

Referat fra møte i Nasjonalt e-helseråd		
Møte	2/2023	
Dato	23. juni 2023	
Tid	Kl. 10.00 – 15.00	
Sted	Radisson Blu, Gardermoen	
Medlemmer		
Til stede	Erik Hansen (Helse Vest RHF) Rune Simensen (Helse Sør-Øst RHF) Mariann Hornnes (Direktoratet for e-helse) Jan Arild Lyngstad (Helsedirektoratet) Kristin W. Wieland (KS) Svein Lyngroth (Oslo kommune) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) – sak 14/23 og sak 15/23 - digitalt	Wenche P. Dehli (Trondheim kommune) – digitalt Lilly Ann Elvestad (FFO) – digitalt Mina Gerhardsen (Nasjonalforeningen for folkehelsen) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Frode Danielsen (Digitaliseringsdirektoratet) Johan Ronæs (Norsk helsenett SF)
Ikke til stede	Per Olav Skjesol (Helse Midt RHF) Barthold Vonen (Helse Nord RHF) Kjell Wolf (Bergen kommune) Christine Bergland (Folkehelseinstituttet)	Lill Sverresdatter Larsen (Norsk Sykepleierforbund) Jan Hugo Sørensen (Nordreisa kommune)
Stedfortreder	Astrid Bjørgum (Helse Midt RHF) stilte for Per Olav Skjesol Kai Øyvind Brenden (Norsk Sykepleierforbund) stilte for Lill Sverresdatter Larsen	Bengt Nilsfors (Helse Nord RHF) stilte for Barthold Vonen
Direktoratet for e-helse	Lucie Aunan Norunn Saure	Vibeke Jonassen Wang Karen Lima

Sak	Agenda Nasjonalt e-helseråd	Sakstype
9/23	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
10/23	Godkjenning av referatet fra møtet 16. mars 2023 i Nasjonalt e-helseråd	Godkjenning
11/23	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
12/23	Drift- og forvaltningskostnader for de nasjonale e-hesløsningene	Drøfting
13/23	Forslag til målbilde for digitalisering i helse- og omsorgssektoren og indikatorer for å måle utvikling på e-helseområdet	Drøfting
14/23	Status og veien videre for felles journalløft i kommunal sektor	Drøfting
15/23	Prioritering av utprøving av samhandlingstjenester knyttet til Felles kommunal journal	Anbefaling
16/23	Eventuelt	

Sak	Tema
9/23	Godkjenning av innkalling og dagsorden
	Det kom ingen innspill til innkalling og dagsorden.
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd godkjenner innkalling og dagsorden.
10/23	Godkjenning av referatet fra møtet 16. mars 2023 i Nasjonalt e-helseråd
	Det kom ingen innspill til referatet.
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd godkjenner referatet fra møtet 16. mars 2023.
11/23	Orientering fra Direktoratet for e-helse
	Direktoratet for e-helse orienterte Nasjonalt e-helseråd om følgende saker: <ul style="list-style-type: none"> • Samarbeidsorgan for digital helseberedskap • Status for overtagelse av vedtaksmyndighet til Direktoratet for e-helse v/ Helsedataservice

	<ul style="list-style-type: none"> • Endringer i organiseringen av den sentrale helseforvaltningen <ul style="list-style-type: none"> ○ Nasjonalt e-helseråd uttrykte stor respekt for prosessen den sentrale helseforvaltningen nå skal gjennom. ○ Representant fra kommunal sektor nevnte at det å samordne bedre kan være fornuftig. Digitalisering må fortsatt ha samme fokus. Digitalisering er helt vesentlig for å ta ut effektene. Videre organisering må ivareta det. ○ Digitaliseringsdirektoratet var opptatt av og mener det bør ses nærmere på hvordan samordne helsedigitaliseringen inn mot den tverrsektorielle digitaliseringen. ○ Legeforeningen har forventninger om at det kan være noen fordeler og gevinster i ny organisering. De er opptatt av at IT blir viktigere i tiden fremover. ○ Helse Vest RHF mener dette er en endring i tråd med det de også mener er riktig og en bra utvikling. ○ Helse Sør-Øst RHF støttet innspillet til Helse Vest RHF. De legger til rette for å få teknologi og tjenestene tettere sammen. ○ Helsedirektoratet mener de og Direktoratet for e-helse har mye synergier, og at de kan få til mye sammen.
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helseråd tar sakene til orientering.</p>
12/23	Drift- og forvaltningskostnader for de nasjonale e-helseløsningene
	<p>Johan Ronæs, Norsk helsenett SF, la frem for drøfting med Nasjonalt e-helseråd drift- og forvaltningskostnader for de nasjonale e-helseløsningene slik det ble presentert i teknisk beregningsutvalg våren 2023, samt ulike mulige ambisjonsnivå for de nasjonale e-helseløsningene.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legeforeningen sa at det manglet midler til videreutvikling av løsningene. Løsningene, som for eksempel sentral forskrivningsmodul blir 80 % ferdig, og så oppstår det behov. Da er det de som har penger som blir prioritert. Det er de små aktørene som lider. • Representant fra kommunal sektor sa at arbeidet i Teknisk beregningsutvalg gjør oss i stand til å få bedre innsikt i kostnadsutviklingen, men dette inkluderer ikke kostandene for kommunene ved innføring og utbredelse. Det er behov for større forutsigbarhet, om hvilke kostnader som treffer kommunene til hvilken tid, både når det gjelder fakturering over tid, hva det totale kostnadsbildet er og når gevinstene kan hentes ut. Overgangen mellom når ting er teknisk klart til bruk, og når det er klart til bruk og tilrettelagt for kommunene, må avklares. Det er p.t. ikke en tydelig definisjon om når en løsning går fra utvikling til drift og når kostnadene i form av fakturering treffer kommunene. • Helsedirektoratet mener vi bør se på samfinansieringsmekanismer. I dag er det førstemann ut som finansierer utviklingen. Det er slagsider ved slik vi gjør det i dag. Videre bør det vurderes behovet for lifecycle management. Hva skjer fremover av behov for endringer, saneringer og nødvendig oppgradering? • Digitaliseringsdirektoratet informerte om at de samme problemstillingene gjelder på tvers av alle sektorer. Det er tilsvarende vekst i bruk på disse løsningene, og budsjettene er flate og ikke bærekraftig. Hvordan sikre drift og forvaltning, men også utvikling og investeringer? Vi kan ikke bare se på nødvendig utvikling, men også potensialet som ligger der. Vi bør snakke mer sammen, her er det synergier på tvers som kan effektivisere og berike utviklingen. Vi jobber mot SKATE og departementet om hvordan vi styrer digitalisering. • Helse Sør-Øst RHF mener det blir viktig å finne en modell som gir rom for videreutvikling. Det er gammeldags tenkning å utvikle noe, og så sette det i produksjon. Det er ønskelig å se et scenario med penger og konsekvenser. Dette kommer ikke tydelig nok frem i saken. Nå blir det veldig prinsipielt og vanskelig å svare på ønsket ambisjonsnivå da vi ikke ser eventuelle konsekvenser. I tillegg er en økning på 19 % krevende for sektoren. Norsk helsenett SF svarte at de ikke vil diskutere tjenestepreis i Nasjonalt e-helseråd. Hvis de skal

diskutere tjenestepris, så skjer det i produktrådene. Det er produktstyret i Helsenorge som prioriterer og det får konsekvenser for tjenesteprisen. Leder i Nasjonalt e-helseråd sa at det står i foretaksprotokollen at Norsk helsenett SF skal legge frem samlet vekst i kostnader og ulike ambisjonsnivå. Norsk helsenett SF svarte at de har lagt frem ambisjonsnivå, men at de ikke ønsker å diskutere detaljer og kostnadsnivå i Nasjonalt e-helseråd. Leder i rådet sa at vi sammen må klare å vise større forutsigbarhet i kostnadskonsekvensene av investeringsbeslutninger. Nivået totalt sett er avgjørende når det er plikt til å ta i bruk og når det er klart til bruk. Norsk helsenett SF svarte at det kan de gjøre bedre. Nasjonalt e-helseråd bør be Norsk helsenett SF komme tilbake til høsten (når tallgrunnlaget er mer detaljert).

- Representanten fra Helse Vest RHF kommenterte at han er medlem i Teknisk beregningsutvalg og er enig i notatet og tallgrunnlaget som er sendt til Helse- og omsorgsdepartementet. Det er transparent og godt arbeid. Kostnadene har alltid gått oppover. Bildet for 2024 er krevende for hele sektoren. Like fullt mener de at vi må ha ambisjon om å få fellesløsninger på plass. Det er billigere å gjøre dette sammen, enn hver for oss. En annen tilnærming kunne ha ført til enda større kostnadsvekst. Det ble stilt spørsmål om vi bør tenke mer mot rammefinansiering. En sum som alle kunne forplikte seg til.
- Representant fra kommunal sektor sa at kostnadsøkningen er alvorlig for kommunene. RHF-ene har jobbet mer systematisk med dette. Kommunene klarer ikke å jobbe på samme måte. Kommunene er langt unna og fragmentert. Det er gevinstpotensiale i tjenesten ved å få løsningene inn i sektoren. Det handler om finansieringsløsninger og samordne 365 kommuner. Vi har noe mer organisering nå enn for bare 5 år tilbake. Men vi har ikke klart å bruke det offensivt for å få opp målområder og gevinstområder. Vi får ikke trykk på dette. Vi har en stor utfordring som vi i E-helserådet kan bidra til å finne ut av.
- Direktoratet for e-helse sa at Nasjonalt e-helseråd er det øverste organet i e-helse og skal gi råd om strategiske veivalg på e-helseområdet for å sikre en helhetlig e-helseutvikling med effektiv utnyttelse av ressursene. Grunnen til at saken er på agendaen er fordi Teknisk beregningsutvalg skrev et notat til Helse- og omsorgsdepartementet om behovet for ulike servicenivå. Teknisk beregningsutvalg ønsker å få eventuelle overførte midler fra året før med i oppstillingen. Teknisk beregningsutvalg ser behov for å diskutere hvordan velferdsteknologisk knutepunkt skal behandles i rådsmodellen. Teknisk beregningsutvalg synes det er utfordrende for deres jobb at det tas beslutninger som påvirker kostnadsnivået mange ulike steder. Direktoratet for e-helse forstår ikke sammenhengen når Norsk helsenett SF sier at Nasjonalt e-helseråd kun kan komme med innspill samtidig som de sier at rådet har besluttet investeringer. Det viser at det er nødvendig å behandle denne saken i E-helserådet og at Norsk helsenett SF følger rådene fra E-helserådet. Det er mulig å snakke om ambisjonsnivå og servicenivå; det gjør de fleste leverandører. Representanten oppfatter ikke at Norsk helsenett SF svarer ut oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet og støtter Helse Sør-Øst RHF sin kommentar. API-er er en god tilnærming, men fører til en sterkere avhengighet av leverandørmarkedet. Norsk helsenett SF svarte at de er enig i at Nasjonalt e-helseråd er det øverste rådet. Men Norsk helsenett SF får sine oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er sektoren som prioriterer servicenivå. Det er riktig at det er rådene i rådsmodellen som prioriterer utviklingen og det er vanskelig for Teknisk beregningsutvalg å få oversikt. Norsk helsenett SF presenterer bare resultatet. Teknisk beregningsutvalg kan si noe på om vi har riktig kostnadsnivå, det er den viktigste oppgaven. Produktråd kan prioritere nivå.
- Direktoratet for e-helse sa at vi må få et bedre grunnlag for investeringsbeslutninger med tilhørende drift- og forvaltningskost. Vi må ha større forutsigbarhet. Norsk helsenett SF svarte at dette er reelle estimater rett før produksjon, og at estimatene vil være enda mer reelle til høsten når de presenteres i Teknisk beregningsutvalg. Noen ganger har de underforbruk som de kan prioritere med sektor, eller ta ned teknisk gjeld. Det er Norsk

	<p>helsenett SF som bærer risikoen for over – og underforbruk. Alternativt kan sektoren ta risikoen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helse Vest RHF var noe undrende til at det er notatet for 2022 som omtales, når det siste notatet fra Teknisk beregningsutvalg er fra våren 2023, og som for øvrig burde vært lagt ved denne saken. Vi er vant til at fremtidig vedlikehold er en prosentsats. Norsk helsenett SF viser til effektivisering og en tilnærming lik andre kontraktsforhold. Det blir for vanskelig og krevende å se kostnadene pr utviklingsaktivitet. Rammefinansiering kan være det rette her. Vi må forholde oss til Teknisk beregningsutvalg. Direktoratet for e-helse svarte at grunnen til at notatet fra 2022 ble nevnt er fordi det er der behovet for ulike servicenivå er beskrevet. Direktoratets øvrige kommentarer er knyttet til notatet fra TBU i år. • Representant fra kommunal sektor sier det er viktig med samordning. Vi har en felles portefølje og prosess med felles utbredelse. Når det er sagt må det nasjonale målbildet passe sammen med ambisjonsnivå av kommunal sektor. Det er 365 kommuner som samordnes. Det er vanskelig å si ja eller nei til de nasjonale ambisjonsnivåene, uten at dette hensyntar kommunal sektors egne prioriteringer. Det er viktig å forstå hva de ulike nasjonale ambisjonsnivåene betyr, og konsekvensen av dem. Videre er det behov for å se det totale kostnadsbilde, og når kostnadene treffer kommunene. Vi har behov for økt gjennomføringskraft for å kunne ta ut gevinstene over tid. • Representant fra kommunal sektor sa at dersom Nasjonalt e-helseråd skal ta beslutninger så må vi ha prognoser på hva kostnadene blir. Norsk helsenett SF leverer gode tjenester. Vi må ha tillit til leveransen, og dere i Norsk helsenett SF har vist dere tilliten verdig. Norsk helsenett SF må ha handlingsrom til å prioritere. • Helse Sør-Øst RHF mener det er noen systemsvakheter her. Det ene er måten vi tar beslutninger på. Det tas beslutninger i produktstyrene for de ulike løsningene, og da tar man beslutninger innenfor sin kontekst. Det får en konsekvens for drift- og forvaltningskostnadene. Helse Sør-Øst RHF har en ramme som de tar beslutninger innenfor. Det er mulig å styre økonomien og delegere beslutninger når det er en ramme. Videre er det ikke rom for videreutvikling i dag, det er ikke tatt høyde for kontinuerlig utvikling. Det må også Nasjonalt e-helseråd ta inn over seg. • Nasjonalt e-helseråd ber Norsk helsenett SF komme tilbake til høsten (når tallgrunnlaget er mer detaljert).
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helseråd drøftet saken og ba Norsk helsenett SF ta med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet.</p>
<p>13/23</p>	<p>Forslag til målbilde for digitalisering i helse- og omsorgssektoren og indikatorer for å måle utvikling på e-helseområdet</p>
	<p>Kristin Bang, Direktoratet for e-helse, presenterte forslag til oppdatert målbilde for digitalisering i helse- og omsorgssektoren som skal brukes i arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan.</p> <p>Videre presenterte Anne Greibrokk, Direktoratet for e-helse, forslag til indikatorer for å måle utviklingen og effekter på e-helseområdet i planperioden for Nasjonal helse- og samhandlingsplan.</p> <p>Direktoratet for e-helse ønsket innspill til arbeidet med målbilde og måleindikatorer.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Representantene fra pasient- og brukerorganisasjonene mener det er naturlig at Nasjonal e-helsestrategi legges til grunn som målbilde for digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Videre ble det påpekt at rapporten fra Helsepersonellkommissjonen bør være et førende dokument når det skal gjøres prioriteringer. I tillegg bør Eldrereformen også være en del av grunnlaget. Det ble så uttrykt bekymring for at det snakkes mest om et kommunalt løft, og ikke målet om at informasjonen skal følge pasienten. Målbilde i «Én

	<p>innbygger - én journal» om at informasjonen skal følge pasienten er viktig selv om det løses på en annen måte. Dette må tydeliggjøres inn mot Helse- og omsorgsdepartementet. Samtidig deler de bekymringene fra kommunene. Vi må ha fokus på det nasjonale perspektivet. Frykter en fragmentert utvikling.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Til indikatorene mener representantene fra pasient- og brukerorganisasjonene det er viktig at de er under kontinuerlig utvikling. Det er positivt at det er en indikator knyttet til innbygger og at det legges vekt på pårørende. Vi trenger gode pårørendeløsninger. Til indikator 3 «Grad av enighet i opplevd tilgang på enkle digitale helsetjenester» er det ønskelig at spørreundersøkelsen inkluderer pårørende. Til indikator 6 «Utbredelse av velferdsteknologi» er det en oppfattelse at tallgrunnlaget fra Helsedirektoratet ikke har god nok kvalitet. • Representant fra kommunal sektor mener det er flott at de strategiske målene fra strategien tas inn i et politisk dokument, dette har sektoren prioritert. Kommunesektoren sine behov blir ikke speilet godt nok i sakunderlaget, og det etterlyses en tydeliggjøring av kommunenes behov. Det snakkes mye om pasient, men i kommunal sektor benyttes bruker og innbyggere. Helsepersonellkommissjonen har vært tydelige på at det er i kommunesektoren de største utfordringene kommer. Slik det står nå blir det noe tiltaksløst og det er ønskelig med en tydeliggjøring av dette. Videre er det viktig å ha med behov for utvikling i regelverk og regelverksfortolkning. Innovasjonskapasitet er et området som må belyses – evner man å ta ut effektene? Det mangler kapasitet ute i tjenesten fordi de er tynget i driften. Det handler om endringer i organisasjonen, ikke kun endringsledelse. Kommunene ønsker å gå bort fra løsninger og portaler – de ønsker å i større grad fokusere på informasjonen som skal deles. • Legeforeningen mener det er viktig å ta med aspektene fra Helsepersonellkommissjonen inn i dette. Vi trenger et brukervennlighetsløft, enklere rapportering og enklere journaler. Fastlegene ønsker ikke å dele alt, de trenger oppsummeringer og det å få en rask oversikt. Digital behandlings- og egenbehandlingsplan er veldig interessant, men Legeforeningen mener det er behov for betydelig arbeid for at det skal bli vellykket. Det kom innspill om å se til Pasient- og brukerrettighetsloven for definisjoner på bruker/innbygger/pasient. Til indikatorene ble det nevnt at de bør knyttes til klinisk nytte. • Norsk helsenett SF mener indikatorene blir noe generiske. Det er ønskelig å ta inn konkret hva som ligger i de eksisterende tiltakene, og hvordan vi møter utfordringene reelt. Hvordan bidrar digitaliseringen til de store utfordringene, som for eksempel mangel på helsepersonell og det å sikre gode pasientforløp? Vi må se nærmere på hvordan vi sørger for reell nytte og hvordan vi skal operasjonalisere målbildet. • Representant fra kommunal sektor mener en stegvis tilnærming kan fort bli veldig fragmentert med ulike strategier og tilnærminger hos de enkelte aktørene. Vi må problematisere hvordan vi opplever en stegvis utvikling. Den store bekymringen er mangel på helsepersonell om noen år, og det er derfor viktig med en indikator på at helsepersonellbehovet går ned. Det at digitale løsninger har gitt effekt. Samtidig er det en bekymring for at det blir mange indikatorer, og at det da er behov for en strammere prioritering av indikatorene. • Helse Sør-Øst RHF mener arbeidet må berikes med den kunnskapen som er kommet i form av rapporter etter desember 2022. Det er mye som er relevant for Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Helse Sør-Øst RHF ser ingen konflikter mellom det som ligger i Nasjonal e-helsestrategi og kommunenes behov, men saksunderlaget dekker ikke tilstrekkelig nok kommunenes behov. • Direktoratet for e-helse er enig i at rapporten til Helsepersonellkommissjonen er viktig å ta med som underlag i dette arbeidet. Det ble kommentert at de tiltakene som er prioritert løser ikke problemene i kommunene alene, det må skje mye på kommunal side fremover. Direktoratet mener målet om at informasjonen skal følge pasienten fortsatt står seg. Dette gjøres stegvis, og funksjon for funksjon som for eksempel pasientens prøvesvar og digitalt helsekort for gravide. Videre ble det nevnt at direktoratet er tydelige på at regelverksutvikling er et viktig virkemiddel. Politiske føringer må vi forholde oss til. Hvis
--	--

	<p>staten overlater mer ansvar til hver aktør kan det kan være utfordrende for en helhetlig utvikling med tilhørende risiko knyttet til gevinstuttak. Til indikatorene ble det nevnt at de vil være i kontinuerlig utvikling. Videre fikk direktoratet en bekreftelse fra E-helserådet om at de har et høyere ambisjonsnivå enn det som ble presentert, og at rådet mener at vi som sektor kan få til mer.</p>
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helseråd anbefaler at Nasjonal e-helsestrategi legges til grunn som målbilde for digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Ambisjonsnivå i planperioden for Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024-2027) bør ta opp i seg nyere kunnskapsgrunnlag, blant annet «Tid for handling» samt bedre ivareta kommunal sektors behov.</p> <p>Nasjonalt e-helseråd stiller seg bak foreslåtte indikatorer som skal utvikles stegvis for å måle utviklingen og effekter på e-helseområdet i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.</p> <p>Direktoratet for e-helse tar med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
14/23	Status og veien videre for felles journalløft i kommunal sektor
	<p>Kristin W. Wieland, KS, ga Nasjonalt e-helseråd en gjennomgang av historien bak «Én-innbygger-Én journal» og felles journalløft for kommunene og veien den har hatt frem til i dag. Kristin W. Wieland pekte på at «kommunegruppen» i Nasjonalt e-helsestyre, inkludert fastlegene, allerede i 2017 presiserte at det daværende prosjektet for «felles kommunal journal» ikke ga mening uten et samtidig løft for samhandling. Kommunesektorens representanter var derfor i sin tid de primære pådriverne for at satsingen «felles kommunal journal» skulle videreføres som en satsing på «helhetlig samhandling og felles journal for primærhelsetjenesten» der samhandlingsløftet nettopp skulle muliggjøre journalløftet for kommunene. Dette har vært gjennomgående budskap fra kommunal sektor hele veien, ikke minst behovet for å sikre informasjonsdeling på tvers av helseaktørene som forutsetning for bedre journaløsninger.</p> <p>Dette perspektivet er ivaretatt i det oppdaterte styringsdokumentet for felles journalløft for kommunene. (felles kommunal journal), der det anbefales to hovedsatsinger i det videre arbeidet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Felles rammer og anbefalinger for anskaffelse av fremtidige journaløsninger. 2) Utvikling av nasjonale tjenester for informasjonsdeling med oppstart av utprøving av to definerte områder ved gjenbruk av løsningsmønstre og programvareinfrastruktur i Norsk helsenett SF. <p>Det var ønskelig at E-helserådet drøftet saken, for så å gi sine synspunkter, råd og støtte til arbeidet.</p> <p>Innspill oppsummeres sammen med sak 15/23.</p>
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helseråd gir sin støtte til det videre arbeidet med felles journalløft gitt de hovedlinjene i arbeidet som er presentert, og at Norsk helsenett SF bidrar i utprøvingene med gjenbruk av løsningsmønstre og programvareinfrastruktur i Norsk helsenett SF. Videre ønsker E-helserådet en evaluering av utprøvingene.</p>
15/23	Prioritering av utprøving av samhandlingstjenester knyttet til Felles kommunal journal
	<p>Lucie Aunan, Direktoratet for e-helse, la frem for drøfting med Nasjonalt e-helseråd prioritering av utprøving av samhandlingstjenester i forbindelse med Felles kommunal journal opp mot annen prioritert aktivitet.</p> <p>Oppgaver som tidligere har vært prioritert i programstyre for PDS og Rådsmodellen er:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PLL 2. Pasientens prøvesvar 3. Dokumentdeling

	<p>4. Kritisk info 5. Digital hjemmeoppfølging</p> <p>Innspill oppsummeres sammen med sak 14/23.</p>
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helseråd har vurdert om aktørene i sektor vil kunne håndtere både utprøving av samhandlingstjenester knyttet til felles journalløft for kommunene og annen prioritert aktivitet. Nasjonalt E-helseråd mener at det er viktig å gjennomføre utprøvingene. Videre understrekes viktigheten av at de prioriterte tiltakene i digital samhandling støtter opp under journalløft for kommunene.</p> <p>E-helserådet slår fast at tidligere vedtatt prioritering av de fem tiltakene i digital samhandling står.</p>
<p>Felles drøfting av sakene 14/23 og 15/23</p>	
	<p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helse Vest RHF understreket hvor viktig det er at aktørene må være digitalisert hver for seg for at nasjonale samhandlingsløsninger skal få effekt. Når det gjelder PLL i Bergen ser vi at kommunal side er for svakt digitalisert til å kunne delta. Vi er avhengig av at kommunene lykkes for å få effekt av de nasjonale satsningene. Vi er derfor opptatt av å delta og støtte arbeidet som gjøres i kommunene slik at de blir tilstrekkelig digitalisert. Fra spesialisthelsetjenesten sitt perspektiv er vi avhengig av å få til det samme i Helse Vest som de har klart i Helse Midt-Norge. Norsk helsenett SF må være med for at vi skal klare å lykkes. Helse Vest RHF har tro på prosjektet med et felles journalløft i kommunal sektor. • Representantene fra pasient- og brukerorganisasjonene ga støtte til kommunene og mener de ikke er godt nok ivaretatt, og de mener det er viktig at vi bidrar til et løft ute i kommunene. Det ble også gitt støtte til innspillene fra Helse Vest RHF. Vi må få til et felles journalløft i kommunal sektor, og her må Norsk helsenett SF være med. Det fins ingen plan B, derfor må vi få til dette. • Helsedirektoratet ga også støtte til innspillene fra Helse Vest RHF. Gjør vi ikke noe nå kan situasjonen bli verre. Det er vanskelig å se alle de prioriterte oppgavene i en rekkefølge ettersom de har interne avhengigheter. Her må vi se på skaleringer og fasedelinger, vi må ha med oss en helhetsvurdering når vi skal prioritere. Det ble stilt spørsmål om det er noen juridiske utfordringer knyttet til å bruke Norsk helsenett SF. KS svarte at for utprøvingene er det allerede slått fast fra Helse- og omsorgsdepartementet at det er juridisk uproblematisk. De juridiske rådene som er innhentet tilsier videre at overgang til permanente nasjonale tjenester også er juridisk håndterbart. • Representant for kommunal sektor fra Trondheim kommune sa at kommunene i Midt-Norge står i en helt annen posisjon enn de andre kommunene i Norge. Mye av det som skal gjøres på kommunal side har de inkludert i Helseplattformen. For dem er «Digital hjemmeoppfølging» viktigst. Der er det behov for å få kraft og finansiering. Slik prioriteringene for nasjonal samhandling står nå, så understøtter ikke det utviklingsbehovet i kommunene i Midt-Norge. • Legeforeningen påpekte at når 35% av kommunene planlegger en anskaffelse, er det viktig at de anskaffelsene samkjøres med prosjektet felles journalløft i kommunal sektor. Fastlegene er opptatt av å få en bedre sammenkobling med det som er utenfor journalsystemet. Vi må få avklart produksjon av standarder som er gjenbrukbare. Deres folk i EPJ-løftet er klare til å gå inn i dette, og leverandørene venter på tydelige signaler. • Representant fra kommunal sektor var tydelig på at dette er viktige tiltak for kommunesektoren, men ikke minst for oss alle sammen. Dersom Norsk helsenett SF har kapasitet til prosjektet felles journalløft i kommunal sektor, så må vi tro på det. • Helse Sør-Øst RHF mener hver enkelt aktør må være tilstrekkelig digitalisert for å kunne få til samhandling på tvers av aktørene. Videre mener de det må til et løft ute i kommunene for at de i sin operative drift skal bli tilstrekkelig digitalisert. Helse Sør-Øst RHF opplever ikke uenighet om Norsk helsenett SF skal ha en rolle i dette. Når det gjelder prioritering så

	<p>kan det bli noe teoretisk. Men dersom vi ikke sier noe om prioriteringen kan det oppleves som om vi omprioriterer. Felles journalløft i kommunal sektor dreier seg i første omgang om en utprøving. Det burde gå an å kombinere med de øvrige oppgavene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helse Nord RHF ga sin støtte til utprøving av felles journalløft i kommunal sektor. • Digitaliseringsdirektoratet ga sin støtte til utprøving av felles journalløft i kommunal sektor. De oppfordret til å trekke med seg aktører fra andre sektorer der det er relevant. En del av løsningene kan være noe like i andre sektorer. • Direktoratet for e-helse opplever at det er støtte til utprøvingen av felles journalløft i kommunal sektor og at de involverte aktørene har kapasitet. Det er bra at E-helserådet fortsatt er enige om de tidligere prioriteringene innen digital samhandling og at de står seg. Digital samhandling steg 2 har høyest prioritet, men E-helserådet er tydelige på at det er behov for et løft i kommunene og at aktørene har kapasitet til det
16/23	Eventuelt
	Det kom ingen saker til eventuelt.