

Referat fra møte i Nasjonalt e-helseråd		
Møte	2/2024	
Dato	13. juni 23024	
Tid	08:30 – 14:30	
Sted	Nationaltheatret konferansesenter, Haakon VII's gate 9, Oslo	
Medlemmer	Erik Hansen (Helse Vest RHF) Svein Lyngroth (Oslo kommune) Per Olav Skjesol (Helse Midt-Norge RHF) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Barthold Vonen (Helse Nord RHF) Jan Hugo Sørensen (Nordreisa kommune) Rune Simensen (Helse Sør-Øst RHF) Kjell Wolff (Bergen kommune) Mariann Hornnes (Helsedirektoratet) Lilly Ann Elvestad (FFO) Hilde Myhren (Helsedirektoratet) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Kristin W. Wieland (KS) Johan Ronæs (Norsk helsenett SF)	
Ikke til stede	Mina Gerhardsen (Nasjonalforeningen for folkehelsen) Frode Danielsen (Digitaliseringsdirektoratet) Kai Øivind Brenden (Norsk Sykepleierforbund) Christine Bergland (Folkehelseinstituttet) Wenche P. Dehli (Trondheim kommune)	
Stedfortreder		
Helsedirektoratet	Siv Ingebrigtsen Karen Lima Lucie Aunan Vibeke Jonassen Wang Bente Andersen Sundlo	

Sak	Tittel på sak	Sakstype
10/24	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
11/24	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helseråd 21. mars 2024	Godkjenning
12/24	Prinsipper for fordeling av kostnader for drift- og forvaltning av de nasjonale e-helseløsninger	Drøfting
13/24	TB2024-79 Overgang til plikt til betaling ved innføring av nasjonale e-helseløsninger	Drøfting
14/24	Konkretisering av Nasjonal e-helsestrategi mål 1 og anbefalte innsatsområder i områdeplan	Drøfting
15/24	Felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten	Drøfting
16/24	Orientering fra Helsedirektoratet	Orientering
17/24	Eventuelt	

Sak	Tema
10/24	Godkjenning av innkalling og dagsorden
	Det kom ingen innspill til innkalling og dagsorden.
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd godkjenner innkalling og dagsorden.
11/24	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helseråd 21. mars 2024
	Det kom ingen innspill til referatet.
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd godkjenner referatet fra møtet 21. mars 2024
12/24	Prinsipper for fordeling av kostnader for drift- og forvaltning av de nasjonale e-helseløsninger
	Norsk helsenett SF skal vurdere og eventuelt anbefale endringer i prismodellene for forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger fra 2025.
	Henrik Barstad, Norsk helsenett SF, presenterte for Nasjonalt e-helseråd anbefalte prismodeller for følgende nasjonale e-helseløsninger; Sentral forskrivningsmodul (SFM), pasientens prøvesvar, samt en foreløpig prismodell for Helsenettet for gruppen øvrige

aktører. Anbefalt prismodell for pasientens prøvesvar og SFM var den samme som ble behandlet i rådsmodellen i 2023.

Hovedtrekkene i innspillsrunden:

- Nasjonalt e-helseråd ga full støtte til å få SFM og prøvesvar i produksjon fra 2025.
- Kommunesektorens representanter fremhevet at finansieringen av fastlegetjenesten i dag er et statlig ansvar, og at basistilskuddet går uavkortet til fastlegene. Når kommunene må betale for fastlegenes bruk av tjenesten - må dette dekkes gjennom kutt i andre tjenester i kommunene. Det ble derfor fra kommunerepresentantene bedt om at kostnadsøkninger som skyldes bruk hos fastlegene, kompenseres i tråd med anmodningsvedtak om inndekning av merkostnader fra Stortinget.
- 2 av 4 RHF mener prinsipielt at RHF-andelen er for høy på prøvesvar steg 1. Rådsmodellen utfordrer på om noen av kostnadene kan tas av Norsk helsenett SF, fordi egenkapitalen har bygd seg opp de siste årene (steg 1 prøvesvar).
- Rådsmodellen anerkjenner at løsningene i stort har stor samfunnsnytte og stor nytte for pasientene. Samtidig er det utfordrende fra et bedriftsøkonomisk perspektiv.
- Det er viktig at finansieringsmodellen diskuteres i rådsmodellen hvert år.
- Det må settes ytterligere søkelys på å sikre at leverandørene utvikler sine løsninger i takt med utviklingen av de nasjonale e-helseløsningene slik at disse kan integreres.
- Nasjonalt e-helseråd understreket betydningen av at man etablerer kunnskap og faktagrunnlag om hvordan de ulike tjenestene brukes (aktører, tjenesteområder og personellgrupper), og at man gjennom følgeforskning og andre tiltak utvikler økt kunnskap om effekter av løsningene. Hensikten er økt kunnskap om både effekter for helsetjenesten, samfunnet og hva som skal til for økt bruk og utbredelse i ulike målgrupper.

Øvrige innspill:

- Ny fordeling av kostnader av Helsenettet er et steg i riktig retning. Tidligere har eksempelvis psykologer, psykiatere og tannleger kommet sent inn i Helsenettet, dette på grunn av store kostnader og relativt lav egenytte.
- Prinsippene i bunn til prismodellen er gode.
- Det er viktig at prismodellene underbygger den nasjonale e-helsestrategien, og at prisstrukturen ikke hemmer det vi ønsker å oppnå.
- De som investerer i de nasjonale e-helseløsningene, er ikke alltid de som får nytten. Det må helsesektoren stå i, og den utfordringen må vi ta.
- Det bør drøftes og tydeliggjøres hvem som sitter med risikoen når en tjeneste blir forsinket.
- Nasjonalt e-helseråd ønsker å utfordre Norsk helsenett SF på deres 5% risikopåslag.
- Hovedprinsippene er fastsatt i lov, og det må vi forholde oss til. Samtidig er det stor forskjell på fastleger og avtalespesialister. SFM og Pasientens prøvesvar er per nå i mindre grad tilrettelagt for kommunene.
- Helsesektoren må jobbe sammen mot leverandørmarkedet for å få EPJ-leverandørene til å levere raskere.
- Det er ønskelig med et tydelig veikart over når brukerne vil kunne ta løsningene i bruk. Det vil motivere, og gi større forståelse og betalingsvilje når vi ser planen fremover og hva det skal bli. Ikke bare tjenesteområder, men også hvilke helsepersonellgrupper tjenesten er for. Helsedirektoratet kommenterte at veikartet for nasjonal e-helsestrategi viser nettopp dette.
- Helsesektoren begynner nå å få løsninger innbyggerne bruker, og det gir verdi for innbygger. Vi må ta med oss det samfunnsøkonomiske perspektivet i dette.
- Vi har en offentlig helsetjeneste, og det er viktig å ha prismodeller som bidrar til økt bruk, i hele landet. Det er en utfordring for pasient og brukere at en har ulike tilbud.

	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helseråd drøftet foreslåtte prismodeller og ba Norsk helsenett SF ta med seg innspill inn i videre arbeid.</p>
13/24	<p>TB2024-79 Overgang til plikt til betaling ved innføring av nasjonale e-helseløsninger</p> <p>Siv Ingebrigtsen og Lucie Aunan, Helsedirektoratet, orienterte Nasjonalt e-helseråd om hensyn, prosedyrer og rutiner som må gjennomføres før plikt til betaling kan innføres. Videre ble det en drøfting av eksempler på hvordan man kan anvende kriteriene for tilstrekkelig utprøving med utgangspunkt i pasientens prøvesvar.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nasjonalt e-helseråd har en forståelse for prosessen og kriteriene rundt overgang til plikt til betaling ved innføring av nasjonale e-helseløsninger. En utfordring kan være at kravlisten blir for lang. Det er viktig å tegne opp en prosess for hvordan bli enig om minimumskravene. Styringsgruppen i prosjektene må definere kriteriene tidlig. SFM er per nå i mindre grad tilrettelagt for kommunene. Det er krevende å forsvare en kostnad for noe man ikke kan bruke. Helsesektoren må være enige om å jobbe for økt gjennomføringskraft, stegvis utvikling, og at dette må gjøres i fellesskap. Vi må anerkjenne at ved stegvis utvikling kommer tjenester i produksjon før det er klart til bruk hos alle aktørene. Vi må ha en langsiktig plan, og et veikart for de ulike tjenestene og de ulike helsepersonellgruppene. Sektor må få til bedre styringsmekanismer ovenfor leverandørene i markedet.
	<p>Vedtak: 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 for Pasientens prøvesvar. Innspill tas med i det videre arbeidet.</p>
14/24	<p>Konkretisering av Nasjonal e-helsestrategi mål 1 og anbefalte innsatsområder i områdeplan</p> <p>For å følge opp Mål 1 i nasjonal e-helsestrategi, har det vært nødvendig å konkretisere innholdet i målet for å se hvor det er nødvendig med nasjonale tiltak som kan bidra til digitalisering av helse- og omsorgstjenester.</p> <p>I løpet av høsten 2023 har Helsedirektoratet (tidl. Direktoratet for e-helse) jobbet sammen med aktører og bruker- og interesseorganisasjoner med å konkretisere mål 1. Dette arbeidet har resultert i et mål bilde bestående av 11 delmål. Med utgangspunkt i mål bildet pågår det nå en gapanalyse for å identifisere hvor det er nødvendig å prioritere nasjonale tiltak for å sikre fremdrift.</p> <p>Lucie Aunan, Helsedirektoratet, la frem saken og ønsket å få tilslutning til situasjonsforståelsen og GAP-analysen, samt innspill på de foreløpige anbefalingene til prioritering i perioden 2024-2027.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nasjonalt e-helseråd mener det er fint å få opp en gap-analyse, og støtter situasjonsbeskrivelsen. Det er enighet om e-helsestrategien, men det er ikke kapasitet i sektoren til å gjøre alt. Det er en realitet i dag at gapet mellom forventningene fra innbyggere og det kommunene klarer å levere er stort. Kommunesektorens representanter stiller spørsmål om dette en riktig prioritering gitt totaliteten av det som skal gjøres i helsetjenesten? Dette arbeidet skaper forventninger om at noe skal skje veldig raskt, og det er en bekymring knyttet til om det er nok kapasitet i sektoren til dette.

	<ul style="list-style-type: none"> • Det er viktig at pasientene blir en del av løsningen og ikke problemet. De pårørende må kobles bedre på, og overgang fra barn til voksen må bli bedre. • Tilgangen til digitale helsetjenester går via bank ID og det medfører at noen blir stengt ute. • Rettigheter må diskuteres og vi må forstå dette likt. • Informasjonsformidlingen om selvhjelp kan være krevende. Den som skal formidle kilden til selvhjelp til en pasient må vite hvor man finner informasjonen. Helsenorge kan bli bedre på dette. • Selvhjelps løsningene kan også bidra til å øke forventningene til innbygger om hva kommunene skal yte av tjenester. • Det må bli en tydeligere kobling til veikartet for Helsenorge. • Dette arbeidet må kobles opp til andre mål, som for eksempel avlastning av helsepersonell. Pasientene har de siste ti årene fått mer tilgang på informasjon enn det helsepersonell har i dag. • Hvordan vi prioriterer og organiserer dette arbeidet må tydeliggjøres. Det handler om kultur og holdninger til hvordan vi skal gjøre dette. • KS og kommunene trenger mer tid til forankring av arbeidet. • I det videre arbeidet er det viktig for kommunene at KS er godt involvert i prosessen.
	<p>Vedtak:</p> <p>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.</p>
15/24	Felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten
	<p>Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide en felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten.</p> <p>Sveinung Tornås, Helsedirektoratet, informerte Nasjonalt e-helseråd om KI-planen. Det var ønskelig å drøfte de foreslåtte tiltaksområdene i utkast til plan, og få innspill på prioriteringer.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nasjonalt e-helseråd mener KI-planen er et godt initiativ. Denne planen gir oss et godt fundament for en god bruk av KI. • Det var nyttig at usikkerheten rundt KI ble konkretisert. Det tydeliggjør risikobildet. • Det er viktig å få på plass gode rammer slik at befolkningen får tillit til bruk av KI. Viktig å sikre en bruk slik at befolkningen føler seg trygge. • Det er ønskelig at KI-utviklingen blir behovsdrivet. • Det haster med risikoanalyser knyttet til bruk av KI. Det er en bekymring når fastleger ber pasienter sjekke ChatGPT før en ringer fastlegen. • Kan det bli en utfordring når det kommer til finansiering av KI? Det er store forskjeller mellom de regionale helseforetakene og mindre aktører når det kommer til økonomi. • KI-rådet må se sammenhengen mellom KI og alle andre initiativ som gjøres i helsesektoren. • For kommunesektoren er det viktig å fokusere på KI som effektivisering og avlastning av helsepersonell. • Det er usikkerhet om hvor lenge KI står som et eget begrep. Dette må integreres inn i de fleste løsninger. Og vil det da være behov for opplæring i KI, når dette blir en innebygd del av de fleste løsninger og tjenester? • Hvem har ansvaret for å lage en norsk språkmodell? Vi er helt avhengig av data for å lage språkmodeller. Den infrastrukturen er ikke på plass enda. Vi trenger en norsk språkmodell for helse- og omsorgssektoren.

	<ul style="list-style-type: none">• Digital sikkerhet bør omfattes i kapittel 6 i KI-planen. Det er en innpakning der som skaper usikkerhet.• Det bør gjøres en årlig evaluering av innretningen på KI-planen.• Hvor lenge skal vi gjøre dobbeltkontroll på det datamaskinen gjør? Og hvordan skal vi håndtere de casene hvor datamaskinen gjør feil? Mennesker gjør også feil. Mange tester viser at datamaskinen gjør færre feil enn menneske. Kan vi få aksept for at det gjøres feil, uavhengig om det er menneske eller maskin?
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd støttet de foreslåtte tiltaksområdene. Innspillene fra diskusjonen i Nasjonalt e-helseråd tas med i det videre arbeidet.
16/24	Orientering fra Helsedirektoratet
	Mariann Hornnes, Helsedirektoratet, orienterte Nasjonalt e-helseråd om følgende saker: <ul style="list-style-type: none">- Medlemmer i Nasjonal rådsmodell for e-helse fra Helsedirektoratet- EU-samarbeid
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd tar sakene til orientering.
17/24	Eventuelt
	Det kom ingen saker til eventuelt.