

HØRING: Nasjonal styringsmodell for e-helse

Lenke til høringen: [Høring: Nasjonal styringsmodell for e-helse - ehelse](#)

Direktoratet for e-helse ønsker tilbakemeldinger på følgende:

1. Er dere enige i de foreslåtte endringene i styringsmodellen eller er det andre endringer og tiltak som Direktoratet for e-helse bør vurdere?

Det opprinnelige målet med styringsmodellen da den ble etablert var «å styrke gjennomføringsevna av IKT-utviklinga i helse- og omsorgstenesta», jmf. Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022. Styringsmodellen bidrar nok i denne retning, men for å nå dette målet fullt ut vil det trolig kreves andre grep utover endringer i selve styringsmodellen.

At formålet nå foreslås å handle om å «samle de sentrale aktørene i helse- og omsorgssektoren om behov, felles utviklingsretning, innsats og mål for e-helseutviklingen» mener vi er et fornuftig ambisjonsnivå og resultat av en erkjennelse om at samstyring parallelt med fragmenterte styrings- og fullmaktlinjer er krevende.

Helse Vest stiller seg derfor i stort støttende til de foreslåtte endringene. Det er vår oppfatning at bl.a. endringen fra Nasjonal e-helsestyre til Nasjonal e-helseråd gir et riktigere bilde av ambisjonsnivå og organets funksjon.

Endringen vedr. at alle vedtak nå skal være tydelig på konsekvenser og hvilke forpliktelser det medfører for aktørene er et svært godt grep. Det gir aktørene en bedre forståelse av både nødvendig forarbeid i forkant av saksbehandlingen og for oppfølging i etterkant.

Vi tolker endringene også slik at man i større grad ønsker å nyansere på hvilket nivå ulike saker behandles. Der det tidligere har vært en praksis at de fleste saker i NUFA og NUIT også har vært løftet til NEHS, mener vi det er fornuftig å være tydeligere på at eksempelvis kun saker av strategisk karakter skal behandles i NEHS. Dette kan også bidra til å senke terskelen for hvilke saker aktørene tar opp i eksempelvis NUFA, noe som igjen er positivt for økt samarbeid og koordinering.

Endringen henger godt sammen med at både NUIT og NUFA også får et mer selvstendig ansvar for sine områder. Dette vil bidra til mer effektiv saksbehandling i form av både bedre ressursutnyttelse og raskere saksgang.

2. Har dere forslag til konkrete endringer i de revidert mandatene?

Nasjonalt e-helseråd

I fjerde kulepunkt vises det til «for utvalgte nasjonale programmer/prosjekter». Betyr dette at rådet ikke skal ha en rolle knyttet til strategiske eller prinsipielle problemstillinger knyttet til utvikling som skjer f.eks. innenfor de nasjonale produktområdene og at disse

beslutningene der i sin helhet overlates til produktstyrene? Denne relasjonen kan med fordel tydeliggjøres.

I punkt 4.1 om revidert mandat for Nasjonalt e-helseråd sies følgende om sammensetning; «*De respektive virksomhetene møter med sine toppledere. Kommunal sektor møter med representanter for administrativ toppledelse.*»

Det er en erfaring over tid at det er svært krevende for toppledere å opprettholde kontinuitet i sin deltagelse. Helse Vest vil derfor foreslå at første setning korrigeres til følgende; «*De respektive virksomhetene møter med representant fra sin toppledelse.*»

Prioriteringsutvalget (NUIT)

NUIT har en viktig rolle som bindeledd mellom Nasjonalt e-helseråd og NUFA. I listen over oppgaver og ansvar er det mest fokuset på grenseflaten opp mot førstnevnte. NUITs ansvar knyttet til behov for og resultat av saksbehandling i NUFA bør også omtales. NUIT bør aktivt benytte NUFA for faglige råd innen helsefaglige behov og arkitekturvalg, og bidra til transparens, koordinering og oversikt vedr. relevante saker som behandles av de ulike organene i styringsmodellen.

Fagutvalget (NUFA)

Litt knyttet til innspill gitt vedr. NUIT, så bør det fremkomme at NUFA skal være en aktiv rådgiver for NUIT (og Nasjonalt e-helseråd) for relevante saker knyttet til helsefaglige behov og arkitekturvalg, samt til aktører som bringer sine saker inn til NUFA.

3. Har dere tilbakemeldinger på hvilke saker som skal/bør behandles i styringsmodellen?

Vi mener sakstyper som er omtalt i notatet er dekkende. Det bemerkes at de fire helseregionene har egne samarbeidsstrukturer for saker som er avgrenset til spesialisthelsetjenesten.

Eventuelle andre innspill og tilbakemeldinger

Figur 3 i høringsbrevet kan tolkes slik at sakseier alltid fatter beslutning i saker man melder inn etter innspill og anbefaling fra nasjonal styringsmodell. Ettersom saker som meldes inn og behandles i nasjonal styringsmodell typisk vil være av nasjonal interesse og ha mulige konsekvenser for flere aktører enn sakseier, bør det vurderes om saksbehandlingen også kan føre til beslutninger hos flere aktører enn hos sakseier. Vi har imidlertid forståelse for at det er krevende å visualisere flere mulige utfall i en enkel eksempel-modell.

Det savnes for øvrig mer beskrivelser av skillet og grenseflatene mellom nasjonal styringsmodell og modell for styring og brukerinntilflytelse innen helsedata-området. Det er nærliggende å tro at mange saker knyttet til dette området vil kreve eller ha konsekvenser for anbefalinger knyttet til veivalg og prioriteringer i nasjonal styringsmodell, og det må etableres gode strukturer for å sikre tilstrekkelig og effektiv samhandling mellom disse to modellene.