.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre ber Direktoratet for e-helse ta hensyn til de innspill som er fremkommet i møtet ved ferdigstilling av rapporten. Særlig fremheves behovet for å ivareta presise beskrivelser av:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forvaltningsmessige forhold mellom stat og kommunesektor og samstyringsmodellen sett opp mot dette • Fastlegenes rolle og betydning i den samlede helsetjenesten <p>Det er fortsatt juridiske avklaringer som må gjøres og Nasjonalt e-helsestyre ber om at Direktoratet for e-helse/HOD herunder vurderer om den nasjonale tjenesteleverandøren må etableres som et AS. Finansiering av selskapets drift og fremtidige investeringsprosjekt må utredes videre. Dersom det er lagt til grunn at sektoren skal ta et større ansvar for finansiering av selskapet og den nasjonale porteføljen, forutsetter sektoren at den får en reell innflytelse på modell og omfang av prosjekt i porteføljen. I denne sammenheng må også kapitaliseringen av selskapet avklares.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre vil også understreke at det må arbeides videre med de juridiske vurderingene av hvem som ivaretar ansvaret og rollen som dataansvarlig.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyret beklager at tidsrammene ikke har gitt rom for bedre forankringsprosesser. Nasjonalt e-helsestyre anbefaler høring, og det er avgjørende at høringsnotatet gir grunnlag for gode prosesser blant aktørene i sektoren.</p> <p>For øvrig tar Nasjonalt e-helsestyre rapporten om ny e-helseorganisering og tjenesteleverandør til orientering</p> |
| 29/18 | Etablering av ny tjenesteleverandør | <p>Nasjonalt e-helsestyre er orientert om rapport "Etablering av ny nasjonal tjenesteleverandør", og understreker behovet for etablering av en Nasjonal tjenesteleverandør.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre har behov for å gå inn på nærmere inn på følgende tema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finansiering • Samstyring • Bestiller/utfører • Kostnader ved ny organisering <p>Og ser at det er behov for endringer/justeringer/suppleringer innenfor disse temaene.</p> <p>3. Nasjonalt e-helsestyre ønsker at direktoratet ber HOD om tid frem til utgangen av september måned, for å sikre nærmere dialog rundt disse punktene før oversending av fullstendig rapport.</p> |
| 21/18 | Etablering av ny tjenesteleverandør | Nasjonalt e-helsestyre tilslutter seg anbefalingene om stegvis implementering. |

| Sak | Tema | Vedtaksformulering |
|-------|---|--|
| 16/18 | Etablering av ny tjenesteleverandør | <p>Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering med følgende innspill:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Finansieringsløsning er krevende og svært vanskelig å få på plass. For det løftet sektoren har behov for trengs det friske midler. 2. Sektoren/Aktørene i helsesektoren må sikres reell innflytelse på utvikling og drift, og finansierings- og samstyringsmodellene må utredes videre og legges frem for Nasjonalt e-helsestyre. 3. Nasjonalt e-helsestyre er enig i at Nasjonal Tjenesteleverandør tar organisatorisk utgangspunkt i NHN. 4. Det fremstår urealistisk å få på plass finansiering og styring innen 1.1.2019. 5. Nasjonalt e-helsestyre ber om et fullstendig beslutningsunderlag som omfatter finansierings- og samstyringsmodeller. Det bes om at dette sendes på høring. |
| 39/17 | Tilleggsoppdrag: IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren | <p>Nasjonalt e-helsestyre tilslutter seg anbefalingene i rapporten om IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren med endringer som kom frem i møtet.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyret har følgende kommentarer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I rapporten anbefales det at nasjonal tjenesteleverandør for både statlige og kommunale tjenester bør etableres som statsforetak, og at Direktoratet for e-helse får en sentral rolle med e-helse på tvers av statlig og kommunal sektor. Direktoratet for e-helse bes, i dialog med HOD, spesialisthelsetjenesten, KMD, KS og representanter for kommunesektoren, inklusive fastlegene, å utrede en modell for samstyring. I denne modellen må kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten sikres reell innflytelse over finansiering og utvikling av fellesløsninger samt i styring av nasjonal tjenesteleverandør. - Det må utredes hvordan sektoren, herunder spesialisthelsetjenesten, kommuner og fastleger, sikres reell medbestemmelse ved prioritering og finansiering av den nasjonale porteføljen. Det må også tydeliggjøres hva som skal ligge i en nasjonal portefølje. - Det må tydeliggjøres at digitalisering skal brukes som verktøy i produktivitetutviklingen. - Det må sikres reell medinnflytelse fra brukerne ved utvikling og valg av IKT-løsninger. |

Tillegg til tildelingsbrev nr. 15

Ny e-helseorganisering

- tydeliggjøring av myndighetsrollen til
Direktoratet for e-helse

Sammendrag av rapport



[Rapportnummer]

[Dokumenttittel]

Publikasjonens tittel:

[Sett inn tittel]

Rapportnummer

[Sett inn rapportnr]

Utgitt:

[Sett inn dato]

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

Innhold

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Innledning | 4 |
| 2 | Nasjonal styring for helse- og omsorgssektoren | 4 |
| 3 | Direktoratets rolle og oppgaver | 5 |
| 4 | Oppgaver som overføres til Norsk Helsenett SF | 8 |
| 5 | Grensesnitt mellom direktoratet og tjenesteleverandør | 10 |
| 6 | Plassering av dataansvar | 11 |
| 7 | Oversikt over kostnader | 12 |
| 8 | Risiko- og konsekvensvurdering | 13 |

UTKAST

1 Innledning

Utfordringsbildet for digitalisering av helse- og omsorgstjenesten er tidligere beskrevet i *Styrket gjennomføringsevne for IKT-utvikling i helse- og omsorgstjenesten (2015)*, *IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren (2017)*, *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak (2017)*, *Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022 (2017)* og *Beslutningsunderlag for ny e-helseorganisering og nasjonal tjenesteleverandør (2018)*.

Sistnevnte rapport anbefaler tre tiltak:

- Helhetlige samstyrings- og eierstyringsmodeller
- Nye finansieringsmodeller
- Organisering med tydeligere myndighetsrolle for Direktoratet for e-helse og opprettelsen av en nasjonal tjenesteleverandør, med utgangspunkt i Norsk Helsenett SF

Styrket gjennomføringsevne avhenger av samstyring som involverer hele helse- og omsorgssektoren og gode finansieringsmodeller. I Helse- og omsorgsdepartementet pågår det arbeid med å etablere finansierings- og styringsmodell for økonomisk bærekraftige nasjonale e-helseløsninger med sikte på innføring fra 2021. Departementet forbereder i tillegg en høring rundt regulering av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse.

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom tilleggsoppdrag gitt direktoratet i oppdrag å arbeide videre særlig med myndighetsrollen.

Frist for å svare ut oppdraget er 26. februar 2019. Dette dokumentet oppsummerer direktoratet sitt svar til Helse- og omsorgsdepartementet så langt vi er kommet, og vil bli distribuert til Nasjonalt e-helse styre, Prioriteringsutvalget (NUIT) og til styret i Norsk Helsenett SF. Rapporten er i tråd med tidligere anbefalinger, og inneholder konkretisering og utdypning i samme utviklingsretning.

2 Nasjonal styring for helse- og omsorgssektoren

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for helse- og omsorgstjenesten. Departementet styrer tjenesten gjennom et omfattende lovverk, årlige bevilgninger fra Stortinget og ved hjelp av statlige etater, virksomheter og foretak.

Digitalisering innebærer at virksomheter og innbyggere deler og gjenbraker informasjon til ulike formål. Det å benytte samme løsninger, som for eksempel Helsenorge, gir god samhandling og lavere kostnader for tjenesten. For å oppnå god effekt er det avgjørende at virksomheter og leverandører samarbeider i komplekse verdikjeder og etablerer felles plattformer. Legemiddelfeltet og elektronisk meldingsutveksling er eksempler på dette.

Helse- og omsorgsdepartementet er avhengig av at aktørene er i stand til å samhandle om store løft knyttet til for eksempel innbyggertjenester og håndtering av ansvarsoverføringer mellom virksomheter. Helse og omsorgsdepartementet trenger supplerende strukturer til sin etats- og eierstyringsmodell for å sikre god gjennomføringsevne i sektoren. Uten slike supplementer vil departementets prioriteringer i mindre grad kunne realiseres.

Over år har aktørene i sektoren samarbeidet om å etablere nasjonal styringsmodell for e-helse for samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå. Denne har kontinuerlig videreutvikling av tre nasjonale utvalg og tre nasjonale styringsprosesser. Modellen er anerkjent av departementet som viktig mekanisme for gjennomføring av vedtatt politikk og prioriteringer, og bidrar således til et samspill mellom formelle styringsstrukturer i departementet og prosesser mellom aktørene i sektoren. Modellen er et sentralt virkemiddel til å få til nasjonal koordinering, prioritering og samhandling på tvers, og er derfor referert til flere steder i dette dokumentet.

3 Direktoratets rolle og oppgaver

Helse- og omsorgsdepartementet har et mål om økt gjennomføringsevne og kostnadseffektiv digitalisering av helse- og omsorgstjenesten. Ett virkemiddel for å oppnå dette er å styrke nasjonal koordinering og samhandling innen e-helse gjennom å tydeliggjøre Direktoratet for e-helse sin myndighetsrolle.

Samarbeidet mellom Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse er viktig innen flere områder. Rapporten omhandler ikke ansvarsfordelingen mellom de to direktoratene.

Som hovedprinsipp skal direktoratet gjennom etablerte prosesser fasilitere beslutninger på *hva* tjenesteleverandøren/Norsk Helsenett skal prioritere. *Hvordan* oppgavene skal løses er tjenesteleverandørens ansvar. Samarbeid med tjenesteleverandøren/Norsk Helsenett er nærmere omtalt i kapittel 5.

3.1 Direktoratets rolle

Direktoratet for e-helse har tre hovedroller.

Som premissegiver har direktoratet ansvar for å etablere rammer og retning for utviklingen på e-helseområdet. Virkemidlene er regulering (juridisk styring), instruksjon av enheter som forvalter e-helseløsninger (linjestyring) og finansiering. Direktoratet har i begrenset grad disse virkemidlene i dag, men gir faglige anbefalinger og innspill til departementet som benytter alle tre virkemidlene.

Direktoratet skal gjennom nasjonal samordning legge til rette for digitalisering i hele helse- og omsorgssektoren.

Direktoratet skal opptre nasjonalt faglig normerende ved å utarbeide og formidle nasjonale retningslinjer på e-helseområdet, herunder standardisering, kodeverk og terminologi, arkitektur og informasjonssikkerhet. Retningslinjene skal sammen med nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan, målbilder og veikart og andre normerende dokumenter gi rammer for utviklingen på e-helseområdet.

Digitalisering er viktig for å skape pasientens helsetjeneste og for å kunne behandle pasienter mer ressurseffektivt, og er et sentralt virkemiddel for å oppnå formålene i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Det bør vurderes å lovfeste plikten til samarbeid rundt nasjonal styringsmodell og henvisning til nasjonal strategi for e-helse.

Som fagorgan har direktoratet ansvar for å utarbeide faglige grunnlag for beslutninger som skal tas i statsforvaltningen og sektoren, følge med på forhold som kan påvirke utviklingen av e-helse og gi råd og veiledning på e-helseområdet.

Virkemidlene som ligger til rollen som fagorgan er å utvikle kunnskap og kommunisere denne til relevante interessenter.

Direktoratet har ansvar for å informere Helse- og omsorgsdepartementet om vesentlige forhold som er av betydning for sektorens samlede måloppnåelse. Direktoratet skal gi råd og veiledning på e-helseområdet og bistå aktørene i digitaliseringsarbeidet. Direktoratet skal sammenstille kunnskap, erfaringer og situasjonsanalyser og være det nasjonale kompetansemiljøet for utredninger og gevinstanalyser av nasjonale digitaliseringstiltak.

Som pådriver har direktoratet ansvar for å legge til rette for prosesser som bidrar til at sektorens øvrige aktører opptre samordnet og i henhold til nasjonale strategier, herunder legge til rette for felles beslutninger og aktiviteter slik at nasjonale helsepolitiske mål kan nås.

Virkemidlene som ligger til rollen som pådriver er prosesseierskap, koordinering, interessentoppfølging, og kommunikasjon. De nasjonale prosessene skal sikre felles forankring av nasjonale prioriteringer innen e-helse på tvers av helse- og omsorgssektoren, slik at gevinster i større grad kan hentes ut.

Direktoratet skal være pådriver i utvikling og realisering av digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren, gjennom etablering av nasjonale programmer og prosjekter.

3.2 Direktoratets oppgaver

Direktoratets oppgaver kan deles i tre hovedkategorier; følge-med ansvaret, nasjonal styringsmodell for samstyring og normerende områder som arkitekturstyring, standardisering, kodeverk og terminologi, informasjonssikkerhet og personvern.

Følge-med ansvaret handler om å følge med på forhold som påvirker e-helseutviklingen. Direktoratet skal sørge for at ervervet kunnskap er tilgjengelig for sektoren som grunnlag for strategisk styring av e-helseutviklingen.. Strategisk følge-med-funksjon i direktoratet arbeider med innhenting, analyse og formidling av slik kunnskap. Direktoratet følger med på utviklingen på fagfeltet, i sektoren og på digitalisering av offentlig sektor generelt (tverrsektorielt). Direktoratet har også samarbeid innenfor WHO, EU og Nordisk Ministerråd for å følge med på utviklingen internasjonalt. I tillegg følger direktoratet med på teknologitrender som kan påvirke utviklingen av e-helse.

Det er behov å videreutvikle rollen som nasjonalt kompetansemiljø for utredninger og analyser av nasjonale digitaliserings- og e-helsetiltak. Arbeidet som skal stimulere til næringsutvikling og økt bruk av markedet for realisering av e-hesløsninger skal også styrkes. Direktoratets ansvar for å stimulere til kunnskapsbasert praksis og en faktabasert offentlig debatt skaper et behov for tilgang til oppdatert informasjon om strategisk måloppnåelse i sektoren. Det bør kunne pålegges virksomheter og andre aktører krav om å rapportere på viktige strategiske nøkkeltallindikatorer som skaper et slikt kunnskapsgrunnlag for strategisk analyse og beslutningstaking.

Nasjonal styringsmodell for e-helse skal bidra til økt samhandling mellom aktørene på e-helseområdet. Modellen gir Helse- og omsorgsdepartementet, direktoratet og aktørene i helse- og omsorgssektoren mulighet til å se sektorens samlede behov og dermed et grunnlag for å prioritere mellom ulike behov hvor målet er størst samlet verdi for sektoren og samfunnet. Direktoratet for e-helse kan på denne måten understøtte departementet i arbeidet med helhetlige prioriteringer og tilhørende finansiering.

Prosessene i nasjonal styringsmodell sørger for koordinering og forankring i sektoren, og bør profesjonaliseres. Strategiprosessen tar utgangspunkt i vedtatt politikk og behov i sektoren. Resultatet er nasjonal e-helsestrategi. For realisering av strategien er det etablert to gjennomføringsprosesser. Den ene er porteføljestyingsprosessen som sørger for årlig prioritering og transparens av politiske føringer samt sektorens innspill og felles tilslutning. Den andre er forvaltningsstyringsprosesser som sikrer at aktørene har påvirkning og tar ansvar for løsningene som er etablert. Arkitekturstyringen skal understøtte prosessene.

Strategiprosessen bør videreutvikles for å sikre at den strategiske planen blir mer handlingsrettet og egnet som verktøy for prioriteringsdiskusjoner i den nasjonale e-helseporteføljen.

Porteføljestyingsprosessen må videreutvikles slik at de totale utviklings-, drifts-, forvaltnings- og vedlikeholdskostnadene kan sees og prioriteres samlet. Porteføljestyingsprosessen må utvides til i større grad å omfatte gevinststyring og til å understøtte arkitekturstyring. Det må være et mål at nasjonale beslutninger som er forankret gjennom styringsmodellen følges av finansiering og forpliktende planer for gjennomføring, innføring og gevinstrealisering.

Forvaltningsstyringsprosessen må etableres fullt ut, slik at den formelt omfatter alle nasjonale løsninger og gir grunnlag for å gjennomføre helhetlige prioriteringer, uavhengig av løsning og eier. Som del av forvaltningsstyring anbefales det å etablere sektorsammensatte styrever for områder, såkalte områdestyrever, i stedet for dagens produktstyrever som kun omfatter enkeltløsninger. Dette er en videreutvikling av anbefalingen gitt i Beslutningsunderlag for ny e-helseorganisering og nasjonal tjenesteleverandør (2018).

Fagområder

Arkitekturstyring har som formål å sikre samhandlingsevne på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå, tilrettelegge for økt gjennomføringsevne, innovasjon og kostnadseffektiv digitalisering.

Nasjonal arkitekturstyring skal utføres i tett samarbeid med sektoren, både i direkte dialog med aktørene og gjennom ulike fora. Et eksempel på dette er blant annet å sikre at utvikling og forvaltning av "*felles grunnmur*" skjer i takt med sektorens behov. Direktoratets normerende rolle innen arkitektur bør tydeliggjøres i Helse- og omsorgsdepartementets pågående lovarbeid.

Informasjonssikkerhet og personvern er en grunnleggende forutsetning for digitalisering. Det er et behov for at direktoratet videreutvikler sin rolle som sektorens fagorgan for informasjonssikkerhet og personvern, med lovfortolkning og veiledningsmateriell. I de fleste tilfeller vil Normen være et godt virkemiddel for å stille krav på informasjonssikkerhetsområdet. I en del tilfeller vil det være behov for å stille krav gjennom forskrifter.

Standardisering er avgjørende for å oppnå en trygg og effektiv samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Fagområder som standardisering og helsefaglige kodeverk er i sterk utvikling globalt. Det er behov for løpende innsats for å sikre at Norge drar nytte av

internasjonal erfaring, og at det blir enklere for helse- og omsorgstjenesten å benytte internasjonale leverandører. Flere store og pågående digitaliseringsløft som legemiddelområdet, Helseplattformen, Helsedataprogrammet og Velferdsteknologi-programmet vil ha behov for å ta i bruk internasjonale standarder fremover. For å få økt gjennomføringskraft ser vi behov for at flere standarder vil inngå i *Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten*.

Kodeverk og terminologi benyttes for å standardisere innholdet, ved registrering i pasientjournalen og ved administrativ oppfølging av pasientbehandlingen.

Innføring av en felles standardisert terminologi (SNOMED CT) og tilhørende kodeverk skal bidra til å understøtte behovet for økt samhandling og bedre kvalitet på helsefaglig dokumentasjon.

4 Oppgaver som overføres til Norsk Helsenett SF

Tjenesteleverandøren/Norsk Helsenett skal levere helhetlige nasjonale e-helseløsninger til sektoren, pasienter og innbyggere. Tjenesteleverandøren/Norske Helsenett skal være en profesjonell teknologiaktør som innenfor rammen av nasjonale føringer omdanner behov til e-helsetjenester på en mest mulig effektiv måte. Tjenesteleverandøren/Norsk Helsenett skal ha ansvar for *hvordan* nasjonale e-helseløsninger skal integreres og forvaltes, slik at de understøtter prosesser og verdikjeder på tvers av helse- og omsorgssektoren.

Forvaltningen av de nasjonale e-helseløsningene innebærer at de til enhver tid fortsatt er relevante og understøtter produktstrategi og veikart. Forvaltning dekker videreutvikling samt basis forvaltning og understøttes av forvaltningsstyringsprosessen.

- Større utviklingsoppgaver prioriteres av nasjonal portefølje og kan bestilles av direktoratet og er en del av porteføljestyringsprosessen.
- Videreutviklingsoppgaver er knyttet til endringer på løsninger innenfor rammen gitt av et områdestyre.
- Basis forvaltning omfatter opprettholdelse av et produkts funksjonelle og tekniske behov gjennom produktets levetid. Dette innebærer overvåkning, vedlikehold gjennom utbedring av feil og forbedringsarbeid, samt tilpasning til ny teknologi.



Utvikling, videreutvikling, basis forvaltning og drift av eksisterende og nye nasjonale e-helseløsninger har følgende hovedoppgaver som skal overføres:

- **Produktstyring:** Ansvar for produktstrategier, veikart og årlige leveranseplaner for den enkelte e-helseløsning. Produktansvarlig er kontaktpunkt for produktet, har en helhetlig oversikt over alle utviklingsplaner, prioriterer de enkelte utviklingsleveransene samt følger opp tiltakene på produktrisiko.
- **Sikkerhetsvurderinger:** Ansvar for sikkerhetsvurderinger for hver nasjonal e-helseløsning med utgangspunkt i etablert metodikk, gjennom hele produktets levetid.
- **Brukskvalitet:** Ivaretagelse av brukerkravene fra interessentene, med mål god opplevd brukskvalitet. Skal dekke design av helhetlige brukerreiser (tjenestedesign). Tilrettelegging og kvalitetssikring av redaksjonelt arbeid på de nasjonale e-helseløsningene inngår også i brukskvalitet.
- **Arkitekturvalg:** Ansvar for vurderinger av teknologiske og funksjonelle behov, sikkerhet og krav til løsningene for å beslutte arkitekturvalg, innenfor rammene av nasjonal arkitekturstyring.
- **Løsningsutvikling, test- og kvalitetssikring:** Utvikling, videreutvikling og basisforvaltning av en løsning/produkt gjennomføres i hele produktets levetid. Oppgavene omfatter også løsningsdesign, utviklingsmetodikk, utvikling/anskaffelse av programvare og dokumentasjonen. Teststrategi med tilhørende testplaner for gjennomføring, utvikling og produksjonssetting forutsettes.
- **Produksjonsoppfølging:** Ansvar for produksjonssettinger og oppfølging av driftsleverandørene. Bruks- og vedlikeholdsavtaler for virksomheter og leverandører, som regulerer tilgang til de nasjonale e-helseløsningene, følges opp av avtaleforvalter.
- **Godkjenning av nye aktører:** Test og godkjenning av nye aktører i leverandørmarkedet som har et ønske og behov for å integrere seg mot nasjonale løsninger. Det er etablert en egen godkjenningsprosess for dette
- **Innføring og gevinstarbeid:** Innføring starter i tidlige faser for å definere hva som må til for at løsningene skal la seg innføre, herunder forankring og eierskap i sektor. Innføringsmodellen baserer seg på å etablere endringsnettverk i sektoren. Endringsnettverkene skal følge opp at virksomhetene selv kan ta eierskap til innføring- og gevinstrealisering. Dette er per i dag ikke etablerte nettverk og er av stor betydning for å lykkes med eierskap til innføring og gevinstrealisering i sektoren
- **Brukerstøtte og saksbehandling:** Forespørsler om produktstøtte og veiledning mottas i dag av Veiledning helsenorge.no (HELFO), som kontakter tjenesteleverandøren/Norsk Helsenett på forespørsler som krever inngående fagkompetanse. Dette samarbeidet vil vedvare. Oppgaven omfatter også å svare ut forespørsler om løsningene som kommer via postmottaket,
- **Beredskap:** Ansvar for beredskapsvaktordning, beredskapsplanverk og kontinuitetsplaner for å sikre at alvorlige hendelser blir håndtert forsvarlig i hele livssyklusen til de nasjonale e-helseløsningene. Både direktoratet og tjenesteleverandøren/Norsk Helsenett har beredskapsansvar for egen virksomhet

Til oppgavene som overføres ligger mange prosesser, roller og standard metodikk som benyttes for å sikre kvalitet, kontinuerlig forbedring, smidig gjennomføring og organisering.

5 Grensesnitt mellom direktoratet og tjenesteleverandør

Det eksisterer i dag et tett samarbeid mellom Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett. Norsk Helsenett har ansvar for drift av løsninger som skal overføres. Samarbeidet om drift er regulert gjennom SLA avtaler, og følges opp gjennom driftsmøter og rapportering. De to virksomhetene har også et utstrakt samarbeid innenfor standardisering og arkitekturstyring.

Som beskrevet i kapittel 4 er oppgavene som overføres til tjenesteleverandør/Norsk Helsenett i stor grad knyttet til utvikling av nasjonale løsninger i form av prosjekter og programmer, eller forvaltning og videreutvikling av eksisterende løsninger.

Det er ønskelig at den samlede kompetansen om e-helse utnyttes på tvers av direktoratet og tjenesteleverandøren/Norsk Helsenett i et tverrfaglig partnerskap, og det forutsettes et tett og godt samarbeid mellom de to. For å lykkes er det vesentlig at samarbeidet videreutvikles og formaliseres for å etablere forutsigbare og gode rammer. En samarbeidsmodell skal dokumenteres i et sett med avtaler på tilstrekkelig detaljeringsnivå for å etablere forutsigbare og gode rammer.

Forvaltning av nasjonale e-helseløsninger: For å sikre god forvaltningsstyring foreslås sektorsammensatte styrer for områder (områdestyrer), i stedet for dagens produktstyrer som kun omfatter enkeltløsninger. Et område kan omfatte en eller flere nasjonale løsninger som hører sammen og gir en helhet, for eksempel i en verdikjede. Legemiddelområdet, Innbyggertjenester og samhandling (Felles grunnmur og Kjernejournal) og Helsedata kan være eksempler på slike områder. Løsningene innen et område kan eies og forvaltes av mange ulike aktører. Hvilke områder som velges vil forankres i styringsmodellen.

Hvert område skal ha én ansvarlig, som skal ha det overordnede strategiske ansvaret for området. *Områdeansvarlig* skal blant annet angi strategisk retning for området og ivareta den langsiktige utviklingen av området på vegne av sektoren, synliggjøre behov, sørge for koordinering og at sektoren har medbestemmelse i prioriteringsbeslutninger gjennom områdestyrene. Rollen som områdeansvarlig ivaretas av direktoratet.

Områdeansvarlig gjør prioriteringer innenfor rammene fra nasjonal styringsmodell, og har ansvar for å bestille endringer og for å sikre en god samhandling med tjenesteleverandøren/Norsk Helsenett.

Områdeansvarlig i direktoratet gjør bestillinger til *Kundeansvarlig for området* hos tjenesteleverandøren/Norsk Helsenett. Den kundeansvarliges ansvarsomfang og/eller portefølje, spiller området som områdeansvarlig i direktoratet har ansvar for.

Tjenesteleverandøren/Norsk Helsenett har ansvar for egne valg, innenfor de rammene som er gitt, og har den nødvendige dialogen med sektoren.

Direkte bestillinger til tjenesteleverandøren/Norsk Helsenett:

Tjenesteleverandøren/Norsk Helsenett kunder er helse- og omsorgssektoren. Kundene tegner avtaler med tjenesteleverandøren både om bruk av eksisterende tjenester og nye. Den løpende kundeoppfølgingen vil foregå mellom tjenesteleverandøren og kundene. Tjenesteleverandøren/Norsk Helsenett fakturerer kundene. Dette er i tråd med tidligere anbefalinger i rapporter vedrørende finansieringsmodeller. For å sikre samstyring,

arkitekturstyring og standardisering i sektor skal aktuell områdeansvarlig være informert om slike bestillinger. Dette må håndteres på en slik måte som ikke er til vesentlig hinder for effektiv gjennomføring.

Programmer og prosjekter som direktoratet har eierskap til: Programmene og prosjektene som direktoratet har eierskap til vil i mange tilfeller inneholde leveranser fra tjenesteleverandøren/Norsk Helsenett. Program-/prosjekteier har i disse tilfellene bestillerrollen overfor tjenesteleverandøren/Norsk Helsenett. Om programeier bestiller hele programmet, hele prosjekter, enkeltleveranser eller ressurser fra tjenesteleverandøren/Norsk Helsenett vil variere fra program til program og må avklares i hvert enkelt tilfelle.

Noen grensesnitt skal tydeliggjøres og konkretiseres nærmere i samarbeid med Norsk Helsenett i løpet av året. Foreløpig gjelder det områdene innføring og gevinstrealisering, informasjonssikkerhet, personvern og beredskap, arkitekturstyring og kommunikasjon. Noen av disse temaene fremkommer av kapittel 4 Dette vil også bli tema for videre prosess inn mot etablering 1.1.2020.

6 Plassering av dataansvar

Vurdering og anbefaling til plassering av dataansvar omfatter de nasjonale e-helseløsningene Kjernejournal, Reseptformidleren (e-resept), Helsenorge og Grunddata.

I all behandling av person- og helseopplysninger skal det være en dataansvarlig¹. Den dataansvarlige har hovedansvaret for at behandling av person- og helseopplysninger er i samsvar med gjeldende regelverk. EUs personvernforordning (GDPR) gir rammer for dataansvaret ved å detaljere en mengde plikter og oppgaver, og legger opp til sanksjoner når pliktene ikke overholdes.

Dataansvaret bør plasseres slik at de som har reell kontroll på utøvelsen av oppgaver og ansvar i behandling av person- og helseopplysninger, enten som følge av loven eller av faktiske forhold for den relevante løsningen, er den som blir dataansvarlig. Den dataansvarliges faktiske innflytelse og kontroll henger sammen med myndighet til å bestemme formålet med behandlingen av person- og helseopplysningene og hvilke midler som skal benyttes.

Omfanget av dataansvaret innebærer blant annet ansvar for etterlevelse av gjeldende regelverk, ansvar for informasjonssikkerhet og personvern, ansvar for den faktiske databehandlingen i løsningen, ansvar for anskaffelse, utvikling, forvaltning og drift av løsninger og ansvar for strategiske valg som direkte eller indirekte påvirker behandling av person- og helseopplysninger i løsningen.

GDPR har ført til at dataansvarlig har fått flere plikter. De sentrale pliktene for den dataansvarlige er knyttet til blant annet å sikre gyldig behandlingsgrunnlag, etablere tekniske og organisatoriske tiltak, lage protokoll for all behandling av person- og helseopplysninger,

¹ For behandling av helseopplysninger brukes begrepet "dataansvarlig", for behandling av andre personopplysninger brukes begrepet "behandlingsansvarlig". Innholdet er det samme og begrepet dataansvarlig benyttes kun i helselovgivningen.

gjennomføre personvernkonsekvensvurderinger, sikre personopplysningssikkerhet, håndtere brudd på personopplysningssikkerheten og ivareta den registrertes rettigheter.

Alt ansvar og plikter beskrevet ovenfor vil i sin helhet følge den som har rolle som dataansvarlig.

Plassering av dataansvar er bestemmende for fordeling av oppgaver. Plassering av dataansvar i én virksomhet vil blant annet bidra til at utførelsen av oppgaver og plikter blir mindre utfordrende, gi en mer helhetlig tilnærming til de nasjonale e-helseløsningene, samt bidra til bedre ivaretagelse av innbyggers rettigheter. Felles dataansvar, der to virksomheter er ansvarlige sammen for den samme behandlingen, vil blant annet kunne føre til uklarhet rundt roller og ansvarsfordeling, medføre stor grad av kontinuerlig koordinering og samarbeid, samt eventuelt behov for duplisering av kompetanse.

Tre modeller for plassering av dataansvar har vært vurdert:

1. E-helse som dataansvarlig
2. Norsk Helsenett/nasjonal tjenesteleverandør som dataansvarlig
3. Felles dataansvar

Modell 1 og modell 3 kan blant annet føre til at direktoratets myndighetsrolle ikke blir tilstrekkelig uavhengig og nøytral. Modell 1 (dagens ordning) vil videreføre de samme utfordringene med risiko for blant annet blanding av roller. Modell 3 kan føre til at det kreves mer prosess, dokumentasjon begge virksomheter, mulig duplisering av oppgaver mv.

For å unngå felles dataansvar mellom Direktoratet og Norsk Helsenett/ tjenesteleverandør, bør dataansvaret for de nasjonale e-helseløsningene (Kjernejournal, e-resept, Helsenorge og Grunndata) plasseres samlet og i sin helhet i den nye tjenesteleverandøren (modell 2).

7 Oversikt over kostnader

Det er tidligere gitt estimater på kostnader knyttet til etablering av ny nasjonal tjenesteleverandør/Norsk Helsenett. I desember 2018 ble det beregnet at kostnaden knyttet til drifts- og forvaltningsoppgavene som forventes overført er mellom 300-330 millioner kroner. Kostnaden knyttet til utviklingsoppgavene som forventes overført er mellom 250-270 millioner kroner. Begge disse størrelsene gir et uttrykk for kostnaden ved å løse de oppgavene som overføres, på det nivå som er lagt til grunn på overføringstidspunktet, slik oppgavene er blitt løst i direktoratets regi. Gjennomsnittlig brutto lønnskostnad er i beregningene i overkant av 1 millioner kroner og omfatter mellom 210 og 230 stillinger.

Etableringen av en nasjonal tjenesteleverandør gir ikke økte varige kostnader over tid. Omstilling og organisasjonsutvikling medfører kostnader. Disse kostnadene er å anse som en investering i fremtidige gevinster.

Det blir gjennomført nye analyser for å oppdatere estimatene for engangskostnader, varig økte kostnader og kostnaden knyttet til ressursene som foreslås overført fra direktoratet til tjenesteleverandør/Norsk Helsenett. Estimaten blir da oppdatert med utgangspunkt i budsjettall for 2019, justert for endringer i oppgaver som skal overføres og korrigert for

overføringer fra tidligere år. Estimeringsmodellene brukt i tidligere rapporter er lagt til grunn for beregning av størrelser og fordeling mellom drifts- og forvaltningsoppgaver og utvikling.

Når det gjelder det pågående arbeidet i Helse- og omsorgsdepartementet om finansieringsmodeller, vil vi komme tilbake med innretningen basert på departementets beslutning.

8 Risiko- og konsekvensvurdering

En vellykket omorganisering forutsetter at tilstrekkelige rammebetingelser og virkemidler for utøving av roller og oppgaveløsning for både Direktorat for e-helse og Norsk Helsenett/tjenesteleverandør er til stede. Arbeidet med å få på plass juridiske virkemidler og modeller for finansiering og styring må skje parallelt med organiseringstiltaket, og er avgjørende for flere, bedre og mer sammenhengende digitale helsetjenester.

I rapporten *Beslutningsunderlag for ny e-helseorganisering og nasjonal tjenesteleverandør (2018)* fremkommer en overordnet vurdering av gjennomføringsrisiko knyttet til måloppnåelse gjennom de tre tiltakene i anbefalingen; helhetlige samstyrings- og eierstyringsmodeller, nye finansieringsmodeller, samt ny organisering. Det ble den gang vurdert at organiseringstiltaket har lav gjennomføringsrisiko.

Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett har vurdert risiko knyttet til overføringen på nytt med utgangspunkt i følgende områder: Ledere og medarbeidere, effektivitet og kvalitet, teknisk svikt og informasjonssikkerhet, omdømme og tillit, prosesser, roller og ansvar. Arbeidet med risiko- og konsekvensvurdering på disse områdene innebærer at det arbeides kontinuerlig med risikoreduserende tiltak i Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett fremover, for å sikre at overføringen skal gå etter planen.

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no