

DIREKTORATET FOR E-HELSE
PB 6737, St. Olavs plass
0107
Oslo

Deres ref.: 21/761

Vår ref: HSAK202200221

Dato: 29-03-2022

Høringsuttalelse om videreutvikling av nasjonal styringsmodell

Legeforeningen viser til høring fra Direktoratet for e-helse om "Nasjonal styringsmodell for e-helse", med høringsfrist 11. April. Legeforeningen takker for anledningen til å uttale seg.

Legeforeningen mener:

- Legeforeningen støtter Riksrevisjonen i at den nasjonale styringsmodellen ikke er en styringsmodell, men en råd- og dialogmodell.
- De foreslåtte endringene er av mindre karakter og vil ikke gjøre modellen bedre egnet til å koordinere e-helseutviklingen.
- Det er rekkefølge-, samtidighet, og finansieringsutfordringer i e-helseutviklingen som er de reelle utfordringene, og som ikke lar seg løse gjennom en styringsmodell.
- Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse bør vurdere en rolle som tilretteleggere og koordinatører.
- Prioriteringer må skje gjennom en forpliktende dialogmodell der helsetjenestens behov forplikter myndighetene.

Bakgrunn

Direktoratet anfører at «Formålet med en nasjonal styringsmodell er å styrke gjennomføringsevnen på e-helseområdet gjennom å samle de sentrale aktørene i helse- og omsorgssektoren om felles behov, utviklingsretning, innsats og måloppnåelse.»

Det foreslås en videreføring av dagens styringsmodell, med de samme tre utvalgene, men med en mer spisset sammensetning og et tydeligere mandat.

Legeforeningen har lang erfaring som medlem på alle nivåer i styringsmodellen. Etter Legeforeningens oppfatning har styringsmodellen ikke fungert tilfredsstillende. Vi er i hovedsak enig i kritikken som er referert i høringsnotatet, med beskrivelse av uklare styringslinjer, usikkerhet rundt avhengigheter og uklarheter rundt orienteringssaker, beslutningssaker, etc. Det er derfor gledelig at det nå kommer en revisjon som forsøker å bedre på elementene som en samlet sektor har vært kritisk til. Vi vil imidlertid fremheve at en noe justert styringsmodell ikke løser de egentlige utfordringene i digitaliseringen av helsetjenesten.

Etter Legeforeningens oppfatning har digitalisering i helsetjenesten en samtidighetsutfordring - og en rekkefølgeutfordring. I dette ligger at hvis en virksomhet i helsetjenesten etablerer grensesnitt i sine pasientjournalssystemer for samhandling, gir ikke dette verdi før andre virksomheter også gjør det – spesielt de man skal samhandle med lokalt. Slike grensesnitt må baseres på tekniske standarder, ha juridiske hjemler på plass, og viktigst må det eksistere en faglig enighet mellom virksomheter om hvordan de skal brukes.

Komplekse utfordringer

I hovedsak er det fem forskjellige deler av digitaliseringen som skal styres og koordineres samtidig:

1. Hver virksomhet eier et eller flere **pasientjournalssystemer** som skal utvikles til å ha god og brukervennlig funksjonalitet. Dette prioriteres og finansieres av virksomhetene selv.
2. Norsk helsenett eier en rekke **felleskomponenter** som e-resept og kjernejournal og flere kommende systemer. Disse komponentene er hjemlet som behandlingsrettede nasjonale helseregistre; komplette systemer for bruk som supplement i klinisk praksis.
3. I tillegg eier NHN ren **infrastruktur** som f.eks. adresseregisteret, p-reg, meldingsformidleren, helse-ID, velferdsteknologisk knutepunkt (VKP), m.fl. som er nødvendige for å utveksle informasjon på tvers av journalssystemer.
4. Direktoratet for e-helse forvalter en lang rekke **tekniske standarder** som beskriver hvordan grensesnitt og elektroniske meldinger skal være utformet, slik at journalssystemer kan utveksle informasjon system-til-system og mellom system-til-register og system-til-felleskomponent.
5. Bildet kompliseres av at Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet har fortolkningsansvar for ulike deler av **helselovgivningen**.

En sentral aktør er IKT-leverandørindustrien som leverer programvare til helsetjenesten. Disse gjør også egne investeringsbeslutninger, og mange av disse beslutningene tas ikke i Norge fordi selskapene ofte er multinasjonale.

Pasientjournalssystemer i helsetjenesten

Alle disse fem områdene har behov for styring og koordinering, men eierskap og finansiering hos den enkelte virksomhet har forskjellige forutsetninger når man skal velge en felles styringsmodell. Eksempelvis vil en kommune som ønsker å investere i et nytt journalssystem eller foreta en modernisering av et journalssystem være avhengig av en investeringsbeslutning i de politisk valgte organene i kommunen. Løpende budsjettkontroll i kommunen er naturlig nok viktigere enn utsikter til gevinster som kommer langt frem i tid, hvis de i det hele tatt kommer.

Tekniske standarder for enklere utveksling av informasjon mellom systemer

Tekniske standarder skal forhåpentligvis gjøre det enklere, raskere og billiger å lage nye grensesnitt mellom systemer, da mye teknologi kan gjenbrukes. De tekniske standardene er hjemlet i en forskrift, og det er opp til Direktoratet for e-helse å beslutte nye tekniske standarder - fortrinnsvis etter offentlig høringsprosess. Direktoratet behøver ikke egentlig å endre forslagene tilpasset innspill i høringer – hjemmel for pålegg finnes. Endrede tekniske standarder vil kunne påføre store kostnader

for helsetjenesten. I tillegg er det behov for dokumenterte arkitekturprinsipper som gir føringer slik at helsetjenestens systemer kan bindes sammen.

Norsk Helsenetts behandlingsrettede helseregistre

Norsk helsenett forvalter nasjonale behandlingsrettede helseregistre som er designet på bakgrunn av detaljerte funksjonelle krav, og behov fra helsepersonell. Typiske eksempler er kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. Utvikling og endringer må baseres på at stort antall helsepersonell involveres for å beskrive detaljerte behov som så implementeres i løsningen. Dette er prosesser som ligner på produkteierskap for IT-løsninger. På mange måter er styringsmodellen best tilpasset disse prosessene i dag.

Norsk helsenetts infrastruktur

Infrastrukturen i Norsk helsenett legger ofte begrensninger for samhandlingen, men burde ideelt sett vært tilpasset og justert for å imøtekomme helsetjenestens behov. Dette er også mer likt prosessene i et produkteierskap. Et eksempel er NHN Adresseregister der det f.eks. er svak støtte for vikarleger.

Helselovgivningen

Helselovgivningen og personvernlovgivningen stiller krav til registre, hvilken informasjon som kan og skal deles og innmeldes, pasientenes rettigheter og virksomhetenes plikter. Også helselovgivningen skal forsøke å balansere helsetjenestens behov for pasientene og samfunnets behov, men er i hovedsak basert på nasjonale, politiske vedtak med sin egen analoge logikk.

Hva behøves for å få til samtidighet og korrekt rekkefølge?

For alle de forskjellige områdene over vil endringer føre til potensielle kostnader for helsetjenesten. Som beskrevet tidligere vil dette delvis være gjenstand for selvstendige politiske vurderinger i kommunene og til behov for oppdragsbrev i styringslinjen som Helse- og omsorgsdepartementet rår over.

Dagens styringsmodell, som nå foreslås videreført, er i grunn best egnet for å koordinere de felleskomponentene som Norsk helsenett eier, altså utøve et produkteierskap. Årsaken til dette er at det i selve styringsmodellen ikke ligger noen virkemidler til faktisk å koordinere investeringer hos partene eller etablere forskrifter, ei heller rår den over investeringsmidler eller insentivmekanismer.

Dagens styringsmodell kan brukes som arena for å løfte behov fra helsetjenesten frem for Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett, og også for at direktoratet og NHN tester ut hypoteser på representantene. Men dette forplikter ikke, for Direktoratet for e-helse og NHN kan selv prioritere de tiltakene de ønsker å få godkjenning på fra sin eier Helse- og omsorgsdepartementet. Styringsmodellen er altså ikke forpliktende for staten heller.

Mindre justeringer av sammensetning og mandat endrer ikke på disse grunnleggende utfordringene i modellen. Det som må til er at mandatet endres slik at styringsmodellen gjennom sine ledd bygger opp en konsensus og beslutter prioriteringer, og at Norsk helsenett og Direktoratet for e-helse forpliktes til å løse de behov som prioriteres. Videre må det etableres insentivmekanismer som gjør at digitalisering i helsetjenesten blir mindre avhengige av lokale politiske vedtak.

Et spørsmål blir hva Helse- og omsorgsdepartementets rolle skal være. Skal departementet utøve styring gjennom en ovenfra-ned-modell slik det er foreslått i høringsnotatet, men der virkemidlene til departementet kun er krav i lov og forskrift? Eller ønsker departementet å være en tilrettelegger som



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

styrer gjennom å gi insentiver til de forskjellige aktørene – både industri og i sektoren, basert på tydelige krav og forventninger fra fagfolk i NUFA og E-helserådet – en nedenfra-opp-modell? Legeforeningen vil anbefale det siste.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Kari-Jussie Lønning
Fagdirektør/lege

Eirik Nikolai Arnesen
Spesialrådgiver/lege

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)