

# Møte i Nasjonalt e- helseråd

13. juni 2024

Nationaltheatret konferansesenter, Oslo



# Endringer i representanter i Nasjonalt e-helseråd

Vi ønsker nytt medlem velkommen i Nasjonalt e-helseråd:

- Hilde Myhren, Helsedirektoratet. Hun erstatter Jan Arild Lyngstad.

# Agenda Nasjonalt e-helseråd 13. juni 2024

Saksnr.	Tittel på sak	Presenterer saken	Tid	Sakstype
10/24	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Rune Simensen, <b>Helse Sør-Øst RHF</b>	08:30	Godkjenning
11/24	Godkjenning av referat fra Nasjonalt e-helseråd 21. mars 2024	Rune Simensen, <b>Helse Sør-Øst RHF</b>	08:35	Godkjenning
12/24	Prinsipper for fordeling av kostnader for drift- og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene	Henrik Barstad, <b>Norsk helsenett SF</b>	08:45	Drøfting
	Pause		10:05	
13/24	TB2024-79 Overgang til plikt til betaling ved innføring av nasjonale e-helseløsninger	Siv Ingebrigtsen og Lucie Aunan, <b>Helsedirektoratet</b>	10:15	Drøfting
	Lunsj		11:35	
14/24	Konkretisering av Nasjonal e-helsestrategi mål 1 og anbefalte innsatsområder i områdeplan	Lucie Aunan, <b>Helsedirektoratet</b>	12:30	Drøfting
	Pause		13:15	
15/24	Felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten	Sveinung Tornås, <b>Helsedirektoratet</b>	13:30	Drøfting
16/24	Orientering fra Helsedirektoratet	Mariann Hornnes, <b>Helsedirektoratet</b>	14:15	Orientering
17/24	Eventuelt	Rune Simensen, <b>Helse Sør-Øst RHF</b>	14:25	

# Sak 10/24: Godkjenning av innkalling og dagsorden

—

# Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd godkjenner innkalling og dagsorden.

# Sak 11/24: Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helseråd 21. mars 2024

—

# Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd godkjenner referatet fra møte i Nasjonalt e-helseråd 21. mars 2024.

# Sak 12/24: Prinsipper for fordeling av kostnader for drift- og forvaltning av de nasjonale e-helseløsninger

—



# Nasjonalt e-helseråd

## Vurdering av prismodeller for utvalgte nasjonale e-helseløsninger for 2025

13.06.2024



# Oppdrag Evaluering av prismodeller

I Stortingets anmodning til regjeringen ved endringer i pasientjournalloven ba stortinget om at prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene *evalueres og justeres basert på erfaringer med ordningene innen 2024*, og at *kommunenes andel av kostnadsveksten skal ta utgangspunkt i en vurdering av nytten for den kommunale helse- og omsorgstjenesten*.

I foretaksmøtet 27. januar 2022 ble Norsk helsenett bedt om å

*"legge fram forslag til hvordan evaluering og justering av prismodellene skal gjennomføres og forberede for gjennomføring, jf. Stortingets vedtak om prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene skal evalueres og justeres basert på erfaringer med ordningene innen 2024. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Direktoratet for e-helse og behandles i teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger (TBU) og i den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Frist avklares med departementet."*

I foretaksmøtet 23. januar 2023 ble Norsk helsenett bedt om å

*"gjennomføre evaluering og legge fram forslag til justering av prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene, jf. Stortingets vedtak om at prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene skal evalueres og justeres innen 2024. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Direktoratet for e-helse, kommunesektoren, regionale helseforetak og øvrige aktører i sektoren, og behandles i teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger og i den nasjonale rådsmodellen for e-helse. Forslaget skal legges fram innen 15. mai 2023.*

I foretaksmøtet 15. januar 2024 ble Norsk helsenett bedt om å

*"vurdere og eventuelt anbefale endringer i prismodellene for forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger fra 2025.»*

# Forutsetninger

Vi har lagt til grunn følgende føringer og forutsetninger for arbeidet med prismodeller:

- Vi evaluerer prismodeller som omfatter betaling for drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene.
- Vi forholder oss til pasientjournalloven med tilhørende forskrifter og regulering av plikt til å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger og virksomhetenes plikt til å betale. Dette medfører at vi forutsetter obligatorisk samfinansiering som finansieringsmodell i arbeidet med alternative prismodeller.
- Vi legger til grunn at finansieringsmodellen skal dekke de samlede kostnadene til forvaltning og drift.
- Vi legger til grunn at kommuner betaler for fastleger og RHFene for avtalespesialistene, jfr. lov og forskrift.
- Vi legger til grunn målene for finansieringsmodeller i Nasjonal e-helsestrategi for hva vi skal oppnå med prismodellene.

# Nye prismodeller for 2025

Pasientens  
prøvesvar

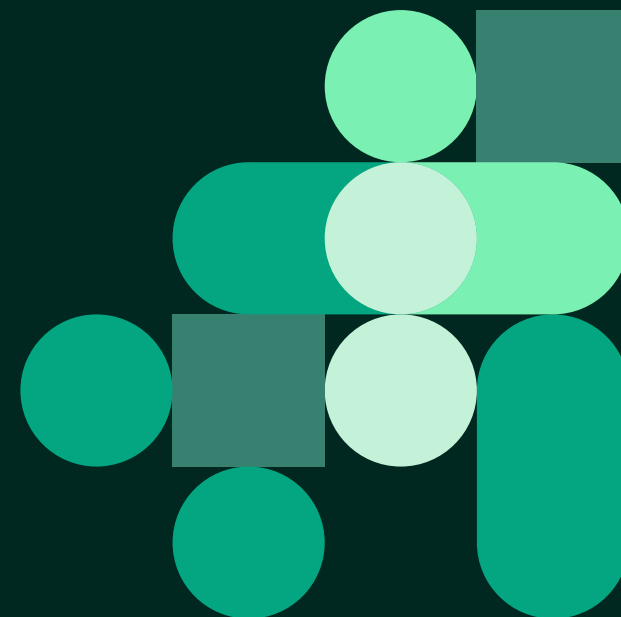
Sentral  
forskrivningsmodul  
(SFM)

Helsenettet inkl  
grunndata og  
helseID

Prismodell for øvrige  
aktører

Prismodell for 2025

# Pasientens prøvesvar



# Pasientens prøvesvar: Anbefalt prismodell for 2025

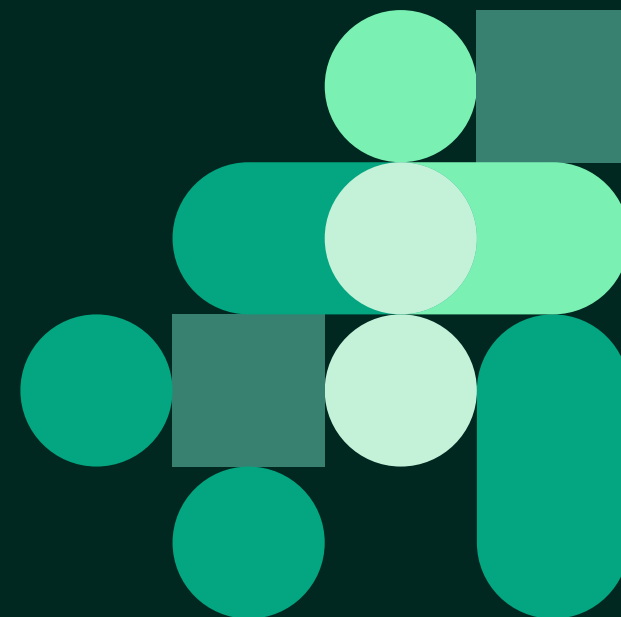
Norsk helsenett ser ingen grunn til å endre anbefalt prismodell for pasientens prøvesvar fra 2023. Nedenfor gjengis anbefalingen fra 2023 med tilhørende konklusjon:

- **Steg 1** (uten rettslig grunnlag til å ta betalt fra private virksomheter)
  - Med bakgrunn i ståstedet man er i (få har tatt tjenesten i bruk og prosjektfinsieringen er avsluttet), anbefaler Norsk helsenett å starte med følgende hybride prismodell:
    - De offentlige virksomhetene betaler for løsningen uavhengig av om virksomhetene har tatt tjenesten i bruk. Norsk helsenett mener det er grunn til å skjevfordele kostnadsfordelingen mellom RHF og kommunene, da RHF er en større bruker, både som produsent og konsument (rekvirert 80% av alle svarrapporter så langt i 2024). Dette gir en fordeling som tilsvarer **70% for RHF** og **30% for kommunene**.
    - Det anbefales samtidig regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private laboratorie- og radiologivirksomheter som benytter tjenesten.
- **Steg 2** (med rettslig grunnlag til å ta betalt fra private virksomheter)
  - Tilsvarende som steg 1, men **30% av kostnadene fordeles på de private laboratorie- og radiologivirksomhetene** som benytter tjenesten, og hhv. **50% for RHF** og **20% for kommunene**.
  - Det bør vurderes, når løsningen er ferdig innført, hvorvidt andre private virksomheter skal betale for oppslag.

Konklusjon: Etter våre vurderinger er dette den prismodellen som i størst grad ivaretar gjeldende mål. Den fremstår mer forutsigbar enn andre alternative prismodeller og den er enkel å administrere. Ved at aktørene betaler, uavhengig av bruk, mener Norsk helsenett at dette vil stimulere til økt bruk.

Prismodell for 2025

SFM



# SFM: Anbefalt prismodell for 2025

Norsk helsenett ser ingen grunn til å endre anbefalt prismodell for SFM fra 2023. Nedenfor gjengis anbefalingen fra 2023 med tilhørende konklusjon.

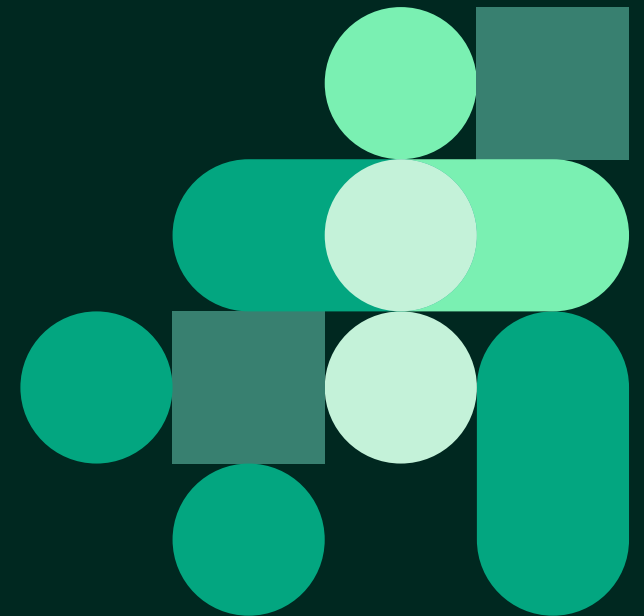
- Norsk helsenett anbefaler en kostnadsfordeling med utgangspunkt i et felles ansvar for sikker legemiddelbehandling, noe som innebærer en kostnadsfordeling på **50% for RHF** og **50% for kommunene**.
- Det anbefales regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private virksomheter som benytter tjenesten. Når et eventuelt rettslig grunnlag foreligger, anbefales det at private aktører betaler 1% mens RHF og kommunene betaler 49,5 / 49,5%.

Konklusjon: Norsk helsenett vurderer denne modellen som mest hensiktsmessig sett opp mot målene i nasjonal e-helsestrategi, herunder tilstrebe en forutsigbar og lite komplisert modell, som er enkel å administrere. Det vektlegges også at modellen må gi incentiver for økt bruk. Dette relatert til fremtidig innføringsplaner, da spesielt med tanke på at SFM er et virkemiddel for videre innføring av eMD og PLL.



Prismodell for 2025

# Helsenettet inkl. grunndata og helseID for øvrige aktører



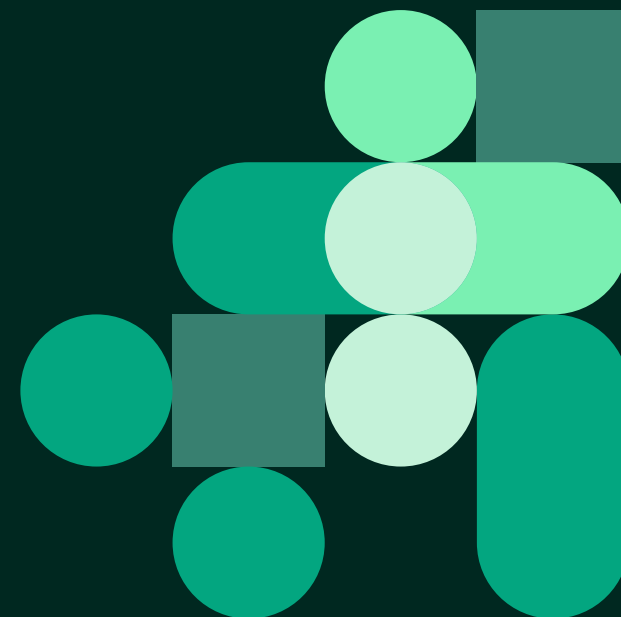
## Helsenettet: Anbefaling til prismodell for øvrige aktører

- Øvrige aktører betaler 1/3 = ca. 134 mnok for 2025

	Omsetning	Est. antall medlemmer	Pris pr mnd i 2025
Prisgruppe A	0 - 15 mnok	5239	1.167 kr
Prisgruppe B	15 – 40 mnok	255	2.500 kr
Prisgruppe C + fylkeskommuner*	>40 mnok	58	16.667 kr
Helsevirksomheter med 10 eller flere lokasjoner/filialer	n/a	14 (ca. 1200 lokasjoner)	1833 kr pr lokasjon
Virksomheter som yter egen helsehjelp til ansatte eller beboere	n/a	174	1833 kr

Prismodeller for 2025

# Oppsummert



## Prismodeller for 2025

### Fordeling aktører

Løsning	RHF	Kommune	Øvrige aktører	Apotek	SLV	Helfo	Sum
Helsenorge	50,00 %	50,00 %					100,00 %
Kjernejournal	55,00 %	45,00 %					100,00 %
E-resept	43,50 %	43,50 %		10,00 %	1,00 %	2,00 %	100,00 %
SFM	50,00 %	50,00 %					100,00 %
Pasientens prøvesvar	70,00 %	30,00 %					
Grunndata og HelseID	33,33 %	33,33 %	33,33 %				100,00 %
Helsenettet	33,33 %	33,33 %	33,33 %				100,00 %
VKP	5,00 %	95,00 %					100,00 %

Spørsmål, kommentarer  
eller innspill?

# Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd drøftet foreslåtte prismodeller og ba Norsk helsenett SF ta med seg innspill inn i videre arbeid.

Pause – oppstart igjen kl. 10.15

—

# Sak 13/24: TB2024-79 Overgang til plikt til betaling ved innføring av nasjonale e-helseløsninger

—



# Plikt til betaling

E-helserådet 13. juni 2024





# Hensikt med saken

- Orienterere om hensyn, prosedyrer og rutiner som må gjennomføres før plikt til betaling kan innføres
- Drøfte eksempler på hvordan anvende kriteriene for tilstrekkelig utprøving

# Helsedirektoratet har fått oppdrag knyttet til Plikt til betaling

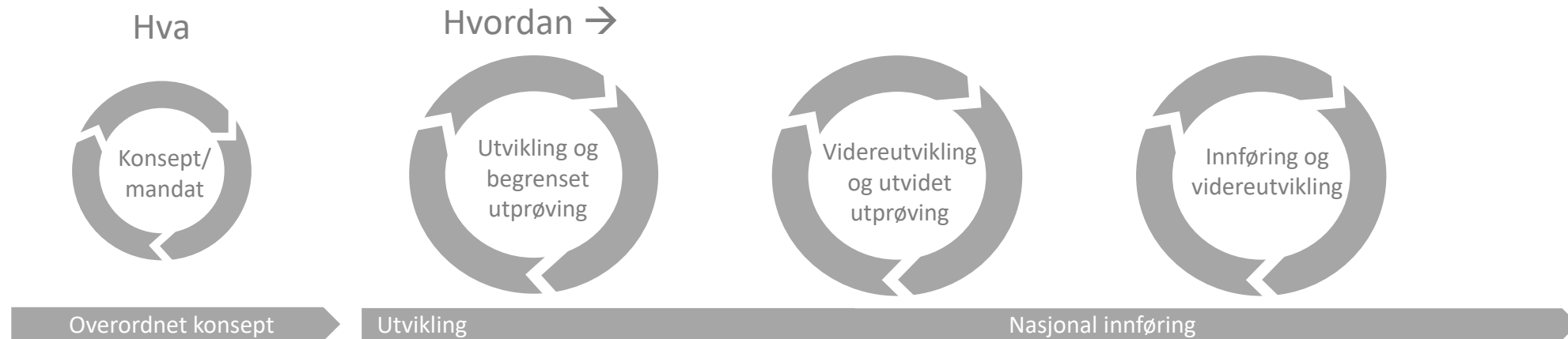
Tildelingsbrev 2024		
TB2024-79	Avd.HOD: EHE	Innføring av nasjonale ehelseløsninger
	Helsedir skal	
1	"Lede og ivareta sekretariatsfunksjonen for det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger som er nedsatt av Helse- og departementet"	
2	"I samarbeid med Norsk helsenett SF videreutvikle kunnskapsgrunnlaget om nytten av de nasjonale e-helseløsningene"	
3	"Legge til rette for at prinsipper for fordeling av kostnader til forvaltning og drift drøftes i den nasjonale rådsmoellen for e-helse. "	
4a	:"Sørge for at vekst i kostnader til forvaltning og drift som er en konsekvens av investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje, synliggjøres og behandles i rådsmoellen,og	
4b	at det gjøres en konkret vurdering av om kostnadene faller innenfor plikten til betaling, krever lov eller forskriftsendring eller må finansieres på annen måte,jf. Prop. 3 L (2021-2022) og Innst. 47 L (2021- 2022), vedtak 88. "	
5	"Oppdatere vurdering og anbefalingen fra 28. april 2023 om innføring av plikt til bruk. Arbeidet gjennomføres i samarbeid med Norsk helsenett SF som har ansvar for å utarbeide innføringsplaner. Frist. 1. mai 2024"	
6	: "Foreslå hensyn som skal ivaretas, og prosedyrer/rutiner som bør gjennomføres før nye tjenester knyttet til nasjonale e-helseløsninger overføres til forvaltning med tilhørende plikt til betaling. Dette skal inngå som en del av beslutningsgrunnlaget ved endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger. Arbeidet gjennomføres i samarbeid med Norsk helsenett SF. Frist: etter avtale. "	

- Plikt til betaling for SFM og pasientens prøvesvar ble ikke innført i 2024
- Teknisk beregningsutvalg har ved flere anledninger bedt om en klarere beskrivelse av når en ny tjeneste er så langt kommet at drift og forvaltning skal dekkes av aktørene i sektor

# Rammebetingelser

- Finansieringsmodell for drift- og forvaltningskostnader av de nasjonale e-helseløsninger
  - bidra til økt bruk og til bedre og mer driftssikre nasjonale e-helseløsninger
  - styrke og legge til rette for digitaliseringen som skal bidra til gode og effektive helse- og omsorgstjenester
  - plikt til betaling *gjelder uavhengig av om løsningene faktisk er gjort tilgjengelig i den enkelte virksomhet*
- Norsk helsenett har tidlig drift- og forvaltningskostnader i utprøving
- Satsningsforslaget for digital samhandling har beregnet maks 1 år med drift- og forvaltningskostnader
- Skille mellom
  - Plikt til betaling og plikt til bruk
  - Plikt til betaling og prismodell (fordeling av kostnadene mellom aktørene)

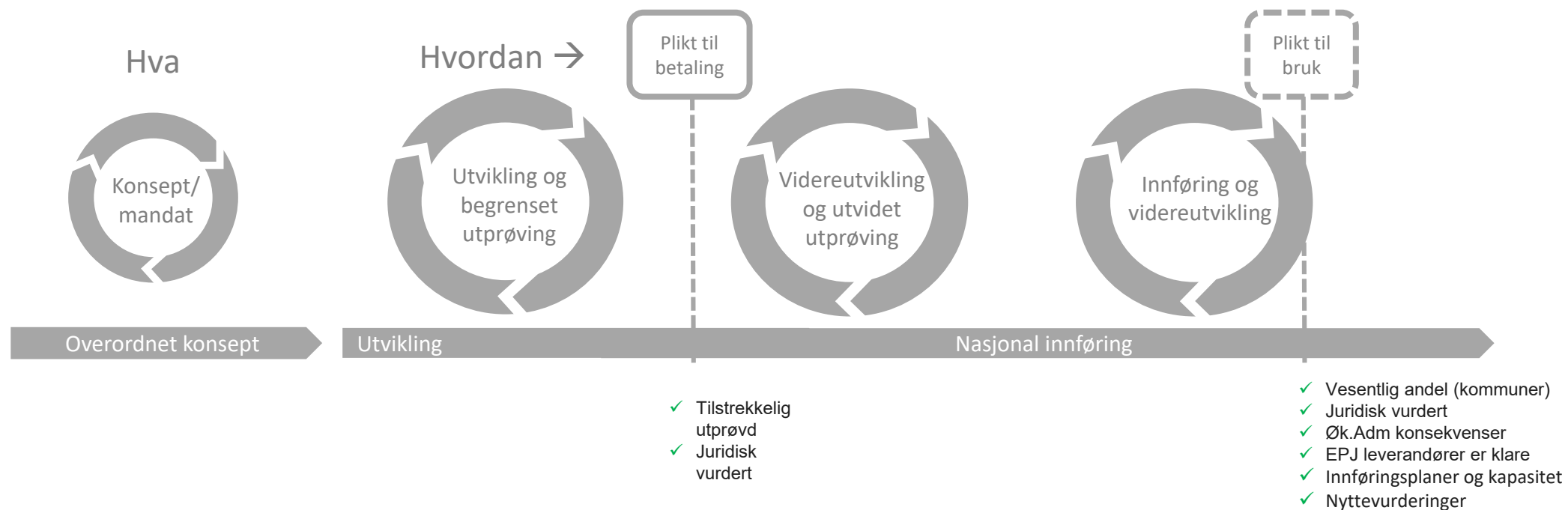
# Smidig utvikling av tjenester på de nasjonale e-helseløsningene



Digitaliseringsdirektoratet om «dynamisk nyttestyring»:

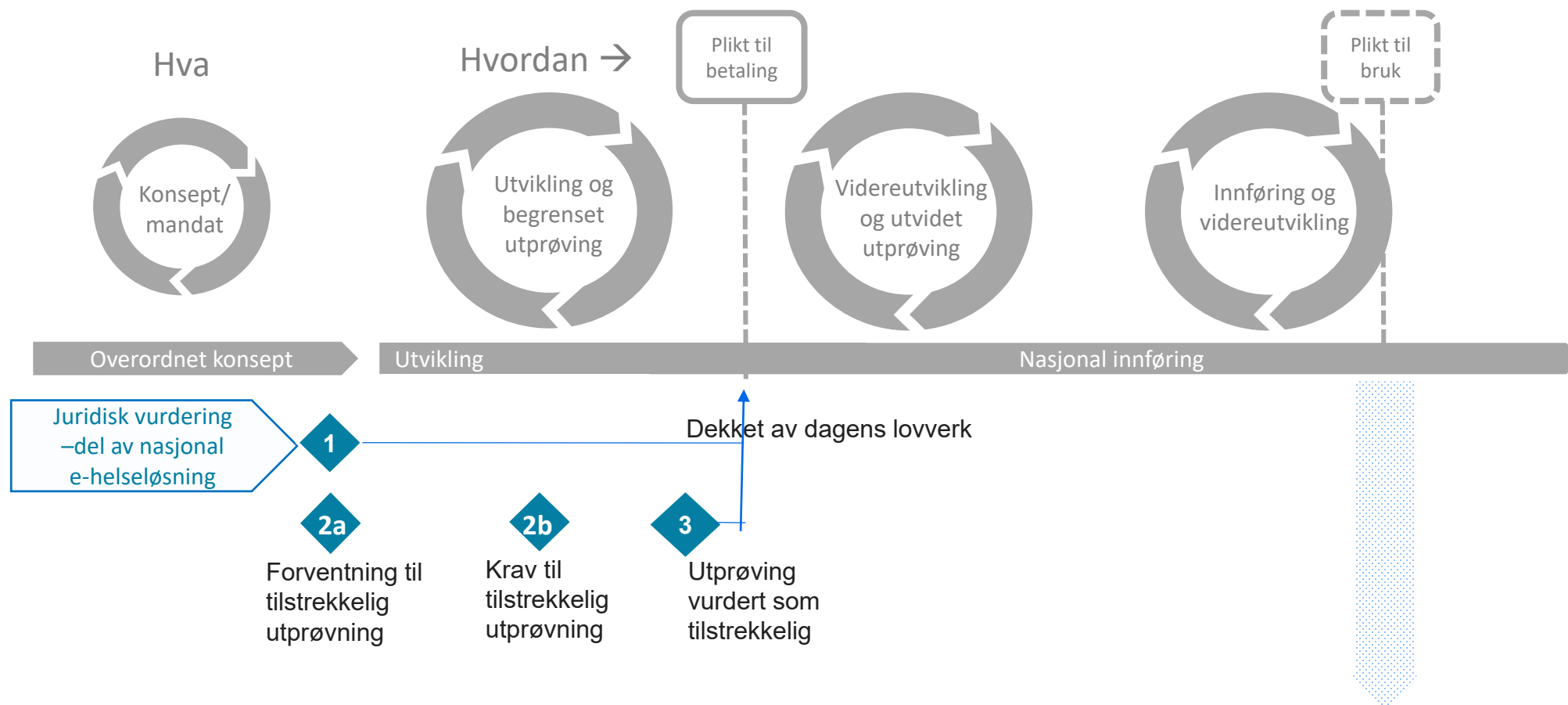
Retning og leveranser gjennom levetiden til tiltak må kunne endres i takt med ny innsikt om behov og nytte, og at det aktivt søkes etter slik ny nytte, nye behov og nye mulige løsninger. På denne måten vil offentlig ressursbruk i større grad kunne bidra til relevante løsninger på samfunnsutfordringer

# Smidig utvikling av tjenester på de nasjonale e-helseløsningene, men behov for milepæl for plikt til betaling og plikt til bruk



# Plikt til betaling kan innføres

når tilstrekkelig utprøving av tjenesten er gjort og definert juridisk som en del av e-helseløsningene



# Prosedyrer og rutiner som må gjennomføres

- 1 • Juridisk vurdering:
  - Er tjenesten en del av en nasjonal e-helseløsning ?
    - Råd fra Norsk helsenett
    - Vurdering av Helsedirektoratet

- 2 • Tilstrekkelig utprøving defineres
  - Definerings gjøres i flere iterasjoner
  - Kan bestå av flere utprøvinger
  - Forslag kan behandles i styringsgruppe
  - Forslag behandles i rådsmodellen
    - som en del av behandlingen av investering som øker drift- og forvaltningskostnader
  - Endelig beslutning fattes av eier

- 3 • Tilstrekkelig utprøving gjennomføres
  - Utprøving vil foregå i flere omganger, hos flere aktører, gjennom begrensede utprøvinger, som til sammen dekker «tilstrekkelig utprøving».
  - Rette instanser godkjenner begrensede utprøvinger (Norsk helsenett , Helsedirektoratet , aktører/brukere/leverandører)
  - Forslaget kan behandles i styringsgruppe
  - Endelig vurdering av tilstrekkelig utprøving skjer av departementet



# Generelle kravpunkter til hva som er en tilstrekkelig utprøving

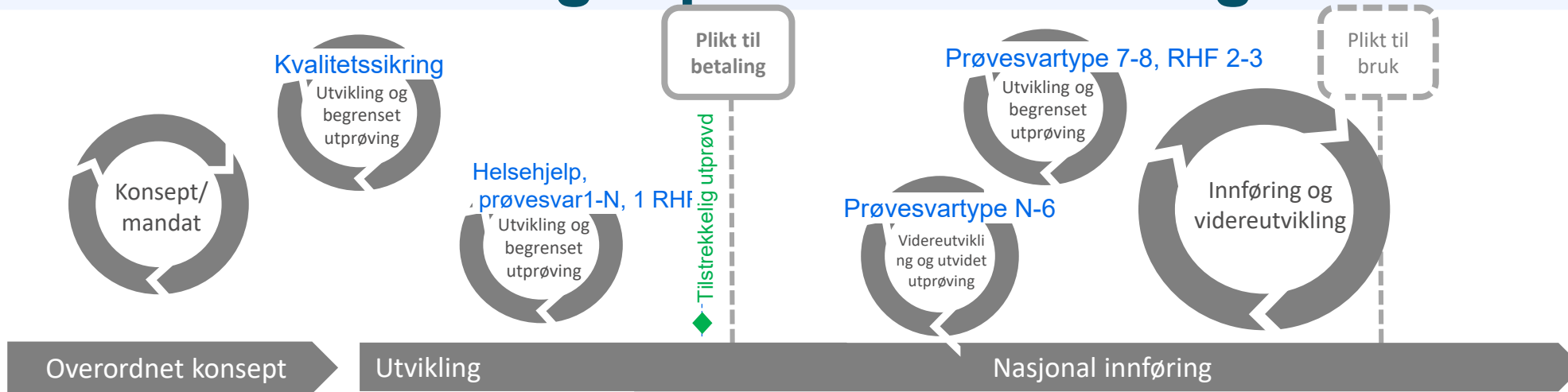
Generelle krav til tilstrekkelig utprøving	Detaljering – hva er godt nok nå? (ift hva kan tas i neste iterasjon)
Tjenesten må dekke prioriterte helsefaglige behov	Hvilke helsefaglige behov bør være dekket for tjenesten er tilstrekkelig utprøvd
Tjenesten må være testet i henhold til minimumskrav	Hvilke brukerhistorer skal defineres, og være testet teknisk og funksjonelt for å utgjøre en minimumsversjon.
Tjenesten må være utprøvd for sentrale aktører og sentrale brukergrupper/roller	Hvilke sentrale aktører, brukergrupper, roller, og EPJ-leverandører bør tjenesten testes ut på for å ha en tilstrekkelig utprøving
Tjenesten må være testet i samhandling mellom relevante aktører	Hvilke roller og ansvar mellom aktørene som skal samhandle bør være definert og testet. Hvilke samhandlingskjeder bør testes? <i>(f.eks. å følge en melding el.lign fra aktør til aktør)</i>
Norsk helsenett og Helsedirektoratet må være klar til å støtte videre utprøving	Norsk helsenett må være klar til å støtte virksomheter og journalleverandører som vil starte tilpasninger og videre utprøving. Hvilken støtte er nødvendig. Hvilke helsefaglige veiledningsmateriell må være oppdatert av Helsedirektoratet.
Helhetsvurdering	Må være prøvd ut i et omfang stort nok som kan gi indikasjoner på at den samfunnsøkonomiske lønnsomheten samsvarer med slik det er antatt i konseptfasen. Det er planer for videreutvikling av tjenesten.

# Tilbakemeldinger fra NUIT 15.mai

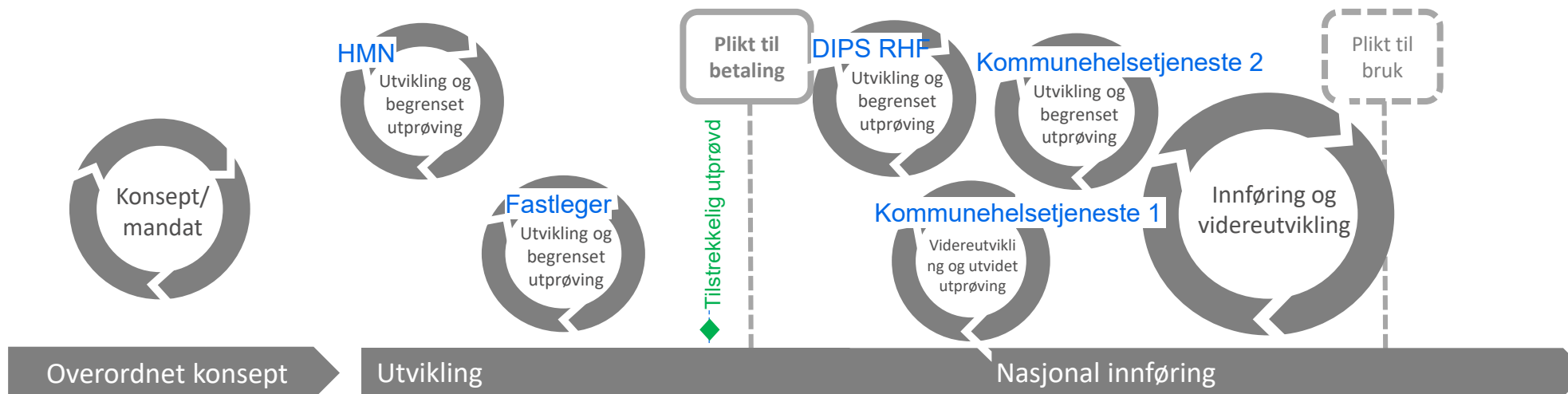
- Positive tilbakemeldinger på forslag til rutiner / prosedyrer
  - Kan øke forutsigbarheten for sektor fremover.
  - Ønske om en tydeliggjøring av roller og ansvar.
  - Jo mer vi klarer å dekke virksomhetenes behov, jo lettere er det å få ut løsninger og plikt til betaling. Man kan ikke ta betaling for tjenester som ikke er i skarp drift, men de må ikke være 100 % ferdig.
  - Sektor må ha en smidig modell. Alt blir ikke ferdig før det skal tas i bruk, men det må dekke et minimumsbehov.

# En eller flere begrensede utprøvinger gjennomføres før tjenesten er tilstrekkelig utprøvd for betaling

Pasientens prøvesvar, vil det være slik?



SFM, vil det være slik?



# Forslag til vedtak - oppdatert

Nasjonalt e-helseråd drøftet forslag til hensyn, prosedyrer og rutiner som må gjennomføres før plikt til betaling kan innføres samt forslag til anvendelse av kriteriene. Innspill tas med i det videre arbeidet.

Lunsj – oppstart igjen kl. 12.30

—

# Sak 14/24: Konkretisering av Nasjonal e-helsestrategi mål 1 og anbefalte innsatsområder i områdeplan

—

# Samlet sektor om Nasjonal e-helsestrategi- Fem strategiske mål



Aktiv medvirkning i egen og næres helse



Enklere arbeidshverdag



Helsedata til fornying og forbedring



Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling



Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft

## MÅL 1 | AKTIV MEDVIRKNING I EGEN OG NÆRES HELSE

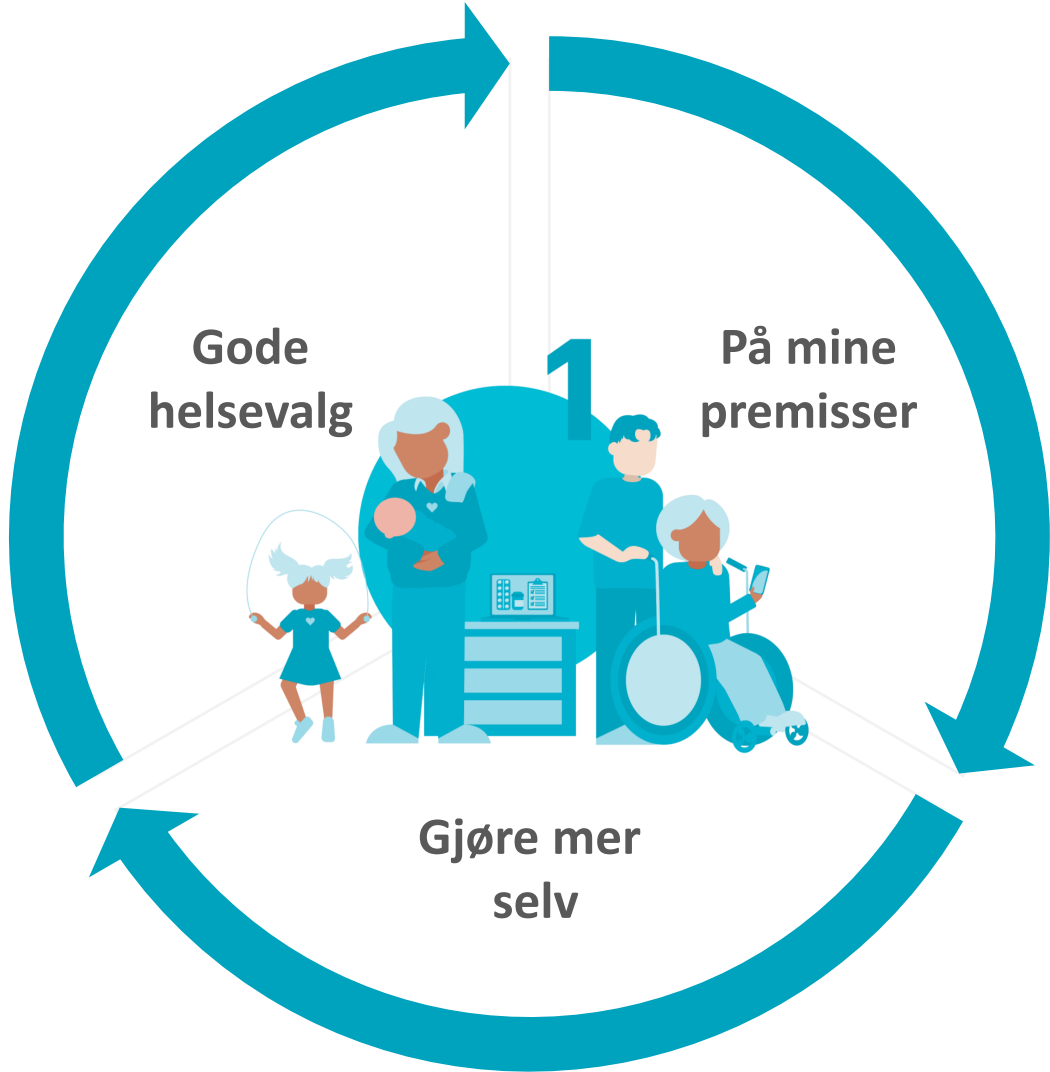
Digitale helse- og omsorgstjenester skal tilrettelegge for at innbyggere og pårørende enkelt kan involvere seg i forebygging, behandling og oppfølging av egen og næres helse og mestring. Når, hvor og hvordan helse- og omsorgstjenester utføres skal i større grad tilpasses innbyggerens behov. Dette vil bidra til bedre utnyttelse av kompetanse og kapasitet.







**AKTIV MEDVIRKNING I EGEN  
OG NÆRES HELSE**



# Gode helsevalg -Innbyggers behov

## «God helse og mestring i befolkningen»

*«Innbygger har tilgang på tilpasset informasjon som gjør dem i stand til å være aktiv og ta gode valg for å ivareta egen og næres helse.  
...tilgang til samvalgsverktøy som gir innbygger mulighet til å ta del i beslutninger om egen behandling»*

[Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren - ehelse](#)

Jeg har tilgang til mine helsedata som gir meg innsikt i status og utviklingen av min helse!

Jeg får informasjon tilpasset meg og mine helseutfordringer!

Jeg har tilgang på gode mestringsverktøy som veileder meg til å ta gode beslutninger og som gjør at jeg føler meg trygg!



# Gode helsevalg -mål



Jeg har tilgang til mine helsedata som gir meg innsikt i status og utviklingen av min helse!

1. Innbygger har tilgang til sine helsedata fra **hele** helse- og omsorgstjenesten og får dem presentert på en enkelt forståelig måte

Jeg får informasjon tilpasset meg og mine helseutfordringer!

2. Innbygger får tilpasset informasjon som er relevant ut fra sin helsesituasjon

Jeg har gode mestringsverktøy som veileder meg til å ta gode helsevalg og som gjør at jeg føler meg trygg!

3. Innbygger får tilgang til relevante digitale selvhjelps-, lærings- og mestringsressurser





## Gode helsevalg

1. Innbygger har tilgang til sine helsedata fra **hele** helse- og omsorgstjenesten og får dem presentert på en enkelt forståelig måte
2. Innbygger får tilpasset informasjon som er relevant ut fra sin helsesituasjon
3. Innbygger får tilgang til relevante digitale selvhjelps-, lærings- og mestringsressurser



## På mine premisser

4. Innbyggers behov ligger til grunn for oppfølging og mer kan følges opp hjemme
5. Innbyggers rettigheter er bygget inn i de digitale tjenestene
6. Innbygger kan registrere pårørende og gi dem rettigheter og fullmakter knyttet til helsehjelpen
7. Innbygger kan bestille, flytte og avlyse avtaler

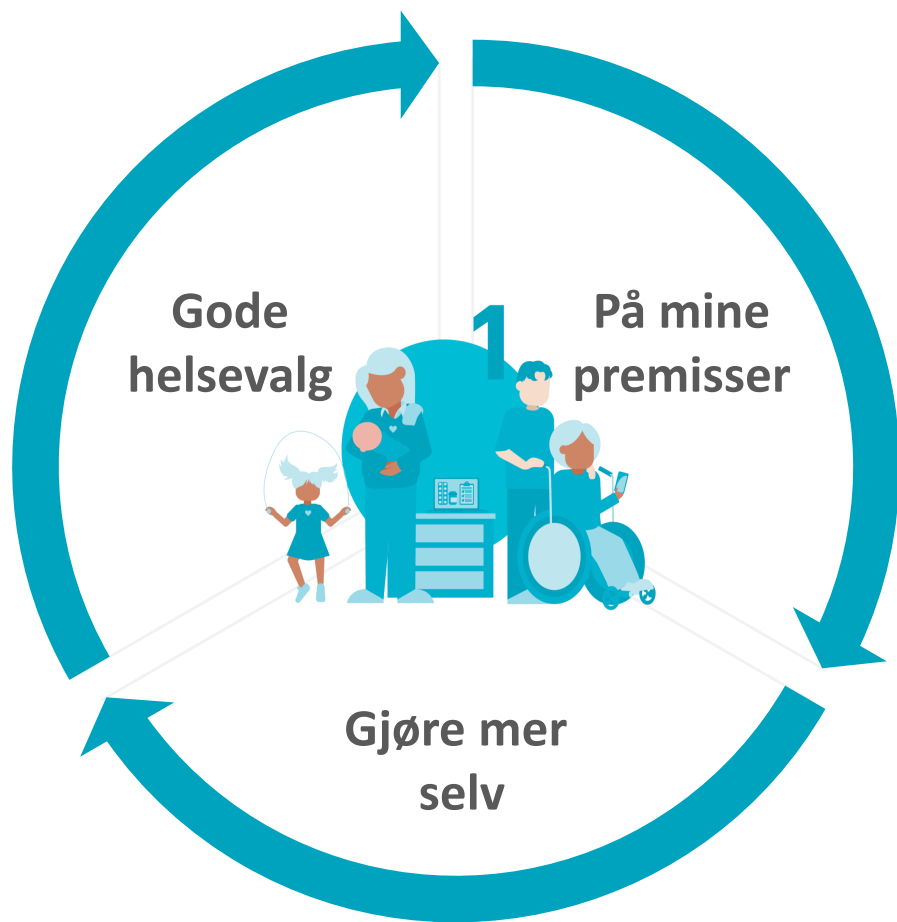


## Gjøre mer selv

8. Innbygger kan i økende grad behandles hjemme
9. Innbygger veiledes og motiveres til å gjennomføre tiltak selv
10. Innbygger kan dele relevante helsedata med behandler og annet helsepersonell
11. Innbygger og pårørende har oversikt over helsekontakter, dialog og oppgaver fra hele helsetjenesten



# Effekt mål



Økt involvering i egen helse og helsehjelp



Innbygger

Bortfall av oppgaver/Avlaste helsetjenesten



Helsetjeneste

Bedre kvalitet på helsehjelpen



Helsetjeneste

Friskere befolkning med redusert behov for helsetjenester



Samfunn

Mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste



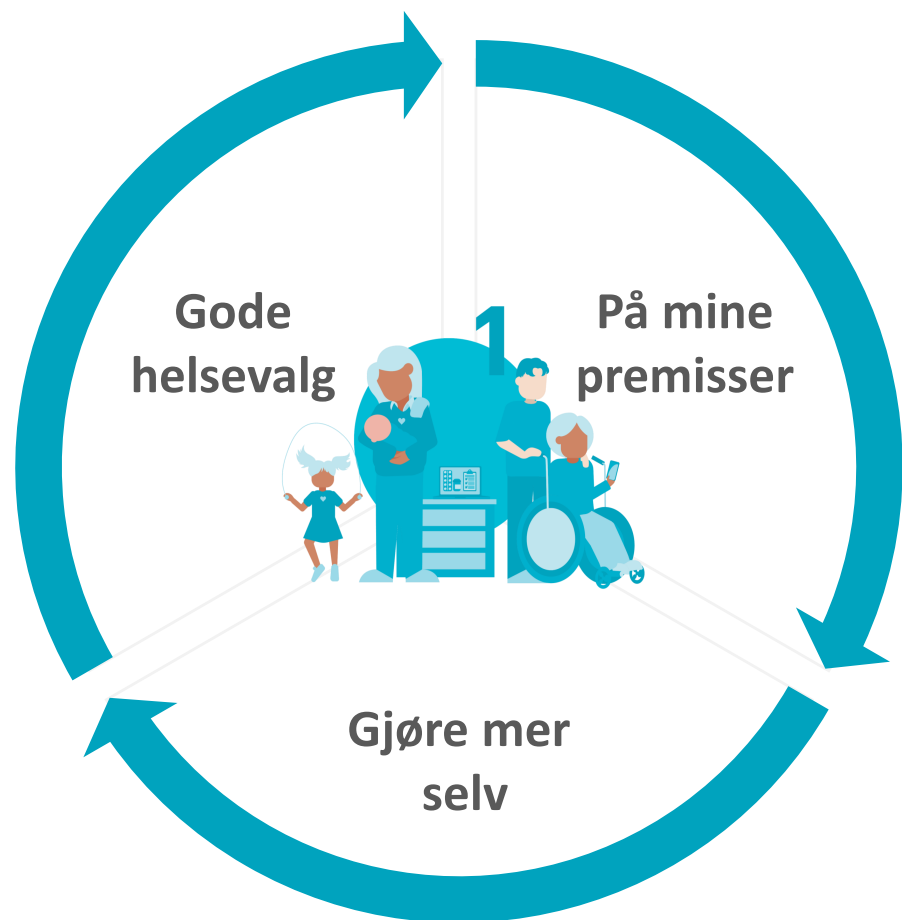
# GAP Analyse

- Mulighetsrom i ved digital transformasjon
- Status (pågående og planlagte aktiviteter)
- Uprioriterte tiltak
- Rammebetingelser og utfordringer

**På bakgrunn av funnene i analysen har vi identifisert noen områder der vi ser sektor trenger hjelp for å komme videre.**



# Foreløpige funn fra GAP-analysen



Vi støtter ikke pårørende godt nok

Vi klarer ikke utnytte potensialet i digitale selvhjelps-, egenbehandlings- og behandlingsverktøy

Helsetjenesten kan ikke digitalisere rettigheter alene

EU setter krav til at innbygger skal ha tilgang til helsedata som vi ikke klarer innfri

Vi har minimalt med nasjonale digitale helsetjenester tilpasset barn



# Innspill:

- Innspill til målbildet
- Kommentarer og innspill til de foreløpige anbefalingene til prioritering av fokusområder?





# Forslag til vedtak - oppdatert

Nasjonalt e-helseråd kjenner seg godt igjen i situasjonsbeskrivelsen og gap-analysen. Rådet drøftet de foreløpige anbefalingene til prioritering i perioden 2024-2027. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet med gapanalysen, og vil jobbe sammen med aktørene, for å ferdigstille forslag til områdeplan med prioritering og tiltak.

Pause – oppstart igjen kl. 13.35

—

# Sak 15/24: Felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten

—

# Felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten

E-helserådet

13. juni 2024



# Hensikt med saken

- Orienterer E-helserådet om arbeidet med felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten
- Drøfte anbefalte tiltaksområdene og få innspill på prioriteringer
- Spesielt tilbakemelding på anbefalte tiltak:
  - Kap 4: Rammer for bruk av KI i helse- og omsorgstjenesten
  - Kap 5: Bruk av store språkmodeller
  - Kap 6: Styrke kompetanse om KI i helse- og omsorgstjenesten

# Store forventninger til KI i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027

- Det må kontinuerlig vurderes om oppgaver kan løses på helt andre og personellbesparende måter, f.eks. ved **bruk av kunstig intelligens**, ved å automatisere arbeidsoppgaver og endre arbeidsprosesser som tidligere ble gjort manuelt.
- **Kunstig intelligens og annen personellbesparende teknologi** er forventet å kunne bidra til at vi kan opprettholde kvaliteten i tjenesten i årene framover og reduserer allerede ventetidene på de stedene der det tas i bruk i dag.



# Oppdrag TB2024-34

**TB2024-34**      **Avd.HOD: SHA/EHE**      **Kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten**

Departementet viser til det nasjonale koordineringsprosjektet bedre bruk av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten og sluttrapport av 15. oktober 2023.

Departementet ber Helsedirektoratet om å videreføre arbeidet med å **legge til rette for trygg innføring av KI** i helse- og omsorgstjenesten i samarbeid med Direktoratet for medisinske produkter, Helsetilsynet, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene og KS på egnet vis. **Helsedirektoratet skal lede arbeidet.** Departementet viser til oppdrag til de regionale helseforetakene for 2024 om å dokumentere effekter ved bruk av KI-løsninger for å legge til rette for utbredelse.

Arbeidet skal bidra til **økt bruk av KI-løsninger som er trygge** og som bidrar til **helsetjenester av like god eller bedre kvalitet**, og til å **frigjøre tid** hos helsepersonell. Aktørene skal utarbeide **en felles plan** for hvilke tiltak som bør gjennomføres av hvilke aktører i 2024 og 2025 for å understøtte behovene i kommuner og helseforetak.

Koordineringsprosjektet har i sluttrapporten fremhevet etterspørsel fra tjenesten om støtte og veiledning knyttet til **validering av løsninger**, for å sikre trygg innføring av KI. Departementet ber etatene prioritere oppfølging av dette som en del av videre arbeid. I tillegg skal etatene fortsette arbeidet med **tverretattlig veiledning** og oppdaterte **informasjonssider**, som gjør det enklere for tjenesten og andre aktører å navigere i regelverk og veiledning. Som en del av videre arbeid skal etatene også vurdere **hvilke risikoer store språkmodeller introduserer**, og identifisere tiltak for å sikre at helse- og omsorgstjenesten har **tilgang på språkmodell(er) som er tilpasset norske forhold**.

Departementet ber om at Helsedirektoratet i samarbeid med de andre aktørene leverer sitt forslag til felles plan innen 1. juli 2024.

Status og forslag til videre arbeid med  
kunstig intelligens (KI)  
i helse- og omsorgstjenesten

Sluttrapport fra det nasjonale koordineringsprosjektet  
«Bedre bruk av kunstig intelligens»



Oslo, 15. oktober 2023



# Forankring av planen

- ✓ 8. mai: drøfting i [KI-rådet](#)
- ✓ 15. mai: drøfting i NUIT
- ✓ 23. mai: innspillsmøte med sektoren
- ✓ frem til 31.mai: sektoren inviteres til å gi skriftlige innspill på utkast til plan
- ✓ 7. juni: drøfting i KI-rådet
  
- **13. juni: E-helserådet**
  
- 25. juni: intern forankring og beslutning Hdirs ledelse
- 1. juli: oversendelse til HOD



# KI kan transformere helsetjenesten



**>23.000 pasienter**  
er diagnostisert  
med støtte av KI

Det er like mange  
som får plass i  
Telenor Arena



**>5.000 pasienter**  
har sluppet  
ventetid

Dette tilsvarer en  
kø fra Aker sykehus  
til Stortinget



**240 døgn med  
ventetid**  
er spart for  
pasientene

Tiden det tar å gå  
fra Oslo til  
CapeTown  
tur/retur



**5.500  
legekonsultasjoner**  
spares årlig

**Vi kutter køene og  
kan bruke tiden på  
pasientene som  
trenger det mest**

# Stor usikkerhet



Hvordan sikre tillit?

# Dynamisk, fleksibel og aktuell plan

Felles KI-plan  
for trygg og effektiv bruk av KI  
i helse og omsorgstjenesten  
2024- 2025



16. mai 2024



1 Sektorsamarbeid om KI

2 Tverretatlige informasjonssider om KI

3 Tverretatlig veiledning om eksisterende og forberedelser for kommende regelverk

4 Rammer for bruk av KI i helse- og omsorgstjenesten

5 Bruk av store språkmodeller

6 Styrke kompetanse på KI

Igang satt  
+  
Anbefalt

# 1. Sektorsamarbeid om KI

✓ **Igang satt:**

- KI-råd for helse- og omsorgsektoren

➤ **Anbefalt:**

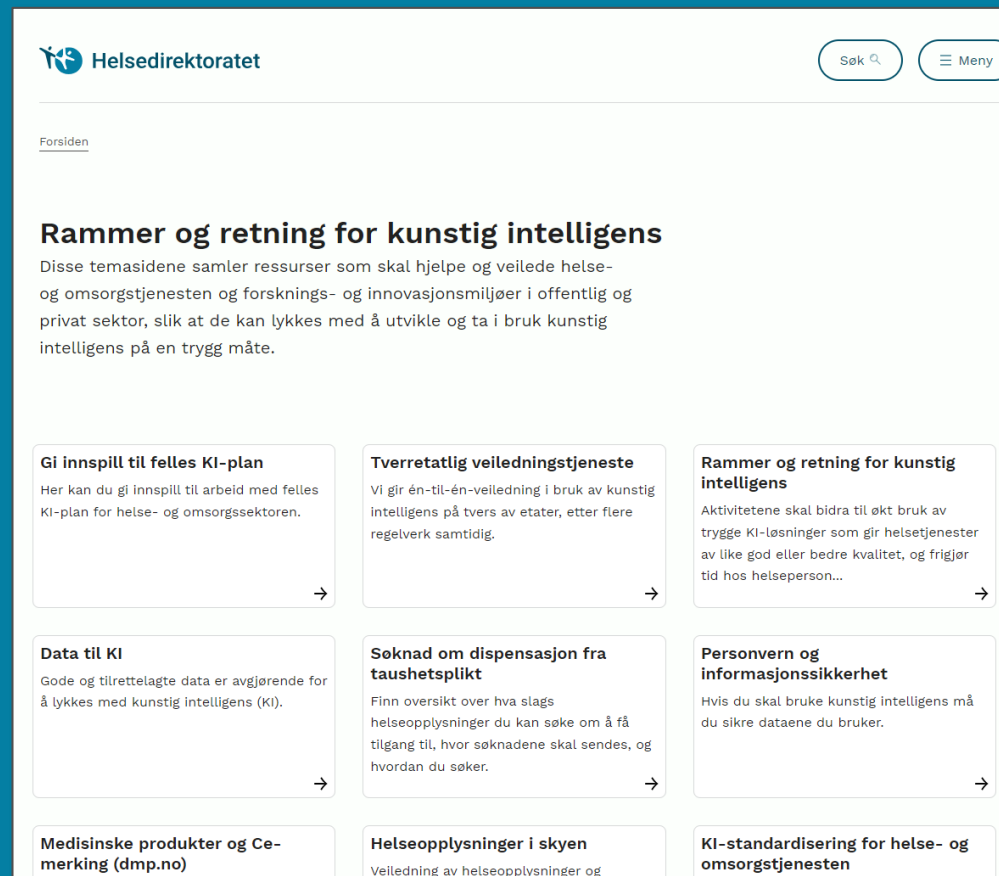
- Avklare ansvar og roller knyttet til tilrettelegging for KI-bruk
- Styrke europeisk samarbeid

## **KI-rådet**

*skal gi råd til Helsedirektoratet om strategiske veivalg, prinsipielle spørsmål og anbefale prioritering og gjennomføring av tiltak for å legge til rette for trygg og effektiv innføring av KI i helse-*

## 2. Tverretatlige informasjonssider om KI

- ✓ Igangsatt:
- Videreutvikle tverretatlig informasjonsside om KI



HelseDirektoratet

Søk  Meny

[Forsiden](#)

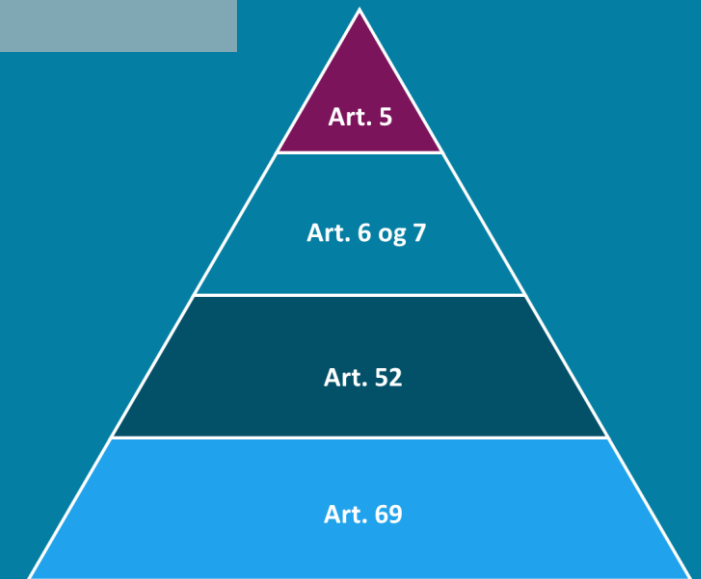
### Rammer og retning for kunstig intelligens

Disse temasidene samler ressurser som skal hjelpe og veilede helse- og omsorgstjenesten og forsknings- og innovasjonsmiljøer i offentlig og privat sektor, slik at de kan lykkes med å utvikle og ta i bruk kunstig intelligens på en trygg måte.

- Gi innspill til felles KI-plan**  
Her kan du gi innspill til arbeid med felles KI-plan for helse- og omsorgssektoren. →
- Tverretatlig veiledningstjeneste**  
Vi gir én-til-én-veiledning i bruk av kunstig intelligens på tvers av etater, etter flere regelverk samtidig. →
- Rammer og retning for kunstig intelligens**  
Aktiviteten skal bidra til økt bruk av trygge KI-løsninger som gir helsetjenester av like god eller bedre kvalitet, og frigjør tid hos helseperson... →
- Data til KI**  
Gode og tilrettelagte data er avgjørende for å lykkes med kunstig intelligens (KI). →
- Søknad om dispensasjon fra taushetsplikt**  
Finn oversikt over hva slags helseopplysninger du kan søke om å få tilgang til, hvor søknadene skal sendes, og hvordan du søker. →
- Personvern og informasjonssikkerhet**  
Hvis du skal bruke kunstig intelligens må du sikre dataene du bruker. →
- Medisinske produkter og Cemarking (dmp.no)**
- Helseopplysninger i skyen**  
Veiledning av helseopplysninger og
- KI-standardisering for helse- og omsorgstjenesten**

### 3. Tverretattlig veiledning om eksisterende og forberedelser for kommende regelverk

- ✓ Igangsatt:
- Veiledning om dagens regelverk
  - Forberede for fremtidig regelverk



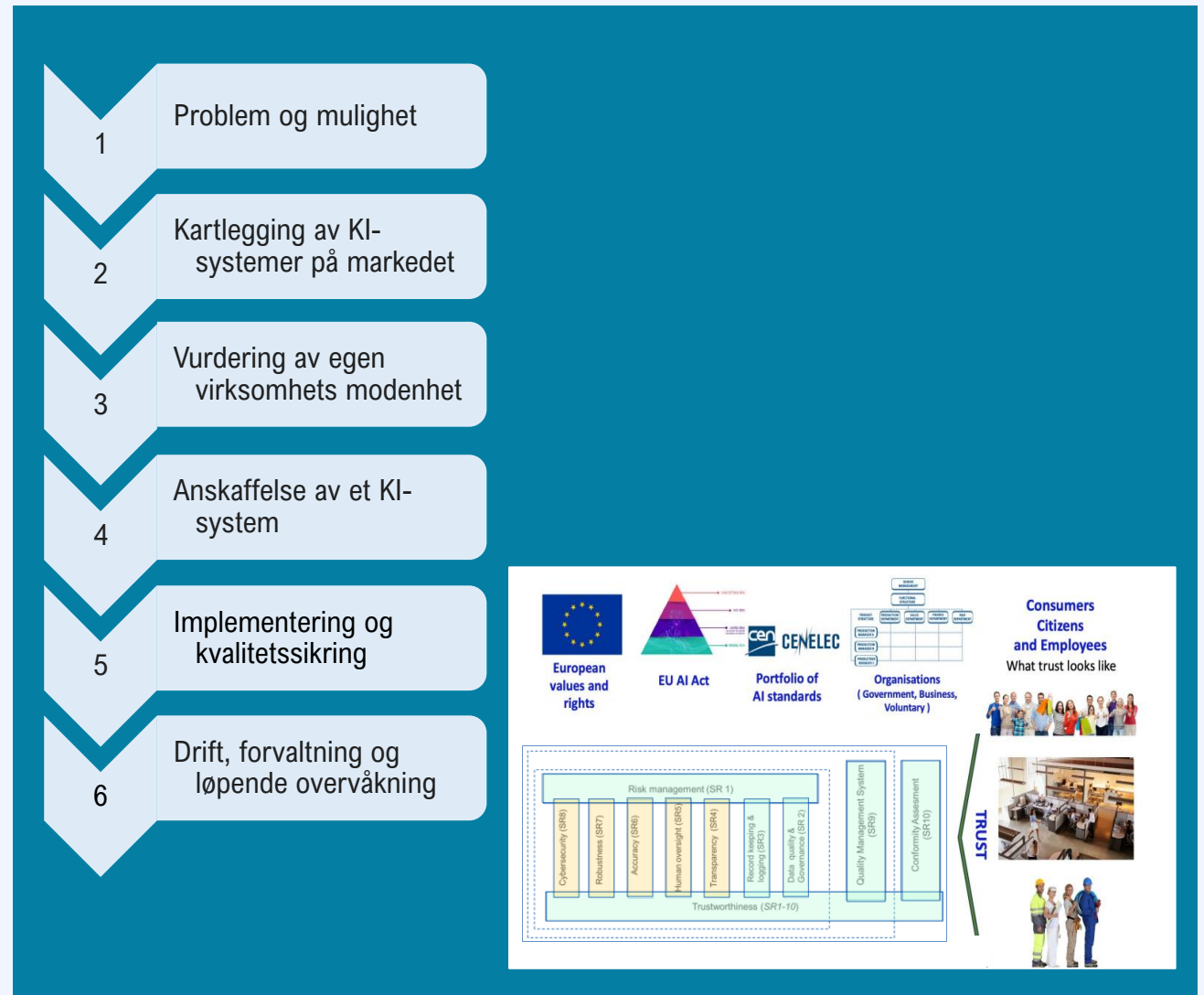
# 4. Rammer for bruk av KI i helse- og omsorgstjenesten

## ✓ Igangsatt:

- Rammer for kvalitetssikring
- Engasjere helsesektoren i relevant standardiseringsarbeid for KI

## ➤ Anbefalt:

- Erfaringsutveksling om validering, ibruktakelse og skalering
- Gevinstpotensial og -realisering
- Undersøke barrierer og behov for finansiering
- Tilgang til data og infrastrukturer for trening, finjustering og validering av KI-modeller
- Fra forskning og utvikling til bruk og eventuell kommersialisering
- Videreutvikling av metodevurderinger



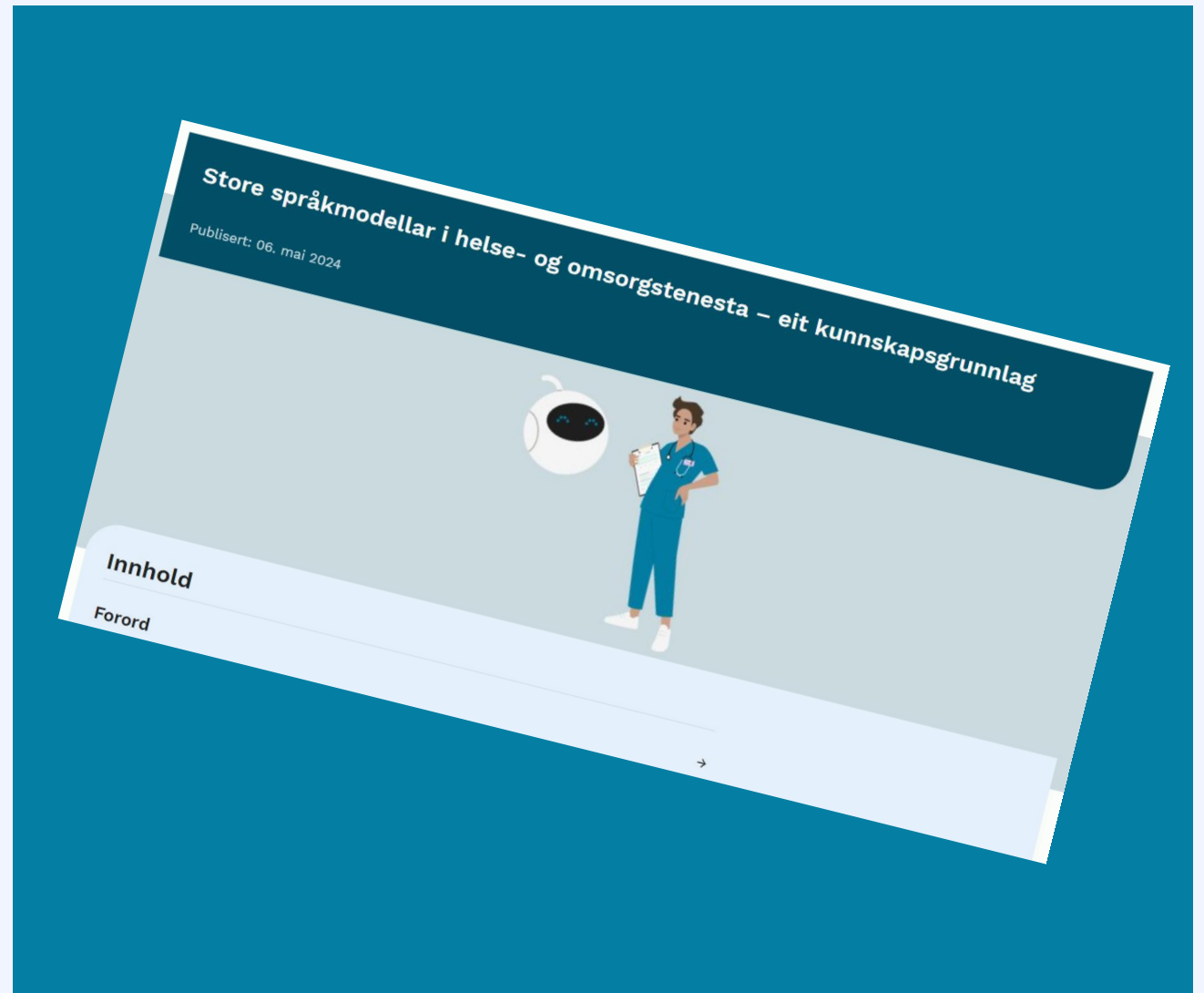
# 5. Bruk av store språkmodeller

## ✓ Igangsatt:

- Utarbeide kunnskapsgrunnlag om store språkmodeller
- Vurdering av risiko ved bruk av store språkmodeller
- Legge til rette for at bruken av språkmodeller er tilpasset norske forhold

## ➤ Anbefalt:

- Kompetanse om bruk, utvikling og finjustering
- Bruksområder for store språkmodeller





## 6. Styrke kompetanse på KI

### ✓ Igangsatt:

- Videreutvikling av tverretattlig kunnskap og kompetanse om kunstig intelligens
- Utarbeide rapport om kompetansebehov for digital transformasjon med kunstig intelligens

### ➤ Anbefalt:

- Befolkningens kompetanse
- Kompetanse for helseledere
- Kompetanse for personell i helse- og omsorgstjenesten



# Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd støtter de foreslåtte tiltaksområdene. Innspillene fra diskusjonen i Nasjonalt e-helseråd tas med i det videre arbeidet.

# Sak 16/24: Orientering fra Helsedirektoratet

—

# Medlemmer i Nasjonal rådsmodell for e-helse fra Helsedirektoratet

## Nasjonalt e-helseråd

- Mariann Hornnes, Assisterende direktør
- Hilde Myhren, Divisjonsdirektør spesialisthelsetjenester og internasjonalt samarbeid
  - Overtar for Jan Arild Lyngstad

## NUIT

- Mariann Hornnes (leder av NUIT), Assisterende direktør
- Liv Heidi Brattås Remo, Avdelingsdirektør kompetanse (Divisjon for kommunale tjenester og beredskap)
  - Overtar for Morten Fronth-Andersen

## NUFA

- Hans Löwe Larsen (leder av NUFA), fra divisjon for informasjonsforvaltning og metode
- Jacob Holter Grundt, fagdirektør divisjon for digital transformasjon
- Erik Hedlund, avdelingsdirektør arkitektur og samhandling
- Knut Berglund, seniorrådgiver i avdeling for samfunnshelse
  - Børge Myrlund Larsen og Thore Thomassen går ut av NUFA.

➤ EU-samarbeid



# Hva er European Health Data Space - EHDS?

Fastsetter regler, felles standarder, infrastrukturer og et styringsrammeverk for bruk av elektroniske helseopplysninger for helsetjenester, forskning, innovasjon og politikkutforming

## PRIMÆRBRUK



Gi innbyggere tilgang til og kontroll over sine helseopplysninger

## SEKUNDÆRBRUK

Felles rammeverk for deling og bruk av helsedata til forskning, innovasjon, politikkutforming



Fremme et indre marked for digitale helsetjenester og produkter (EPJ-systemer)

MyHealth@EU infrastrukturen

HealthData@EU infrastrukturen

# Status for EHDS forordningsforslaget i EU

Council of the EU | Press release | 15 March 2024 01:10

## European Health Data Space: Council and Parliament strike deal



PE-CONS No/YY - 2022/0140(COD)

REGULATION (EU) 2024/...  
OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL

on the European Health Data Space

(Text with EEA relevance)

THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION,

Having regard to the Treaty on the Functioning of the European Union, and in particular Articles 16 and 114 thereof,

Having regard to the proposal from the European Commission,

After transmission of the draft legislative act to the national parliaments,

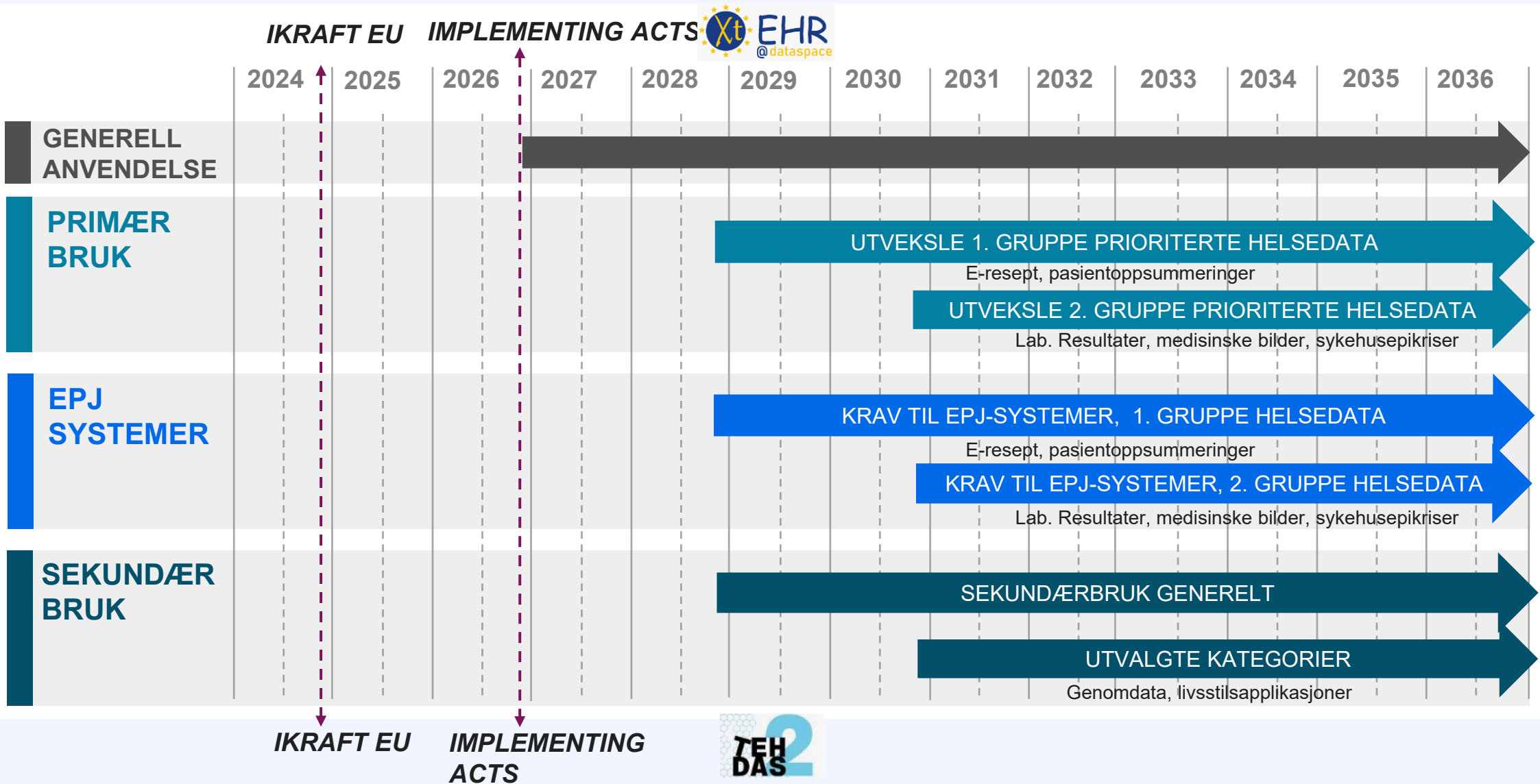
Having regard to the opinion of the European Economic and Social Committee<sup>1</sup>,

Having regard to the opinion of the Committee of the Regions<sup>2</sup>,

Acting in accordance with the ordinary legislative procedure,

- Politisk enighet om innholdet i forordningen
- Korrigendum prosedyre: formelle runder revisjon og oversettelse
- Nytt EU-parlament skal endelig godkjenne
- Publisering i «Official Journal of the EU» og ikrafttredelse i EU forventes høsten 2024
- EØS-behandling starter når forordningen offisielt er vedtatt i EU

# EHDS – overordnet tidslinje i EU





# Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd tar sakene til orientering.

# Sak 17/24: Eventuelt

—

Takk for i dag!



Neste møte i Nasjonalt e-helseråd er 17. – 18. oktober, på  
**Radisson Blu Royal Hotel i Bergen!**