

## Møte i Nasjonalt e-helseråd

<b>Møte</b>	2/2024	
<b>Dato</b>	13. juni 2024	
<b>Tid</b>	Kl. 08.30 – 14.30	
<b>Sted</b>	Nationaltheatret konferansesenter, Haakon VII's gate 9, Oslo	
<b>Medlemmer</b>	Erik Hansen (Helse Vest RHF) Per Olav Skjesol (Helse Midt-Norge RHF) Barthold Vonen (Helse Nord RHF) Rune Simensen (Helse Sør-Øst RHF) Mariann Hornnes (Helsedirektoratet) Hilde Myhren (Helsedirektoratet) Christine Bergland (Folkehelseinstituttet) Kristin W. Wieland (KS) Svein Lyngroth (Oslo kommune) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Jan Hugo Sørensen (Nordreisa kommune)	Kjell Wolff (Bergen kommune) Wenche P. Dehli (Trondheim kommune) Lilly Ann Elvestad (FFO) Mina Gerhardsen (Nasjonalforeningen for folkehelsen) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Frode Danielsen (Digitaliseringsdirektoratet) Kai Øivind Brenden (Norsk Sykepleierforbund) Johan Ronæs (Norsk helsenett SF)

Sak	Agenda Nasjonalt e-helseråd	Tidspunkt	Sakstype
10/24	Godkjenning av innkalling og dagsorden	08:30	Godkjenning
11/24	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helseråd 21. mars 2024	08:35	Godkjenning
12/24	Prinsipper for fordeling av kostnader for drift- og forvaltning av de nasjonale e-helseløsninger	08:45	Drøfting
	<b>Pause</b>	<b>10:05</b>	
13/24	TB2024-79 Overgang til plikt til betaling ved innføring av nasjonale e-helseløsninger	10:15	Drøfting
	<b>Lunsj</b>	<b>11:35</b>	
14/24	Konkretisering av Nasjonal e-helsestrategi mål 1 og anbefalte innsatsområder i områdeplan	12:30	Drøfting
	<b>Pause</b>	<b>13:15</b>	
15/24	Felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten	13:30	Drøfting
16/24	Orientering fra Helsedirektoratet	14:15	Orientering
17/24	Eventuelt	14:25	
	<b>Slutt</b>	<b>14:30</b>	

Sak	Tema	Sakstype
10/24	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden</b>	<b>Godkjenning</b>
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helseråd godkjenner innkalling og dagsorden.	
11/24	<b>Godkjenning av referat fra Nasjonalt e-helseråd 21. mars 2024</b>	<b>Godkjenning</b>
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helseråd godkjenner referatet fra møtet i Nasjonalt e-helseråd 21. mars 2024.	<b>Vedlegg 1:</b> Referat fra møtet i Nasjonalt e-helseråd 21. mars 2024
12/24	<b>Prinsipper for fordeling av kostnader for drift- og forvaltning av de nasjonale e-helseløsninger</b>	<b>Drøfting</b>
	Norsk helsenett SF skal vurdere og eventuelt anbefale endringer i prismodellene for forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger fra 2025. Norsk helsenett SF vil presentere 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. Det er ønskelig med innspill til det videre arbeidet.	<b>Vedlegg 2:</b> Topppnotat Prinsipper for fordeling av kostnader for drift- og forvaltning av de nasjonale e-helseløsninger

	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helseråd drøftet foreslåtte prismodeller og ba Norsk helsenett SF ta med seg innspill inn i videre arbeid.	
<b>13/24</b>	<b>TB2024-79 Overgang til plikt til betaling ved innføring av nasjonale e-helseløsninger</b>	<b>Drøfting</b>
	Helsedirektoratet fikk i sitt tildelingsbrev for 2024 oppdraget TB2024-79 Innføring av nasjonale e-helseløsninger – Plikt til betaling. Helsedirektoratet løser oppgaven i samarbeid med Norsk helsenett SF. Det er ønskelig å drøfte oppdraget med medlemmene i Nasjonalt e-helseråd, og at det gis innspill til arbeidet med oppdraget.	<b>Vedlegg 3:</b> Toppnotat TB2024-79 Overgang til plikt til betaling ved innføring av nasjonale e-helseløsninger
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helseråd ble orientert om forslag til hensyn, prosedyrer og rutiner som må gjennomføres før plikt til betaling kan innføres og drøftet forslag til krav til tilstrekkelig utprøving av Pasientens prøvesvar. Innspill tas med i det videre arbeidet.	
<b>14/24</b>	<b>Konkretisering av Nasjonal e-helsestrategi mål 1 og anbefalte innsatsområder i områdeplan</b>	<b>Drøfting</b>
	<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>Helsedirektoratet har i løpet av høsten 2023 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 målbildet pågår det nå en gapanalyse for å identifisere hvor det er nødvendig å prioritere nasjonale tiltak for å sikre fremdrift.</p> <p>Helsedirektoratet ønsker Nasjonalt e-helseråd sin tilslutning til målbildet, og innspill på de foreløpige anbefalingene til prioritering i perioden 2024-2027.</p>	<b>Vedlegg 4:</b> Toppnotat Konkretisering av Nasjonal e-helsestrategi mål 1 og anbefalte innsatsområder i områdeplan
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helseråd gir sin tilslutning til målbildet, og drøftet de foreløpige anbefalingene til prioritering i perioden 2024-2027. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet med gapanalysen for å ferdigstille forslag til områdeplan med prioritering og tiltak.	
<b>15/24</b>	<b>Felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten</b>	<b>Drøfting</b>
	Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide en felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten. Planen er under arbeid, men det er ønskelig å informere Nasjonalt e-helseråd om arbeidet, drøfte de foreslåtte tiltaksområdene i utkast til plan, og få innspill på prioriteringer. Vedlegg 5A: "Felles KI-plan v07" ligger lenket opp til Nasjonalt e-helseråd sine sider på Helsedirektoratet.no i toppnotatet og her i agendaen.	<b>Vedlegg 5:</b> Toppnotat Felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten  <b>Vedlegg 5A:</b> <a href="#">Felles KI-plan v07</a>
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helseråd støttet de foreslåtte tiltaksområdene. Innspillene fra diskusjonen i Nasjonalt e-helseråd tas med i det videre arbeidet.	
<b>16/24</b>	<b>Orientering fra Helsedirektoratet</b>	<b>Orientering</b>
	Helsedirektoratet vil orientere kort om følgende sak:	<b>Vedlegg 6:</b>

	- EU-samarbeid	Topppnotat Orientering fra Helsedirektoratet
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helseråd tar saken til orientering.	
<b>17/24</b>	<b>Eventuelt</b>	

Referat fra møte i Nasjonalt e-helseråd		
Møte	1/2024	
Dato	21. mars 23024	
Tid	10:00 – 16:00	
Sted	Helsedirektoratet, Verkstedveien 1, Oslo	
Medlemmer	Erik Hansen (Helse Vest RHF) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Per Olav Skjesol (Helse Midt-Norge RHF) Jan Hugo Sørensen (Nordreisa kommune) Barthold Vonen (Helse Nord RHF) Kjell Wolff (Bergen kommune) Rune Simensen (Helse Sør-Øst RHF) Wenche P. Dehli (Trondheim kommune) Mariann Hornnes (Helsedirektoratet) Mina Gerhardsen (Nasjonalforeningen for folkehelsen) Jan Arild Lyngstad (Helsedirektoratet) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Christine Bergland (Folkehelseinstituttet) Frode Danielsen (Digitaliseringsdirektoratet) Kristin W. Wieland (KS) Johan Ronæs (Norsk helsenett SF) Svein Lyngroth (Oslo kommune)	
Ikke til stede	Kai Øivind Brenden (Norsk Sykepleierforbund) Lilly Ann Elvestad (FFO)	
Stedfortreder		
Helsedirektoratet	Siv Ingebrigtsen Lucie Aunan	Karen Lima Vibeke Jonassen Wang

Sak	Tittel på sak	Sakstype
1/24	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
2/24	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helseråd 14. desember 2023	Godkjenning
3/24	Nasjonal helse- og samhandlingsplan	Orientering
4/24	Oppfølging av Nasjonal e-helsestrategi	Drøfting
5/24	Vekst i drift- og forvaltningskostnader på nasjonale e-helseløsninger	Drøfting
6/24	Veikart for Helsenorge	Drøfting
7/24	Strategi for helsedata	Drøfting
8/24	Orientering fra Helsedirektoratet	Orientering
9/24	Eventuelt	

Sak	Tema
<b>1/24</b>	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden</b>
	Det kom ingen innspill til innkalling og dagsorden.
	<b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helseråd godkjenner innkalling og dagsorden.
<b>2/24</b>	<b>Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helseråd 14. desember 2023</b>
	Det kom ingen innspill til referatet som ble sendt ut med sakspapirene.
	<b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helseråd godkjenner referatet fra møtet 14. desember 2023.
<b>3/24</b>	<b>Nasjonal helse- og samhandlingsplan</b>
	Lars Bjørgan Schrøder, Helse- og omsorgsdepartementet, orienterte Nasjonalt e-helseråd om hovedelementene i ny Nasjonal helse og samhandlingsplan. Det ble så en felles refleksjon over innholdet i meldingen og hva den betyr for sektor.
	<b>Innspill:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nasjonalt e-helseråd er glad for navnet samhandlingsplan, men noen savner en tydeliggjøring av hva vi ønsker å oppnå.</li> <li>Nasjonal helse- og samhandlingsplan samsvarer i stor grad med nasjonal e-helsestrategi.</li> <li>Hvordan satsningen på digital samhandling skal styres må bli tydelig. Styringsmodellen må skrives ut og de samlede arenaene må ikke bli altfor ressurskrevende.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enkelte medlemmer i Nasjonalt e-helseråd er bekymret for signaleffekten av å forlate begrepet Én innbygger – én journal. Departementet forsikret E-helserådet om at det er begrepet som forlates, ikke målet om at relevant helseinformasjon skal være tilgjengelig for helsepersonell som trenger den og for pasienten selv. E-helserådet påpekte viktigheten av at dette må kommuniseres.</li> <li>• Helseplattformen har fått mye kritikk og flere tilsyn. Midt-Norge savner støtte fra staten utad i prosessen, om at dette er viktig og riktig.</li> <li>• Vi må fortsette med stegvis utvikling. Samtidig forstås stegvis utvikling ulikt.</li> <li>• Det ligger et ansvar på nasjonalt nivå å få til samhandling mellom sykehus og kommune.</li> <li>• Helseteknologiordningen er et godt tiltak. Kommunene håper ordningen blir styrket fremover. Forventningsstyring gjennom veiledere blir ekstremt viktig. Veiledere må inneholde prioriteringer som drar oss i en riktig retning.</li> <li>• Det er en bekymring knyttet til den samlede finansieringen av leverandørsiden.</li> <li>• Det ble spilt inn en tanke om artikkel 5 for helse. Digital samhandling i en krigssituasjon hvor det kan bli behov for å avhjelpe helsevesenet i en annen landsdel som blir angrepet. Da må helsesektoren få tilgang til informasjon.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helseråd tar saken til orientering.</p>
4/24	<p><b>Oppfølging av Nasjonal e-helsestrategi</b></p>
	<p>Siv Ingebrigtsen, Helsedirektoratet, ga en status for strategien, og informerte om hvilke bevegelser det har vært siden strategien ble iverksatt for et år siden. Videre var det ønskelig å drøfte med E-helserådet erfaringene som er gjort av betydning for gjennomføringen av strategien.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innholdet i strategien og målene står seg godt.</li> <li>• Det er inspirerende å se at vi er godt i rute, samtidig som vi har noen utfordringer. Det er også bra at høydepunktene presenteres i saken.</li> <li>• Strategien er innrettet godt for å kunne følges opp, men indikatorene bør vurderes på nytt. Det bør måle mer på effekt enn på aktiviteter.</li> <li>• Det ble også etterlyst indikatorer som måler tverrsektorielt arbeid.</li> <li>• Strategien bærer preg av at den ble laget før ChatGPT og kunstig intelligens kom mer på banen. Talegjenkjenning sammen med kunstig intelligens ble nevnt som et mulig tiltak.</li> <li>• Det er krevende for alle aktørene i sektoren å levere bærekraftige tjenester innenfor gjeldende rammer</li> <li>• Helsepersonellkommissjonen mener at det er i kommunene de største utfordringene kommer. Det er et sterkt ønske i kommunene om avlastning for helsepersonell. Det er en alvorlig situasjon i forhold til både mannskap og penger.</li> <li>• Det er et behov for bedre virkemidler mot leverandørmarkedet for at de skal inkorporere løsninger.</li> <li>• Det ble kommentert at statusen for mål 1 er satt for positiv. Blant annet er situasjonen til pårørende fortsatt krevende og utbredelsen av velferdsteknologi går for sakte.</li> <li>• Det ble uttrykt en bekymring knyttet til IT-sikkerhet. Kommunene er sårbare med veldig mange leverandører og lange verdikjeder. Digital sikkerhet er en bekymring.</li> <li>• Fastlegene er nøkkelen til suksess når det gjelder samhandling. Det er ingen som har hovedansvaret for å gi støtte i den praktiske hverdagen til fastlegene.</li> <li>• Flere av medlemmene i Nasjonalt e-helseråd støttet NUIT sine innspill i samme sak fra møtet 15. februar 2024.</li> </ul> <p><b>Aksjonspunkt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nasjonalt e-helseråd ønsker at Helsedirektoratet kommer tilbake med egen sak med en helhetlig vurdering av om det bør gjøres endringer i nasjonal e-helsestrategi basert på Nasjonal helse- og samhandlingsplan.</li> </ul>

	<p><b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helseråd drøftet status på Nasjonal e-helsestrategi og læringspunkter av betydning for realisering. E-helserådet ga også innspill til om Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 bør medføre noen endringer i Nasjonal e-helsestrategi. Helsedirektoratet og tiltakseiere tar med seg innspill i det videre arbeidet med oppfølging av strategien.</p>
<b>5/24</b>	<p><b>Vekst i drift- og forvaltningskostnader på nasjonale e-helseløsninger</b></p> <p>Johan Ronæs, Norsk helsenett SF, innledet saken med å informere Nasjonalt e-helseråd om styringsmodellen og egenkapitalen til Norsk helsenett SF.</p> <p>Rita Jostad Midthaug, Norsk helsenett SF, presenterte samlet vekst i kostnader til forvaltning og drift for de nasjonale e-helseløsningene som en konsekvens av nye investeringer.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nasjonalt e-helseråd støtter satsingene, og forstår logikken om at sektor må betale. Det er viktig at Norsk helsenett SF har forsvarlig drift. Samtidig er det viktig med mest mulig transparens og forutsigbarhet i tallene.</li> <li>Det er bekymringer for kostnadsveksten. Kostnadene til digitalisering vil øke, og sektor må sammen gjøre det vi kan for å redusere veksten. Det er en presset sektor og enhver kostnadsøkning gjør vondt og får konsekvenser.</li> <li>Det må være tydelighet i beslutningsstruktur. Hva besluttes hvor; det gjelder både investeringer og nivå på drift- og forvaltningskostnader. I hovedsak bidrar rådsmodellen med faglige råd mens selve beslutningene skjer politisk. Teknisk beregningsutvalg sikrer at det er riktig nivå på kostnadene, samt det å kvalitetssikre tallmaterialet som blir fremlagt. Styringsmodellen til Helse- og omsorgsdepartementet må henge sammen med rådsmodellen. Det er en bekymring for at sektor fremover vil diskutere de samme sakene i ulike råd.</li> <li>Helse Midt frykter de må betale for samme tjeneste to ganger, samtidig må Helse Midt forholde seg til resten av Helse Norge.</li> <li>Det er krevende for kommunene når kostnadene øker. Kommunene er opptatt av at merkostnader for tjenester må kompenseres, ellers går det utover andre tjenester i kommunene. Det er stor vekst i drift- og forvaltningskostnader på løsninger som kommunene ikke er klare til å ta i bruk, eller det knytter seg store merkostnader til for å ta i bruk. Samtidig har samhandlingsreformen ført til oppgaveoverføringer og at handlingsrommet til kommunene er blitt mindre.</li> <li>Nasjonalt e-helseråd mente det var en god redegjørelse om Norsk helsenett SF sin egenkapital. Samtidig er det ikke unaturlig å stille spørsmål om egenkapitalen til en leverandør. Det er også naturlig å stille spørsmål til nivået på resultatmarginen og hvorvidt en hele tiden skal legge til side penger for noe som kanskje kommer.</li> <li>Norsk helsenett SF er bedt om å komme med en seksårs plan for digital samhandling. Dette vil øke forutsigbarheten.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prioriteringer for digital samhandling er tidligere behandlet i Nasjonalt e-helseråd og prioriteringen ligger fast.</li> <li>Det er en krevende økonomisk situasjon i tjenesten og Nasjonalt e-helseråd understreker betydningen av at Norsk helsenett SF har forståelse for dette og jobber for å bidra med å effektivisere hvordan de jobber for å sikre et rett kostnadsnivå.</li> <li>Nasjonalt e-helseråd ber om at det i beskrivelsen av den nye styringsmodellen vektlegges tydelighet i hva som besluttes hvor.</li> <li>Nasjonalt e-helseråd har drøftet og tar til etterretning fremlagt økning i drift- og forvaltningskostnader for de nasjonale e-helseløsninger, der økningen skyldes investering i tiltak i den nasjonale e-helseporteføljen og Helsenorge.</li> </ul>
<b>6/24</b>	<p><b>Veikart for Helsenorge</b></p>

	<p>Produktstyret for Helsenorge har gjennom 2023 gjennomført en revisjon av veikart for Helsenorge, og anbefalt et nytt veikart.</p> <p>Nina Linn Ulstein, Norsk helsenett SF, orienterte E-helserådet om revidert veikart for Helsenorge. Videre var det ønskelig å drøfte om veikartet innfrir på forventninger og krav, gitt strategi for e-helse og sektorens planer og behov.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helsenorge er et godt eksempel på at vi får til ting i fellesskap. Dette er noe vi aldri blir ferdig med, vi ser stadig nye behov og fortsetter å utvikle. Her gjør vi også tiltak for å redusere kostnadsveksten.</li> <li>• Helsenorge har blitt slik vi håpet da vi startet i 2011.</li> <li>• Folkehelseinstituttet er nysgjerrig på Helsenorge, med tanke på deres nye oppgaver når det gjelder innsyn, registre og nye måter å samle inn data i helseundersøkelser på.</li> <li>• Helsenorge er en viktig tjeneste for innbygger. Samtidig må en følge med på den kliniske nytteverdien også, at løsningene der for innbyggere blir brukt i den kliniske hverdagen.</li> <li>• Mange av aktivitetene og behovene inn mot helsesektoren blir jobbet med i parallell i andre sektorer også. Vi må samkjøre oss. Et eksempel er juridiske fullmakter og brukerstøtte/samtykkeløsninger. Vi må finne bedre mekanismer for å få en god effekt av det som gjøres i helsesektoren. Fullmaktsløsninger på tvers av sektorer hadde vært fint. Det er viktig at vi løser en oppgave kun en gang i offentlig sektor, og ikke en gang pr sektor.</li> <li>• Det forebyggende perspektivet mangler på Helsenorge.</li> <li>• Helsenorge må møte forventningene til unge.</li> <li>• Helse Midt-Norge mener det bør være komponenter i Helsenorge det er mulig å integrere i andre løsninger, som HelsaMi. Samtidig ble det også kommentert at helsesektoren nok ikke bør bygge mange apper som dette, men heller ser på hvordan Helsenorge kan utvikles og brukes mer.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b></p> <p>Nasjonalt e-helseråd drøftet målbidde og veikart for Helsenorge, og støtter at Helsenorge utvikles i tråd med samfunnets og sektorens behov.</p> <p>Aktørene i sektoren og Norsk helsenett SF tar med seg innspill fra Nasjonalt e-helseråd i videre arbeid med realisering av veikart for Helsenorge.</p>
<b>7/24</b>	<b>Strategi for helsedata</b>
	<p>FHI har startet arbeid med en ny strategi for helseregister/-datafeltet. Arbeidet skal svare ut oppdrag gitt i FHI's tildelingsbrev. Det er ønskelig å involvere sektoren i en tidlig fase.</p> <p>Christine Bergland, FHI, la frem saken og ønsket innspill på om beskrivelse av strategisk kontekst virker fornuftig, samt innspill på hypoteser til innsatsområder.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er en bekymring rundt det at kunstig intelligens skal løse alt og at man skal slippe å ha standardisert språk.</li> <li>• Det ble etterspurt om det leveres på behovet for at data blir raskere tilgjengelig for forskere. Folkehelseinstituttet svarte at helsedataservice er saksbehandler for utlevering av data for flere helseregistre. Konseptet til Helseanalyseplattformen er endret, og det ses nå på et samarbeidsspor med universitet og høyskole-sektoren.</li> <li>• Når det gjelder primærbruk av helsedata, så er det et behov for oppdateringer som ikke passer inn i analyserommet. Det er nok fortsatt en utfordring. Med data inn er det fortsatt et sterkt ønske å få til automatisert datafangst. Det er viktig å få ned belastning for helsepersonell gjennom å kunne høste av data som ligger i EPJ-ene.</li> <li>• Dette arbeidet vekker begeistring. Det er store ambisjoner. Det er fortsatt mye som ikke blir forsket på i dag. Vi trenger raskere og mer tilgjengelig data for å gjøre kunnskapsrike</li> </ul>

	<p>beslutninger. Vi må koble data sammen for å fatte de rette beslutningene. Er sanntidsdata og datadonasjon temaer i strategien?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er bekymringer knyttet til data inn. Det gir en stor registreringsbyrde for helsepersonell, og hvem er det som tar tak i den utfordringen.</li> <li>• Det er mye som skjer i EU som må hensyntas i dette arbeidet.</li> <li>• Det er viktig med struktur på dataene gjennom hele verdikjeden og at dataene kan brukes til flere formål.</li> </ul> <p>Folkehelseinstituttet kommenterte at når det gjelder automatisering så har Helsedirektoratet ansvar for standarder, og Folkehelseinstituttet må være nøye på å bestille data som kan hentes automatisk. Det er først når leverandøren integrerer en løsning i EPJ-en at man hente data automatisk.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helseråd drøftet saken og ba FHI ta med seg innspillene i det videre arbeidet.</p>
<b>8/24</b>	<b>Orientering fra Helsedirektoratet</b>
	<p>Mariann Hornnes og Lucie Aunan, Helsedirektoratet, orienterte om følgende saker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt organisasjonskart i Helsedirektoratet</li> <li>• Helseteknologiordningen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Innspill:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nasjonalt e-helseråd spurte om konsekvenser for de som ikke får gjennomslag for sine søknader. Helsedirektoratet svarte at noen kommuner har søkt flere ganger, både alene og sammen med andre. Konsekvensene av utfallet er ikke klart enda.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Etablering av Helsefaglig råd i oppfølgingen av satsningen på digital samhandling <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Innspill:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Helsedirektoratet nevnte at det er snakk om å etablere to helsefaglige råd, et for pasientens legemiddelliste og et for pasientens prøvesvar. Det kan være behov for litt ulike fagmiljøer i de to gruppene.</li> <li>▪ Det kom innspill om at brukerstemmen må være med i de helsefaglige rådene. Helsedirektoratet kommenterte at de skal vurdere om Brukerrådet er en bedre arena for brukerstemmen.</li> <li>▪ Det er viktig at de helsefaglige rådene får tydelig mandat.</li> <li>▪ Det er ønskelig med et helsefaglig råd for rus og psykisk helse. Råd for de komplekse situasjonene kommunene står i og kjører seg fast i, ikke kun råd for teknologisk utvikling.</li> <li>▪ Det er gode erfaringer rundt pasientens legemiddelliste, og det er bra å lage et tilsvarende råd for pasientens prøvesvar. Rådene må skje i parallell med at man prøver ut noe, ikke kun diskutere teori.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helseråd tar sakene til orientering.</p>
<b>9/24</b>	<b>Eventuelt</b>
	Det kom ingen saker til eventuelt.



Til Møte 2/24  
Dato 13.06.2024  
Saksnummer 12/24  
Innretning Drøfting

Sakseier Johan Ronæs, Norsk helsenett SF  
Saksbehandler Henrik Barstad

## Prinsipper for fordeling av kostnader for drift- og forvaltning av de nasjonale e-helseløsninger

### Forslag til vedtak

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

### Hensikt med saken

I protokoll fra foretaksmøte i Norsk helsenett SF 15. januar 2024 fremgår det at Norsk helsenett skal vurdere og eventuelt anbefale endringer i prismodellene for forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger fra 2025.

I denne saken vil vi presentere anbefalte prismodeller for følgende nasjonale e-helseløsninger; Sentral forskrivningsmodul (SFM), pasientens prøvesvar samt en foreløpig prismodell for Helsenettet for gruppen øvrige aktører (private aktører + fylkeskommuner). Prismodell for SFM og pasientens prøvesvar er tilsvarende som ble lagt frem i rådsmodellen i 2023, og som ble lagt til grunn i Norsk helsenett sin anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i rapport "Evaluerings av prismodeller" av 15. mai 2023. Ettersom kostnadsfordeling for SFM og pasientens prøvesvar ikke ble effektivert for 2024, er det ønskelig å presentere disse prismodellene for aktørene på nytt. Dette for å sikre eventuelle innspill fra aktørene før anbefaling oversendes HOD.

#### *Hva skal nasjonal rådsmodell ta stilling til?*

Hvordan opplever dere at våre foreløpige anbefalinger/konklusjoner til justeringer i prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene understøtter målene i Nasjonal e-helsestrategi? Ser dere eventuelt muligheter for justeringer som kan bidra til å øke måloppnåelsen ytterligere?

Etter saken i NUIT har vi utvidet saken og lagt inn hvilke forutsetninger vi legger til grunn for prismodellarbeidet, herunder hvilke lover og forskrifter vi forholder oss til. Vi har også utdypet argumentasjonen for anbefalt prismodell for pasientens prøvesvar, slik at det tydeligere fremkommer hva vi legger til grunn for en 70/30 fordeling.

## Forutsetninger og avgrensning

I oppdraget evaluerer vi prismodeller som omfatter betaling for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. Forvaltning og drift omfatter blant annet "produkt og applikasjonsledelse, versjonshåndtering, bruker- og kundehenvendelser, hendelses- og problemhåndtering (inkludert feilretting), funksjonelle og tekniske løft slik at løsningene skalerer og teknisk gjeld unngås. I tillegg kommer ivaretagelse av endrede krav til universell utforming, nødvendige løft som må ivaretas på plattformen som følge av at nye tjenester utvikles, og en rekke sikkerhetstiltak for å ivareta krav etter personvernforordningen"<sup>1</sup>.

Norsk helsenett SF har et ikke-økonomisk formål og har ikke til hensikt å gå med overskudd i større utstrekning enn nødvendig for å sikre en forsvarlig drift. Norsk helsenett håndterer dette ved en "kost pluss" tilnærming for den prisen som settes. Kost er summen av forventede kostnader, og pluss er den risikomarginen på toppen av kostnaden for å håndtere usikkerheten i anslaget. I Norsk helsenett er denne satt til 5%.

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<sup>2</sup>. Dette innebærer at:

- vi forutsetter obligatorisk samfinansiering som finansieringsmodell og at finansieringsmodellen skal dekke de samlede kostnadene til forvaltning og drift.
- vi legger til grunn den definerte gruppen av aktører som er pliktig til å bruke og betale for de nasjonale e-helseløsningene og Helsenettet.
- kommuner betaler for fastleger og RHFene for avtalespesialistene.
- apotek og bandasjister er pålagt å betale for forvaltning og drift av e-resept.

Private aktører som benytter de nasjonale e-helseløsningene på egne vegne, men som i dag ikke har en betalingsplikt ref. pasientjournalloven, er også vurdert som aktuelle segmenter i prismodellene. Betaling fra disse aktørene forutsetter behov for regelverksutvikling. Her viser vi til § 8. *Virksomheters plikt til å sørge for behandlingsrettede helseregistre* som regulerer hvem som er pliktig til å betale og ta i bruk de nasjonale e-helseløsningene.

"Departementet kan gi forskrift om at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, apotekloven og tannhelsetjenesteloven, skal ta i bruk følgende nasjonale e-helseløsninger i virksomheten:

- a. helsenettet: nasjonal infrastruktur med felles tjenester og felleskomponenter for utveksling av opplysninger med virksomheter i helse- og omsorgssektoren
- b. nasjonal kjernejournal opprettet etter § 13
- c. elektronisk kommunikasjonskjede for overføring av reseptinformasjon opprettet etter § 12.

Departementet kan også gi forskrift om at virksomheter nevnt i andre ledd skal gjøre digitale tjenester tilgjengelige på en nasjonal innbyggerportal.

Departementet kan gi forskrift om:

- a. betaling for bruk av helsenettet
- b. at regionale helseforetak og kommuner skal betale for at de nasjonale e-helseløsningene nevnt i andre og tredje ledd gjøres tilgjengelige for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten eller allmennheten
- c. at apotek og bandasjister som har gjort løsningen nevnt i andre ledd bokstav c tilgjengelig i virksomheten, skal betale for løsningen

<sup>1</sup> Forarbeidet til forskriftsendring (Helse- og omsorgsdepartementet)

<sup>2</sup> "Endringer i Pasientjournalloven fra 1.januar 2022 regulerer nå virksomhetenes plikt til betaling for drift og forvaltning (§ 13 - §16) for Helsenettet inkl. grunndata og HelseID, samt de nasjonale e-helseløsningene Kjernejournal, E-resept, Helsenorge og deler av Helsenettet."

d. det nærmere innholdet i betalingsplikten og løsningene, hvem som er dataansvarlig, og statlige foretaks ansvar for å tilby løsningene.

Virksomhetenes samlede betaling skal ikke overstige kostnadene til forvaltning og drift av løsningene.

Forskrift om kommunenes plikt etter andre og tredje ledd kan ikke fastsettes før en vesentlig andel av kommunene har tilgjengeliggjort eller tatt i bruk den enkelte løsningen."

### **Hva skal vi oppnå med prismodellene?**

Prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene er sentrale virkemidler for å realisere helsepolitiske mål, strategier og føringer i helse- og omsorgssektoren. For å tydeliggjøre hva vi ønsker å oppnå med de alternative prismodellene har Norsk helsenett SF lagt til grunn målene for finansieringsmodeller slik de er omtalt i Nasjonal e-helsestrategi for helse og omsorgssektoren.

I [Nasjonal e-helsestrategi, mål 5 "Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft"](#), fremgår det at det må arbeides aktivt med videreutvikling av regelverk og finansieringsmodeller som er i takt med digitaliseringsbehov og som skaper forutsigbarhet for aktørene.

"Frem mot 2030 skal vi oppnå:

- finansieringsmodeller som gir forutsigbarhet, fremmer utvikling, innføring, innovasjon og samhandling mellom aktørene
- finansieringsordninger som fremmer bruk av digitale tjenester

(...) Ved måloppnåelse er samarbeid styrket gjennom tydelig definerte og velfungerende samarbeidsarenaer. Aktørene følger opp felles retning og anbefalinger i egne styringslinjer, slik at digitalisering fortløpende gir nytte. Det arbeides kontinuerlig og helhetlig for at regelverk og finansieringsmodeller tar innover seg utviklingen og behovene som oppstår i og på tvers av sektorer."

I vedlegget til Nasjonal e-helsestrategi, Plan for å realisere strategien (november/2022), pekes det på at "gjennomføringskraften på e-helseområdet skal styrkes gjennom økt samarbeid i og på tvers av aktørene i offentlig og privat sektor og bedre bruk av virkemidler som regelverk og finansieringsmodeller. Dette vil gi en samordnet og helhetlig e-helseutvikling som gir gode og bærekraftige helse- og omsorgstjenester". Det fremgår også at "Formålet er å stimulere til økt bruk, større vekt på gevinstrealisering og kostnadseffektiv forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger gjennom fastsettelse av plikt til betaling for aktørene i sektoren, jf. pasientjournalloven fra 1.1.2022".

Nasjonal e-helsestrategi er en sektorstrategi og skal legge til rette for økt koordinering og samarbeid innen digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Den endrer ikke styringsstrukturer, men skal gjennom aktiv forvaltning i Nasjonal rådsmodell for e-helse være førende på områder som krever felles prioriteringer, beslutninger og koordinering. Strategien skal være retningsgivende for aktørens egne strategier og planer på digitaliseringsområdet, eksempelvis kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet og de regionale helseforetakenes utviklingsplaner, samtidig som det vil være et gjensidig samspill mellom disse.

## **Anbefalt prismodell for SFM**

### *Om tjenesten SFM (inkl. FM)*

Sentral forskrivningsmodul (SFM) er en ny nasjonal løsning som understøtter helsepersonell i håndtering av legemiddelopplysninger. SFM er utviklet for å øke kvalitet og samhandling om legemidler, næringsmidler og forbruksmateriell for helsepersonell som deltar i behandlingen. PLL er bygget inn i løsningen og understøtter deling av informasjon om legemiddelbehandling på en helt ny måte. SFM er derfor langt mer enn en forskrivningsmodul, og vil benyttes til samhandling om legemiddelbehandling generelt.

SFM er per i dag ikke en av de nasjonale e-helseløsningene som inngår i plikt for betaling i Pasientjournalloven, men Norsk helsenett SF forutsetter at dette vil komme på plass fra og med 2025.

### *Anbefalt prismodell*

Norsk helsenett SF 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%.

Norsk helsenett SF 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 insentiver 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.

## **Anbefalt prismodell for Pasientens prøvesvar**

### *Om tjenesten Pasientens prøvesvar*

Pasientens prøvesvar er en ny nasjonal tjeneste for deling av medisinske prøvesvar på tvers av virksomheter og nivåer i helsevesenet. Med denne tjenesten blir det mulig å få en samlet oversikt over laboratorie- og radiologisvar og ved å samle og tilgjengeliggjøre data på denne måten legges det til rette for nye innovative og verdikende tjenester.

I Pasientens prøvesvar får helsepersonell tilgang til prøvesvar som annet helsepersonell og andre virksomheter har rekvirert. Tjenesten gir tilgang til selve prøvesvarene, samt mulighet for trendvisninger over undersøkelser tatt over tid. Uten tilgang til pasientens prøvesvar må helsepersonell som trenger innsyn i laboratorie- og radiologisvar for å yte helsehjelp, kontakte de ulike virksomhetene der opplysningene er lagret for å få tilgang til disse. Det foreligger ikke en enhetlig oversikt over hvor alle relevante prøvesvar og svarrapporter er lagret, og deler av disse er dermed i praksis lite tilgjengelig. Pasientens prøvesvar vil kunne bedre kvaliteten i den helsehjelpen som ytes ved at helsepersonell får tilgang til helseopplysninger som er mer komplette, slik at beslutningsgrunnlaget for helsehjelpen blir bedre.

### *Anbefalt prismodell for pasientens prøvesvar*

Norsk helsenett anbefaler en to-steps prismodell:

#### **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 prosjektfinansieringen er avsluttet), anbefaler Norsk helsenett å starte med følgende hybride prismodell:
  - o De offentlige virksomhetene betaler for løsningen uavhengig av om virksomhetene har tatt tjenesten i bruk.
  - o 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.
    - Det sendes ca. 30 mill svrappporter pr år. Antar vi at antall svrappporter er jevnt fordelt utover året, sendes det ca. 7.5 mill svrappporter pr kvartal. Tall fra Q1'2024 viser at det er sendt ca 1.5 mill svrappporter fra eksterne rekvirenter. Det vil si rekvirenter utenfor helseforetakene, typisk fastleger og kommunene. Eksternt rekvirerte svrappporter utgjør da ca. 20% av volumet, mens internt rekvirerte svrappporter (fra helseforetakene selv) utgjør ca. 80%. I 2023 var forholdstallet ca. 70/30. Vi antar at nytten av pasientens prøvesvar er proporsjonal med andel svrappporter rekvirert og sendt, hvilket tilsier at RHFene skal betale en betydelig større andel enn kommunene.
  - o Oppsummert anbefaler vi derfor en fordeling som tilsvarer **70% for RHF og 30% for kommunene**.
  - o Det anbefales samtidig regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private laboratorie- og radiologivirksomheter som benytter tjenesten.
    - De private laboratorie- og radiologivirksomhetene utfører i all hovedsak tjenester på vegne av offentlig helsetjeneste og det vurderes derfor at de ikke har direkte nytte av å benytte tjenesten på egne vegne. Etter vår vurdering vil det likevel være viktig for de private at deres svrappporter blir inkludert i løsningen, her kan vi se til følgende use case:
      - Som rekvirent ønsker jeg å rekvirere en prøve til en lab som jeg vet sender svrappport til pasientens prøvesvar. Dette fordi det er hensiktsmessig at svar fra min rekvisisjon blir tilgjengelig for annet helsepersonell.
      - Som pasient ønsker jeg at svar på alle mine prøver blir tilgjengelig for meg i helsenorge.no, uavhengig av om prøven er tatt ved et privat eller offentlig laboratorium.

#### **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 på egne vegne, 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.

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.

## Foreløpig prismodell for Helsenettet, inkludert grunndata og helseID, for gruppen *øvrige aktører*

Justert prismodell for Helsenettet ble effektivert i 2024. Prismodellen baserer seg på kostnadsfordelingsprinsippet ansvar (like stort ansvar for pasientene) og innebærer at de tre hovedsegmentene RHF, kommuner og *øvrige aktører* betaler 1/3 hver av forvaltnings- og driftskostnadene for Helsenettet inkludert grunndata og helseID.

I justert prismodell for Helsenettet ble det i 2023 også anbefalt en omfordeling av kostnadene innad i segmentet *øvrige aktører*, herunder en modell hvor virksomhetene betaler en fast grunnavgift og i tillegg en sum basert på antall lokasjoner, årsverk og omsetning. Bakgrunnen for anbefalingen var å tilrettelegge for en mer hensiktsmessig fordeling av kostnadene, noe en rekke aktører og interesseorganisasjoner har fremmet, samt senke terskelen for å bli medlem av Helsenettet for de aktørene som foreløpig har valgt å stå utenfor. Det var imidlertid ikke tid til å få effektivert en omfordelende modell for 2024.

Gjennom 2023/2024 har det pågått et arbeid med å utvikle en justert modell for *øvrige aktører* gjeldende fra 2025. Foreslått prismodell er presentert i figuren nedenfor.

	Omsetning	Est. antall medlemmer	Pris pr mnd i 2025
Prisgruppe A	0 - 15 mnok	5239	1.167 kr
Prisgruppe B	15 – 40 mnok	219	2.500 kr
Prisgruppe C	>40 mnok	44	16.667 kr
Helsevirksomheter med 10 eller flere lokasjoner/filialer	n/a	13 (ca. 1100 lokasjoner)	1833 kr pr lokasjon
Virksomheter som yter egen helsehjelp til ansatte eller beboere	n/a	174	1833 kr

Aktørene deles opp i fem kategorier:

- *Priskategori A*: Små aktører med omsetning opp til 15 mnok
- *Priskategori B*: Mellomstore aktører med omsetning fra 15 – 40 mnok
- *Priskategori C*: Store aktører med omsetning >40 mnok
- *Helsevirksomheter med 10 eller flere lokasjoner/filialer*: Alle helsevirksomheter med 10 eller flere lokasjoner/filialer betaler pr lokasjon/filial
- *Unntak*: Virksomheter som yter egen helsehjelp til ansatte eller beboere betaler en standard sum

Det er en klar ambisjon om at de ca. 5000 aktørene som ligger i priskategori A får en merkbar reduksjon i kostnad fra dagens 1633 kr per virksomhet per måned. Samtidig vil modellen innebære at helsevirksomhetene med mange behandlingssteder vil få en vesentlig høyere kostnad. For disse aktørene tar vi utgangspunkt i modellen vi i dag har med apotekkjedene, som i 2024 betaler tilsvarende et medlemskap per apotek.

Prinsipielt mener vi at prismodellen totalt sett understøtter gjeldende mål for finansieringsmodeller og samtidig utligner skjevheter i dagens prismodell. Innhenting av omsetningstall, antall behandlingssteder/lokasjoner og sortering etter bransjekoder (NACE) fra eksterne leverandører muliggjør en kostnadseffektiv forvaltning av prismodellen, herunder en høy automatiseringsgrad, samt at det er enkelt å håndtere endringer i medlemsmassen og foreta fakturering. Få priskategorier (A, B og C) sørger for høy forutsigbarhet i årlig kostnad for de fleste, samt at de store helsevirksomhetene med mange behandlingssteder kan forvente å betale per lokasjon/filial.

Det vektlegges at modellen er objektiv og følger i stor grad samme mønster som øvrige prismodeller ved at alle betaler basert på ansvar. Modellen åpner ikke opp for diskusjoner preget av subjektivitet om aktørenes bruk, nytte, etc. av Helsenettet inkludert grunndata og helseID.

Samtidig ser vi at aktører som har en omsetning som ligger mellom intervallene *små* og *mellomstor* og *mellomstor* og *stor* vil kunne oppleve uforutsigbarhet ved endringer i årlige omsetningstall. Det er også noen begrensninger knyttet til omsetning, herunder omsetning som ikke nødvendigvis handler om helsetjenester, eksempelvis innskudd til å dekke husleie, annen inntekt, etc. Vi mener likevel at fordelene med denne modellen er i klar overvekt.

*Hva ønsker du som sakseier å få ut av behandlingen?*

Diskusjon og innspill fra aktørene på anbefalte prismodeller.

## **Bakgrunn**

*Hva er bakgrunnen for at denne saken løftes til nasjonal rådsmodell?*

Justeringer i prismodeller for de nasjonale e-helseløsningene er tidligere behandlet i den nasjonale rådsmodellen og det er naturlig at dette fortsetter gitt viktigheten og konsekvensene av prismodellene for aktørene.

## **Videre saksprosess**

*Hva er planlagt for videre saksgang og hvor skal endelig vedtak fattes?*

Norsk helsenett vil overlevere endelig anbefaling til prismodeller for SFM, pasientens prøvesvar og Helsenettet til HOD i etterkant av møtet i nasjonalt e-helseråd.

## **Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen**

Prismodellene for SFM, pasientens prøvesvar og Helsenettet (overordnet) har vært til behandling i NUIT og Nasjonalt e-helseråd i 2023.

Saken ble også løftet til NUIT den 15. mai med følgende innspill:

- De regionale helseforetakene støtter ikke kostnadsfordelingen for pasientens prøvesvar hvor deres andel er oppført med 70%.
- Det ble kommentert fra de regionale helseforetakene at prismodellen for pasientens prøvesvar legger opp til direkte subsidiering av private virksomheter og at anbefalt regelverksutvikling for å kunne ta betalt fra de private ikke er tilstrekkelig. Det ble stilt spørsmål til hvorvidt Norsk helsenett SF mener det er riktig at det offentlige skal subsidiere private aktører innen radiologi gjennom å betale for drift- og forvaltningskostnader for løsninger som de private aktørene benytter. Disse aktørene er direkte konkurrenter til sykehusene. Dette er tatt opp med Norsk helsenett SF ved flere anledninger tidligere.
- Flere opplever at Norsk helsenett SF bærer liten økonomisk risiko i drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene. Det trekkes frem at prismodellen for VKP fungerer, men ikke fordelingen mellom kommunene. Kostnaden fordeles på de første kommunene som er på, ved starten av året, og ikke på de kommunene som vil benytte løsningen ved slutten av året.

- Det er ønskelig at Norsk helsenett SF kommer med en årlig evaluering av konsekvensene av prismodellen, og at sak om fordeling av kostnader for kommende år blir behandlet i rådsmodellen tidligere på året.
- Det oppfattes at departementet er for offensiv i vurderingen på når en tjeneste er klar til bruk. Her er det behov for en prinsippdiskusjon, og med en god forankring med hele

Saksnummer	Tittel på sak	Vedtak
17/24	Prinsipper for fordeling av kostnader for drift- og forvaltning av de nasjonale e-helseløsninger	NUIT drøftet foreslåtte prismodeller og ba Norsk helsenett SF ta med seg innspill inn i videre arbeid. NUIT mener Norsk helsenett SF må be departementet om utsettelse på leveransen, for å kunne behandle saken i Nasjonalt e-helseråd i juni før oversendelse.



Til Møte 2/24  
Dato 13.06.2024  
Saksnummer 13/24  
Innretning Drøfting

Sakseier Mariann Hornnes  
Saksbehandler Lucie Aunan og Siv Ingebrigtsen

## TB2024-79 Overgang til plikt til betaling ved innføring av nasjonale e-heseløsninger

### Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd ble orientert om forslag til hensyn, prosedyrer og rutiner som må gjennomføres før plikt til betaling kan innføres og drøftet forslag til krav til tilstrekkelig utprøving av Pasientens prøvesvar. Innspill tas med i det videre arbeidet.

### Hensikt med saken

- *Orientere om hensyn, prosedyrer og rutiner som må gjennomføres før plikt til betaling kan innføres*
- *Drøfte eksempler på hvordan man kan anvende kriteriene for tilstrekkelig utprøving med utgangspunkt i pasientens prøvesvar*

### Bakgrunn

I tildelingsbrevet for 2024 har Helsedirektoratet oppdraget TB2024-79 Innføring av nasjonale e-heseløsninger " Foreslå hensyn som skal ivaretas, og prosedyrer/rutiner som bør gjennomføres før nye tjenester knyttet til nasjonale e-heseløsninger 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-heseløsninger. Arbeidet gjennomføres i samarbeid med Norsk helsenett SF. Frist: etter avtale."

Helsedirektoratet løser oppgaven i samarbeid med Norsk helsenett. Frist for oppdraget er 1.juni 2024.

Oppdraget er aktuelt av flere grunner. Plikt til betaling av drift- og forvaltningskostnader for tjenestene SFM og pasientens prøvesvar inkluderes i forskriften var planlagt 1.1.2024, men måtte utsettes fordi utvikling og utprøvningsarbeidet var forsinket. I tillegg har Teknisk beregningsutvalg etterspurt en tydeliggjøring av tidspunkt når plikt til betaling skal inntreffe. Viktige innspill fra TBU notat høsten 2023 og våren 2024 er oppsummert under:

- Kommunene har tatt opp behov for å definere tidspunktet for når en løsning går over fra prosjekt til forvaltning. Kommunene mener det må bli et tydeligere skille mellom løsninger som har drift-

og forvaltningskostnader, men som fortsatt er i utvikling eller utprøving, og løsninger som er tilgjengeliggjort og tilpasset for bruk, og som er i en forvaltningsfase.

- De regionale helseforetakene mener at tidspunktet for når plikt til betaling skal inntreffe bør håndteres på et overordnet nivå, for å unngå at dette gjør betalingsmodellen unødig komplisert og gir risiko for å forsinke innføringen av de nasjonale e-helseløsningene.
- Alle investeringer som fører til økninger i drift- og forvaltningskostnader behandles i rådsmodellen. I dette ligger det også å si når drift- og forvaltningskostnader planlegges samfinansiert. Når løsningene utvikles i mer smidige modeller, så vil løsningene gi nytte for ulike aktører på ulike tidspunkt.
- Fra kommunal side understrekes behovet for forutsigbarhet. Det er en utfordring for kommunene å betale for noe de ikke har gevinster av enda. Det er også en betydelig kostnad for kommunen å innføre løsningene. Da er det krevende at gevinster kommer i etterkant av kostnaden.
- Regionale helseforetak påpekte at det er viktig å ta fellesløsninger i bruk. Kostnadene til drift- og forvaltning påløper hos Norsk helsenett med en gang. De som først tar i bruk en tjeneste, kan ikke ta hele kostnaden da dette ikke vil gi incentiver for aktørene til å innføre tjenestene. Dersom man fordeler kostnadene fra start, vil det sikre raskere tempo på innføring, og dermed større samfunnsøkonomisk nytte. Det er viktig å påpeke at fagsystemene også må gjøre tilpasninger på sin side slik at vi får større simultighet i innføring av løsningene.

### **Rammebetingelser for betaling av drift- og forvaltningskostnader**

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2020 innførte regjeringen et prinsipp om obligatorisk samfinansiering av kostnader til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger. Samtidig ble bevilgningen til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene styrket. Målet var å bidra til økt bruk og til bedre og mer driftssikre nasjonale e-helseløsninger gjennom å utvikle ny funksjonalitet, redusere teknisk gjeld og hente inn vedlikeholdsetterslep.

Pasientjournalloven har siden 2022 gitt hjemmel for departementet til å pålegge virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester å betale for drift og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger gjennom forskrift – Plikt til betaling. I tillegg kan departementet i forskrift pålegge virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester å gjøre tilgjengelig og ta i bruk de nasjonale e-helseløsningene i sin virksomhet – Plikt til bruk.

"Formålet med lovendringene som ble gjennomført er å styrke og legge til rette for digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren som skal bidra til gode og effektive helse- og omsorgstjenester. Endringene skal også legge til rette for bedre nasjonal samordning og samhandling mellom forvaltningsnivåene". "Når sektoren selv må betale for løsningene, vil det også bidra til større vekt på gevinstrealisering samt kostnadseffektiv forvaltning og drift av løsningene. Samlet sett vil dette fremme innføring av nasjonale e-helseløsninger til nye grupper og til utvikling av nye tjenester og ny funksjonalitet.". I tillegg vil plikt til betaling stimulere virksomhetene til å ta løsningene i bruk og på denne måten bidra til å øke nytten av løsningene.

I prop. 3 L (2021-2022) Endringer i pasientjournalloven (tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger m.m.) legger departementet til grunn at plikt til betaling gjelder uavhengig av om løsningene faktisk er gjort tilgjengelig i den enkelte virksomhet.

Kostnader for drift- og forvaltning oppstår hos Norsk helsenett under utvikling og øker når løsningene prøves ut for enkelte målgrupper. Kostnadene øker ytterligere når tjenesten breddes til flere aktører. I satsningsforslaget for digital samhandling som ligger til grunn for investeringen, er det beregnet ett år med statlig finansering før tjenesten skal dekke drift- og forvaltningskostnadene. Det betyr at hvis plikt til betaling innføres senere enn ett år etter produksjonssetting, vil den statlige finanseringen måtte brukes til å dekke det som i satsningsforslaget ble definert som drift- og forvaltningskostnader som tjenesten skulle finansiere. Det kan igjen påvirke måloppnåelsen for satsningen digital samhandling. For ordens skyld gjør vi oppmerksom på at da digital samhandling steg 1 fikk tildelt midler over statsbudsjettet, var ikke endringer i pasientjournalloven for plikt til betaling innført enda.

Besvarelse av oppdraget gjelder kun "plikt til betaling". Det tar ikke stilling til fordeling av kostnadene mellom aktørgruppene. Prinsipper for fordeling av kostnader i kommende år er et oppdrag Norsk helsenett får årlig av Helse og omsorgsdepartementet, og som vil drøftes i nasjonal rådsmodell for e-helse.

Da plikt til betaling ble innført var det basert på ønske om en hensiktsmessig fordeling av kostnader til nasjonale løsninger som kommer pasientene til gode og som i tillegg tar hensyn til virksomhetenes nytte av løsningene. Det ble da påpekt at både de regionale helseforetakene og kommunene har ansvar for å sørge for helsetjenester til befolkningen, og at budsjettene og antall årsverk for disse tjenestenivåene er av om lag samme størrelse. Samt at i en overgangsperiode etter at loven ble innført kan det tas hensyn til mulighetene til å ta de nasjonale e-helseløsningene i bruk.

### **Smidig utvikling og behov for milepælen "plikt til betaling"**

Nasjonal helse og samhandlingsplan tydeliggjør forventninger til roller og samarbeide fremover. Hovedansvaret for digitalisering ligger hos aktørene i sektoren. Staten skal bidra til å bygge ut digital infrastruktur, nasjonale felleskomponenter og tjenester som støtter samhandling mellom virksomheter i tillegg til å sette rammer for digitaliseringen. Helsedirektoratet er nasjonal myndighet for digitalisering og informasjonsforvaltning i helse- og omsorgssektoren, og skal legge til rette for å møte tjenestens og befolkningens behov. Helsedirektoratet skal sette retning og rammer for den nasjonale tjenesteutviklingen som understøtter sammenhengende og effektive tjenester. Som nasjonal myndighet for digitalisering har Helsedirektoratet ansvar for regelverksfortolkning, ivaretagelse av helsefaglige behov i utvikling og forvaltning av digitale løsninger og for normerende produkter og tilhørende veiledningstjenester. Norsk helsenett skal som nasjonal tjenesteleverandør legge til rette for sikker og effektiv samhandling i sektoren, gjennom utvikling av infrastruktur for samhandling. Norsk helsenett har også en sentral rolle i arbeidet med å nå målene for digitalisering i tråd med definerte rammer.

I Nasjonal Helse og samhandlingsplan stadfester regjeringen at det skal bygges videre på de nasjonale e-helseløsningene, og å fullføre igangsatte tiltak gjennom smidig utvikling hvor nytte tas ut underveis. I videreutvikling av de nasjonale e-helseløsningene legges det opp til dynamisk nyttestyring, i tråd med Digitaliseringsdirektoratets beskrivelse, det vil si at "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".

Samtidig som tjenestene utvikles smidig, er det i finansieringsmodellen for drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene behov for å definere tidspunktet der plikt til betaling for tjenesten inntreffer, det vil si når tjenesten er "god nok" til at man kan ta betalt for drift og forvaltning av nye tjenester.

### **Anbefalinger**

For å beskrive hva som er "godt nok" til å ta betalt for drift- og forvaltningskostnader av en ny tjeneste, ser vi at to elementer må være med:

1. Juridisk vurdering om tjenesten kan defineres inn under de nasjonale e-helseløsningene i pasientjournalloven § 8 og dermed at finansieringsmodellen kan benyttes
2. Definere og gjennomføre tilstrekkelig utprøving

### **Prosedyrer og rutiner som må gjennomføres**

Det skal gjennomføres en juridisk vurdering av om tjenesten som utvikles tilhører en av de nasjonale e-helseløsningene som er omfattet av pasientjournalloven § 8. Dette må vurderes i tidlig fase som en del

av konseptvalg. Ved behov må vurderingen oppdateres underveis. Dersom det er behov for forskriftsendring, må denne ferdigstilles før plikt til betaling kan innføres.

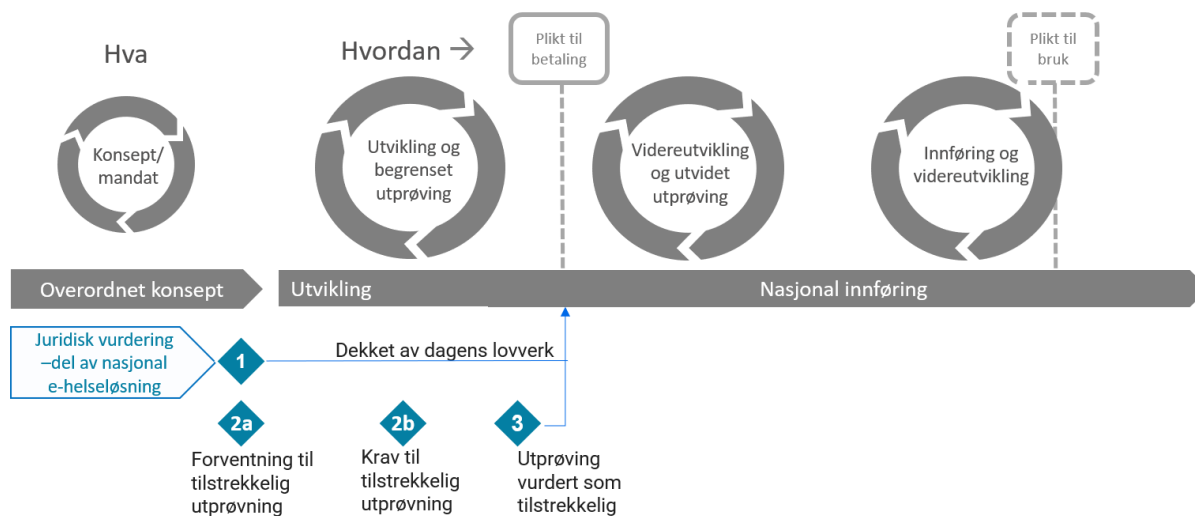
Før oppstart av utviklingsarbeidet, bør det defineres, kort og overordnet hva forventing til tilstrekkelig utprøving er, det vil si minimumsversjon (MVP) som er god nok. Dette inkluderer en forventning av hvilke aktører som bør prøve ut tjenesten og hvilken funksjonalitet som er kritisk å teste. Etter hvert som tjenesten utvikles, vil man ha en klarere ide om hva kravene til tilstrekkelig utprøving er, og krav til tilstrekkelig utprøving kan fastsettes.

Etter utprøvingene er gjennomført, må det vurderes om kravene til tilstrekkelig utprøving er nådd.

Utprøving kan gjennomføres i flere omganger, hos flere aktører gjennom begrensede utprøvinger, som til sammen dekker tilstrekkelig utprøving, altså "godt nok" for den aktuelle samhandlingstjenesten.

Når tilstrekkelig utprøving er gjennomført, og tjenesten er vurdert juridisk innen gjeldende lov, kan plikt til betaling for tjenesten innføres ved neste årsskifte. Deretter kan utvidet utprøving gjennomføres for andre målgrupper og/eller EPJ-systemer. Dette vil medføre videre utvikling av tjenesten for å dekke flere behov, nye aktører/brukere osv.

Tilstrekkelig utprøving er ikke det samme som klart til nasjonal innføring for alle målgrupper og EPJ-systemer, men kun for målgruppene og journalsystemene som det på forhånd er fastsatt at vil være tilstrekkelig for denne tjenesten.



Figur 1: Milepæler for tilstrekkelig utprøving, som må nås for Plikt til betaling kan innføres.

### Generelle krav til tilstrekkelig utprøving

Det kan diskuteres hvilke krav man har til en tilstrekkelig utprøving og dette vil variere fra tjeneste til tjeneste. Forslag til krav som bør beskrives per tjeneste, er listet i tabellen under.

For noen tjenester er det tilstrekkelig at sentral funksjonalitet er utprøvd hos få, men sentrale brukergrupper gjennom en EPJ-leverandør. I andre tilfeller er det behov for utprøving hos mange brukergrupper, flere EPJ-leverandører og flere lignende virksomheter.

Generelle krav til tilstrekkelig utprøving	Detaljer
Tjenesten må dekke prioriterte behov	Hvilke behov har innbyggere, helsepersonell og tjenesten som bør være dekket for at tjenesten er tilstrekkelig utprøvd.
Tjenesten må være testet i henhold til minimumskrav	Hvilke brukerhistorier 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? (f.eks. å følge en melding el.lign fra aktør til aktør)
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.

### Behandling i NUIT

Da Plikt til betaling ble behandlet i NUIT 15.mai (sak 18/24) kom det positive tilbakemeldinger på forslag til rutiner / prosedyrer som bør gjennomføres før plikt til betaling kan innføres. Dette kan øke forutsigbarheten for sektor fremover. Det var i tillegg ønske om en tydeliggjøring av roller og ansvar. Det ble også gitt uttrykk for at 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.

Samtidig må sektor ha en smidig modell. Når vi jobber smidig, blir ikke alt ferdig før det skal tas i bruk, men det må dekke et minimumsbehov.

Helsedirektoratet leverte svar på oppdraget til Helse og omsorgsdepartementet 1.juni, som oppsummert over.

### Eksempel på anvendelse av kravene for tilstrekkelig utprøving

Helsedirektoratet har i pasientens prøvesvar et helhetlig ansvar for å utarbeide underlag og prosess for når tjenesten er klar til formål helsehjelp. I arbeidet med å utarbeide krav til tilstrekkelig utprøving, har vi basert oss på Norsk helsenett sitt arbeid med minimum viable product (MVP), der representanter fra sektor og øvrige aktører i utprøvingen deltar blant annet gjennom featureteamene og operativ styringsgruppe. I tillegg har Helsedirektoratet opprettet Helsefaglig råd for pasientens prøvesvar der arbeidet med minimumskrav har vært gjennomgått og behandlet i tre møter. I Helsefaglig råd for pasientens prøvesvar sitter representanter fra sektor, i hovedsak med klinisk bakgrunn samt Norsk helsenett. Målet er å komme frem til omforente krav til minimumsløsning som ivaretar helsefaglige behov, som innebærer at både de tekniske, funksjonelle og juridiske hensyn er ivaretatt i løsningen.

Ettersom denne saken også skal behandles i helsefaglig råd 31.mai, ønsker Helsedirektoratet å ettersende utkastet til krav til tilstrekkelig utprøving av pasientens prøvesvar i starten av uke 23.

### Videre saksprosess

Oppdrag om prosedyrer og rutiner er levert. Oppdrag om helsefaglige behov for pasientens prøvesvar skal leveres innen 30.juni.

### Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

<b>Saksnummer</b>	<b>Tittel på sak</b>	<b>Vedtak</b>
NUIT 18/24	<b>TB2024-79 Overgang til plikt til betaling ved innføring av nasjonale e-helseløsninger</b>	NUIT drøftet forslag til hensyn, prosedyrer og rutiner som må gjennomføres før plikt til betaling kan innføres. Helsedirektoratet tar med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet med oppdraget.

Til Møte 2/24  
Dato 13.06.2024  
Saksnummer 14/24  
Innretning Drøfting

Sakseier Mariann Hornnes  
Saksbehandler Lucie Aunan

## Konkretisering av Nasjonal e-helsestrategi mål 1 og anbefalte innsatsområder i områdeplan

### Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd gir sin tilslutning til målbildet, og drøftet de foreløpige anbefalingene til prioritering i perioden 2024-2027. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet med gapanalysen for å ferdigstille forslag til områdeplan med prioritering og tiltak.

### Hensikt med saken

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.

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 målbilde bestående av 11 delmål. Med utgangspunkt i målbildet pågår det nå en gapanalyse for å identifisere hvor det er nødvendig å prioritere nasjonale tiltak for å sikre fremdrift.

Vi ønsker Nasjonalt e-helseråd sin tilslutning til målbildet, og innspill på de foreløpige anbefalingene til prioritering i perioden 2024-2027.

### Bakgrunn

I nasjonal e-helsestrategi er innbyggers behov for enkle og sammenhengende tjenester løftet frem, og det er fokus på å sette innbygger i stand til å ta gode helsevalg, og tilrettelegge for at de kan bo hjemme lengst mulig, dette er en viktig forutsetning for å kunne avlaste helsetjenesten. Nasjonal e-helsestrategi er retningsgivende for utviklingen av digitale helse og omsorgstjenester, men tilbakemeldinger fra flere aktører i helse og omsorgssektoren er at målene støttes, men det er behov for ytterligere konkretisering samtidig som det er ønskelig å kunne prioritere utviklingen.

For å sikre måloppnåelse og likeverdige tjenester til befolkningen, har vi sammen med flere aktører og brukerorganisasjoner jobbet med å konkretisere innbyggers behov og hvordan helsetjenesten kan imøtekomme disse behovene i et målbylde.

Nå pågår en GAP-analyse som setter søkelyset på områder som bør prioriteres inn i en områdeplan for perioden 2024-2027.

I arbeidet med GAP-analysen kom det frem at innbygger fortsatt opplever at de mangler tilgang til digitale verktøy som kan styrke deres mulighet til å ta en aktiv rolle i egen helse, sykdom, behandling, oppfølging og mestring, og at det er geografiske ulikheter i tjenestetilbudet. Innbyggerne og deres pårørende opplever at de må forholde seg til mange ulike portaler og digitale tjenester som ikke henger godt nok sammen.

### Konkretisering av Mål 1 Aktiv medvirkning i egen og næres helse- målbylde

Helsekompetanse er grunnlaget for å ta gode helsevalg. Digitale helse- og omsorgstjenester skal bidra til at innbygger kan involveres i egen og næres helse og helsehjelp i større grad enn i dag. Det kan bidra til en friskere befolkning med redusert behov for helsetjenester. Det at innbygger blir mer aktiv kan bidra til oppgaveglidning fra helsetjenesten til innbygger selv, samtidig kan innbygger i større grad kartlegge eget behov slik at helsehjelpen kan tilpasses bedre, som ved behovsstyrt poliklinikk. Dette kan bidra til en mer bærekraftig helsetjeneste hvor man kan tilstrebe å opprettholde høy kvalitet på helsetjenesten.

Sammen med aktørene i sektoren har Helsedirektoratet identifisert innbyggers behov og 11 delmål som understøtter behovene, og bidrar til at innbygger settes i stand til å ta gode helsevalg, få helsetjenester etter behov og gjøre mer selv.

Helsevalg tas hver dag hele livet, både når man er frisk og mens man er syk. Gode helsevalg er en forutsetning for at innbygger holder seg friskest mulig og dermed belaster helsetjenesten minst mulig.

Skal innbygger settes i stand til å ta gode helsevalg er helsekompetanse og digital helsekompetanse en forutsetning for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Helsekompetanse er evnen en person har til å forstå, vurdere og bruke helseinformasjon for å kunne gjøre kunnskapsbaserte valg relaterte til sin egen helse. Dette gjelder valg knyttet til både livsstil, tiltak for forebygging av sykdom, mestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten<sup>1</sup>.

Skal samfunnet kunne ha et bærekraftig helsetilbud må innbygger settes i stand til å ta tjenestene i bruk. Det er derfor en viktig oppgave for alle helse- og omsorgstjenester å bistå pasienter og brukere til å håndtere egen sykdom og mestre egen helse.<sup>2</sup>

Å få tilrettelagt informasjon er en forutsetning for at innbygger skal kunne gi samtykke til helsehjelp og ta gode helsevalg. Pasienter og brukere har rett på å få informasjon tilpasset alder, språk og kognitiv- og fysisk funksjon.

<sup>1</sup> Strategi for auka helsekompetanse i befolkninga 2019-2023

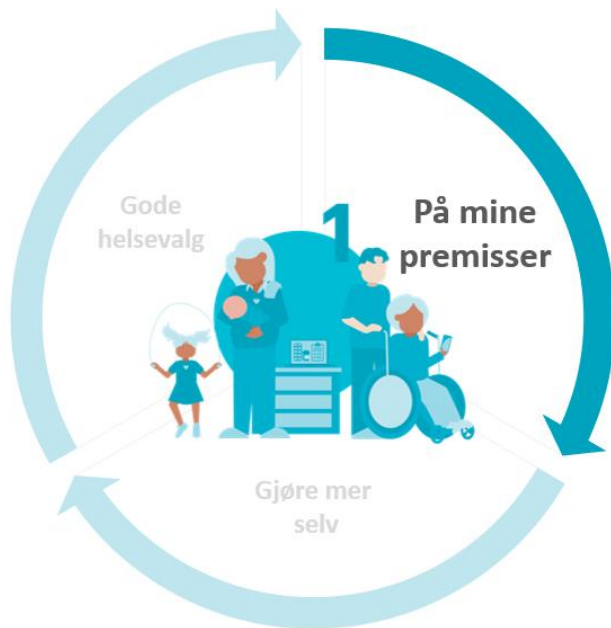
<sup>2</sup> Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024-2027



Det er indentifisert 3 delmål for i imøtekomme innbyggers behov ved hjelp av digitale tjenester.

1. Innbygger har tilgang til sine helsedata fra hele helse- og omsorgstjenesten og får dem presentert på en enkel og forståelig måte.
2. Innbygger får tilpasset informasjon som er relevant ut fra sin helsesituasjon
3. Selvhjelps-, Lærings- og mestringsressurser bidrar til å øke helsekompetansen og setter innbygger i stand til å ta gode helsevalg og iverksette tiltak selv.

### God helsehjelp skjer på innbyggers premisser



Lik rett til god helse uavhengig av sosial bakgrunn, rask tilgang til helsehjelp og gode pasientforløp i hele landet til hele befolkningen uavhengig av geografi eller sosial bakgrunn, er to av regjeringens hovedmålsettinger for helsepolitikken.

Lav helsekompetanse er forbundet med dårligere helse og svakere oppfølging av egen sykdom, større sykdomsforekomst og hyppigere innleggelse i sykehus. Lav helsekompetanse kan være en større utfordring i enkelte grupper som f.eks. personer med høy alder, kronisk sykdom, lavt utdanningsnivå og etnisk og kulturell bakgrunn, enn befolkningen for øvrig. For de med lavere helsekompetanse kan utfordringene dreie seg både om uheldig livsstil og om vanskeligheter med å orientere seg i helse- og omsorgstjenesten og å følge opp timeavtaler, konsultasjoner eller egenbehandlingsplaner på en god måte.

Utfordringer med å orientere seg i helsevesenet handler om å ha oversikt over hvordan helsevesenet er bygget opp og fungerer (systemnivå), og å kunne avgjøre hvilke konkrete tjenester en har behov for og ønsker å bruke (organisasjonsnivå).

Kartlegging av befolkningens helsekompetanse i 2019 viser at nesten 20 % av befolkningen har utfordringer med for eksempel å vurdere hvilken type helsetjeneste de trenger når de har et helseproblem, om denne helsetjenesten vil dekke behovet deres, og avgjøre hvilket helsetilbud de skal velge. Mer enn 50 % har problemer med å finne informasjon om kvaliteten på bestemte helsetjenester, og finne ut av hvilke rettigheter en har som pasient og bruker av helsetjenester. Skal innbygger settes i stand til å ta en mer aktiv rolle, må helsetjenestene ta høyde for at mange i befolkningen opplever utfordringer i møte med helsetjenesten.<sup>3</sup>

Gode digitale tjenester kan viske bort organisatoriske skiller, kompleks helselovgivning og hjelpe innbygger å ivareta sine rettigheter og til å finne frem til riktig instans i helsetjenesten.

Innbyggers nære og pårørende har en viktig rolle både for å støtte innbygger når egne ressurser ikke strekker til og for å avlaste helsetjenesten. Det er derfor viktig at vi legger til rette for at pårørende og nære kan bistå innbygger i oppfølgingen av sin helse. Innbygger selv må kunne bestemme hva og hvilke oppgaver han ønsker at pårørende og nære skal kunne involveres i.

<sup>3</sup> [HLS19-rapport Befolkningens helsekompetanse del I \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/HLS19-rapport-Befolkningens-helsekompetanse-del-I)

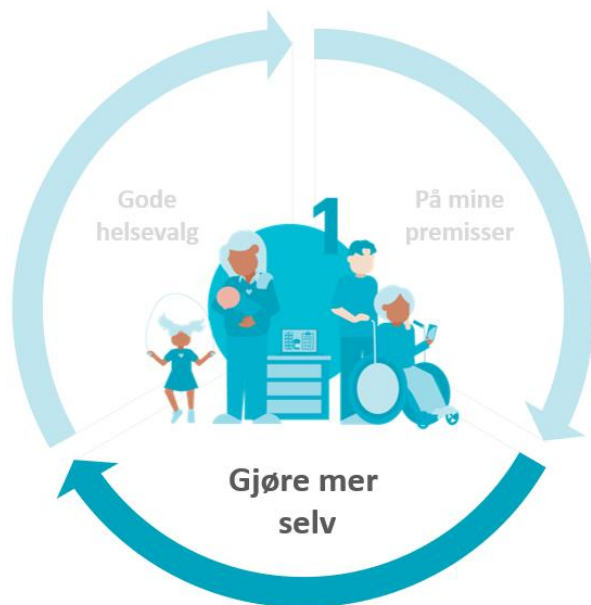
Helsehjelp når du trenger det, er avgjørende for effekt og overlevelse. I dag sliter mange sykehus med lange ventelister både for utredning og behandling. Dette utgjør en stor risiko for befolkningens helse. I 2022 var det 223.000 konsultasjoner ved sykehus i Helse Sør-Øst der pasienten ikke møtte<sup>4</sup>. Dette sett sammen med stadig økende ventelister, er en stor utfordring som må løses for å ikke sløse med knappe helseressurser. I prosjektbegrunnelsen for Innsikt i planlagt forløp estimerte Helse Sør-Øst RHF at fristbrudd og gjennomsnittlig ventetid kunne reduseres med 50%, dersom innbyggere møter forberedt til time fordi foretakene får utnyttet kapasitet som i dag ikke benyttes fordi innbygger enten ikke møter eller møter uten å ha gjennomført nødvendige forberedelser, noe som i begge tilfeller fører til at planlagt kapasitet ikke blir benyttet og det må settes opp ny avtale.

Når innbygger kan tilpasse helseavtaler etter sin eller pårørendes hverdag øker mulighetene for at de møter til utredning og behandling.

Det er identifisert 4 nye delmål som skal bidra til å imøtekomme innbyggers behov:

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

### Innbyggere må gjøre mer selv for å få bedre helse og avlaste helsetjenesten



Hjemmesykehus, hjemmebehandling og internettveiledet behandling med mer legger til rette for at innbygger kan få behandling av god kvalitet uten påkjenningen det er å reise til helsetjenesten. Innbyggerne rapporterer at den friske delen av livet får større plass og at kontaktpunktene med helsetjenesten ble avbrekk i hverdagen i stedet for hovedaktivitet i løpet av dagen. Det bidrar til innsikt og involvering i egen sykdom og helse, og opplevd bedre helse og livskvalitet.<sup>5678</sup>

Samtidig viser erfaring fra blant annet eMestring at en behandler kan følge opp 4 til 6 ganger flere pasienter med kognitiv terapi ved hjelp av internettveiledet behandling sammenlignet med tradisjonell terapi ansikt til ansikt. For hjemmesykehus viser erfaring at pasienten og hans nære gjør mye av jobben selv. Det fører til at ansatte i helsetjenesten bruker mindre tid per pasient til tross for reisetid til og fra pasientens hjem.<sup>9</sup>

Det er identifisert 4 delmål for å imøtekomme innbyggers behov og som skal bidra til at innbygger kan 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

<sup>4</sup> [Helse Sør-Øst: 223.000 møtte ikke til avtalt time i 2022 \(dagensmedisin.no\)](https://www.dagensmedisin.no)

<sup>5</sup> [Pedersen\\_Jansen.pdf \(unit.no\)](#)

<sup>6</sup> [131020revidert \(uio.no\)](#)

<sup>7</sup> [Borte bra, men hjemme best | Tidsskrift for Den norske legeforsking \(tidsskriftet.no\)](#)

<sup>8</sup> [Kronisk syke kan få hjelp i egen stue \(gemini.no\)](#)

<sup>9</sup> [Pasientens helsetjeneste og nytteverdi - Helsedirektoratet](#)



Figur 1 Målbilde Aktiv medvirkning i egen og næres helse

## Gapanalyse

Arbeidet med konkretisering av Mål 1 har dannet grunnlaget for å vurdere status på nødvendige innsatsområder. Dette målbildet er utgangspunkt for den pågående gapanalysen som skal bidra til å identifisere hvor det er nødvendig å prioritere nasjonale tiltak for å sikre fremdrift i perioden 2024-2027.

I gapanalysen ser vi på:

- 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 de pårørende godt nok

Vi har ikke gode nok opplysninger om representasjon i Norge. Derfor må innbygger både for fysiske og digitale tjenester oppgi pårørende og gi fullmakter for hver virksomhet og digitale tjeneste. For innbygger er dette krevende og umulig å holde oppdatert. For helsesektoren innebærer dette en risiko for å utlevere sensitive data og mislighold av taushetsplikt, samtidig som vi ikke klarer å utnytte potensialet i aktive pårørende til barn, syke voksne og skrøpelige eldre i god nok grad.

Tiltak som kan vurderes for å lukke gapet:

- Veileder for foreldres digitale innsyn i barns journal.
- Fortsette arbeid med representasjon for barn (fosterforeldreoppdraget)

- Utrede mulighet for Nasjonalt pårørenderegister for helse (helsetjenestens kontakt og representasjonsregister)

### **Vi klarer ikke utnytte potensialet i digitale selvhjelps- og egenbehandling og behandlingsverktøy**

Hver enkelt aktør i Helse og omsorgssektoren bruker i dag mye ressurser på å utvikle og anskaffe apper selv til sine pasienter og brukere, fremfor å anskaffe i fellesskap. Dette fører til et fragmentert og differensiert tilbud av digitale verktøy til innbyggerne. Samtidig reduserer dette investeringsvilje i helsenæringen og reduserer mulighetene til å ta ut potensialet for digitale selvhjelps- og egenbehandling og behandlingsverktøy i helse- og omsorgstjenesten.

Verktøyene spenner over et vidt spekter fra informasjon, til motivasjon, kartlegging, læring og mestring. Det finnes det i dag ingen offentlig eller anerkjent kvalitetskontroll som dekker hele spennet av helse-apper og digitale selvhjelpsverktøy. Dette er under arbeid som en del av EU arbeidet i Xt-EHR WP8 Dagens marked for helse-apper kan sammenliknes med en situasjon der ingen tilsynelatende skiller mellom kunnskapsbasert medisin og alternative metoder uten dokumentasjon. Innbygger går i praksis inn i et digitalt "ap(p)otek" og må selv vurdere hvilke av "medisinene" i hyllene som er egnet til formålet, og hvilke som kan gi "bivirkninger", for eksempel om leverandøren kanskje selger personopplysninger til tredjepart. Dette er en risiko for brukerne, og representerer en tapt mulighet for helsetjenesten.

Tiltak som kan vurderes for å lukke gapet:

- Etablere en modell for kvalitetskontroll, finansiering og distribusjon av selvhjelps-, mestring og egenbehandlingsverktøy, etter modell som utvikles i EU
- Etablere nasjonal infrastruktur for deling av data, ved å tilrettelegge for tydelig informasjon om hvilke verktøy/apper som er sikre og som gir opprettholder ønsket kvalitet, f.eks. på helsenorge.no, og tilrettelegge for at verktøy/apper kan dele data med andre system i helse- og omsorgssektoren der dette er hensiktsmessig.

### **Helsetjenesten kan ikke digitalisere rettigheter alene**

Helsetjenesten bruker ressurser på rettighetsvurderinger knyttet til innbyggers rettigheter, kan noen av disse i større grad automatiseres? Det er utfordrende for aktørene selv å beslutte og gjennomføre digitaliseringstiltak alene, da fortolkningsansvar for helselovgivningen ligger til Helsedirektoratet.

Tiltak som kan vurderes for å lukke gapet:

- Helsedirektoratet bør lede arbeidet med å etablere digitale tjenester rundt rettigheter i tett samarbeid med aktørene i helse- og omsorgstjenesten.
- Automatiserte og innbyggerstyrte tjenester ved henvisning, lange ventelister og fristbrudd.

### **EU setter krav til at innbygger skal ha tilgang til helsedata som vi i dag ikke klarer å innfri.**

Innbyggers tilgang til og mulighet til å dele helsedata varierer med geografi, hvilke aktører innbygger mottar helsehjelp og omsorgstjenester fra og hvilke helseutfordringer som behandles/følges opp. EHDS setter krav til at innbygger skal ha tilgang til og mulighet til dele egne helsedata både til primær og sekundærbruk. Det er nødvendig å etablere nasjonal infrastruktur for å sikre at innbygger har tilgang til og kan dele informasjon fra/til kommunale helse- og omsorgstjenester og fastleger.

Tiltak som kan vurderes for å lukke gapet:

- Identifisere nødvendige tiltak for å gi innbyggere tilgang og mulighet for å dele helsedata med kommunale helse- og omsorgstjenester og fastleger

- Veileder/retningslinjer for tilgang til egne helsedata (basert på kravene i EHDS)

### Vi har i dag ikke fokus på nasjonale digitale tjenester tilpasset barn

Barn har rett på informasjon tilpasset alder og modenhetsnivå. Hele 80% av barn er redde i møte med helsetjenesten fordi de ikke får tilpasset informasjon. Dette kan føre til økt uro hos barna i møte med helsetjenesten, som igjen kan føre til økt bruk av medisiner, lengre tid på sykehus og mer arbeid for personell. Det kan også føre til unødvendig bruk av tvang overfor barn, som igjen kan gi senvirkninger som påvirker dem resten av livet. I ytterste konsekvens kan dette føre til at de vegrer seg for å ta kontakt med helsetjenesten når de har behov for helsehjelp.

I Norge er initiativene knyttet til informasjon til barn spredt og det finnes få enkeltstående løsninger som er utviklet av prosjekter i sykehusene.

### Eksempel på tiltak:

- Utrede hvordan vi i Norge kan ivareta barns behov for helseinformasjon i digitale kanaler.

### Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Målbildet og foreløpig forslag til områder som bør prioriteres ble behandlet i NUIT i sak 38/23.

Innspillene fra NUIT var i hovedsak:

- Det er viktig at det er tjenester for innbygger som har hovedfokus i dette arbeidet
- Det må komme tydelig frem hvilke tiltak som pågår og sammenhengen mellom områdeplanen og veikartet for Helsenorge
- Det er en stor variasjon på hva helsesektoren tilbyr innbygger, avhengig av hvor du bor i landet, dette er krevende å informere innbygger om. Det er ønskelig med en gapanalyse mellom tjenestespekter geografisk
- Det er ønskelig at det etableres en nullpunktsanalyse, og at det tydeliggjøres hvor det gjøres et arbeid på de ulike prosjektene
- Ambisjonene på digital hjemmeoppfølging og hjemmesykehus må synliggjøres
- Helsenorge er hovedkanalen til innbygger for digitale tjenester, men Helsenorge løser ikke alle utfordringene
- Det må tas hensyn til alle livets faser, og vi må ivareta de som ikke er digitale
- Det er en krevende situasjon, økonomisk og ressursmessig, og det er en frykt for at vi er i ferd med å sette ambisjoner vi ikke klarer å levere på
- Det er ønskelig at Helsedirektoratet tydeliggjør rammene og begrensningene i områdeplanen

Saksnummer	Tittel på sak	Vedtak
38/23 NUFA	Nasjonal e-helsestrategi- konkretisering og operasjonalisering av mål 1	NUFA tar saken til orientering. Innspill fra møtet tas med i videre arbeid med konkretisering av mål 1
23/24 NUIT	Områdeplan- aktiv innbygger forslag til prioriterte tiltak	NUIT drøftet målbildet, og de foreløpige anbefalingene til prioritering i perioden 2024-2027. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet med gapanalysen for å ferdigstille forslag til områdeplan med prioritering og tiltak.

### Videre saksprosess

Gapanalysen ferdigstilles og innspill fra rådsmodellen og andre aktører innarbeides. Endelig forslag utarbeides i samarbeid med sentrale aktører

Til Møte 2/24  
Dato 13.06.2024  
Saksnummer 15/24  
Innretning Drøfting

Sakseier Lucie Aunan  
Saksbehandler Sveinung Tornås og Hilde Lovett

## Felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten

### Forslag til vedtak

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

### Hensikt med saken

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide en felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten som skal leveres 1. juli 2024.<sup>1</sup> Selv om planen er under arbeid, ønsker vi allerede nå å orientere Nasjonalt e-helseråd om arbeidet med felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten, drøfte de foreslåtte tiltaksområdene i utkast til plan og få innspill fra Nasjonalt e-helseråd på prioriteringer, slik de foreligger i versjon 0.7 av planen (se vedlegg).

Spesielt ønsker vi tilbakemelding på foreslåtte tiltak innenfor de nye tiltaksområdene

- Bruk av store språkmodeller
- Validering, ibruktakelse og skalering
- Styrke kompetanse om KI i helse- og omsorgstjenesten

### Bakgrunn

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide en felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten som skal leveres 1. juli 2024. Planen 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. Planen skal utarbeides sammen med Direktoratet for medisinske produkter, Helsetilsynet, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene og KS, og gjøres som en videreføring av koordineringsprosjektet for kunstig intelligens som ble avsluttet 31.12.2023. Representanter fra

<sup>1</sup> TB2024-34: Kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten i <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/tildelingsbrev-til-helsedirektoratet-for-2024.pdf>

ovennevnte etater, sammen med KIN, utgjør ett KI-råd for Helsedirektoratet gjennom oppdragsperioden<sup>2</sup>. Direktoratet for Medisinske produkter deltar agendabasert.

Til sammen skal aktivitetene i felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten bidra til å oppnå målet om å øke bruken av KI-løsninger som er trygge, som bidrar til helsetjenester av like god eller bedre kvalitet, og som frigjør tid hos helsepersonell. Felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten beskriver pågående delprosjekter og forvaltningsoppgaver og anbefalte nye tiltak, og har følgende innholdsfortegnelse:

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

Vi ønsker spesielt å diskutere de (nye) tre siste tiltaksområdene med Nasjonalt e-helseråd.

### **Oppsummering av de tre siste tiltaksområdene i felles KI-plan**

#### *Rammer for bruk av KI i helse- og omsorgstjenesten*

Dette tiltaksområdet beskriver tiltak som vil kunne redusere usikkerheter, øke kunnskap og effektivisere prosesser, slik at helse- og omsorgstjenesten kan øke takten på å hente ut gevinstene ved å ta i bruk KI.

Det er to igangsatte tiltak. Det første tiltaket er å utarbeide veiledningsmaterieell for de som skal beslutte å innføre og kjøpe inn KI-systemer. Et brukerpanel fra sektoren gir innspill til helheten og ulike kapitler underveis i arbeidet. Planen er å publisere dette som en rapport i 3 kvartal 2024.

Helsedirektoratet har også tatt initiativ til å etablere og lede en helsearbeidsgruppe i [speilkomiteén for kunstig intelligens i Standard Norge](#), slik at sektoren både kan bygge kompetanse på og bidra inn i standardiseringsarbeid med sine behov.

Noen av de nye foreslåtte tiltakene handler om å etablere strukturer for å dele erfaringer og gjenbruke metoder for utprøving, validering og innføring mellom aktørene i helsesektoren og å tydeliggjøre mulige gevinster og hvordan gevinster kan realiseres. Ett foreslått tiltaksområde handler om å tydeliggjøre behov for mer effektive og fleksible måter å gjøre trening, finjustering og validering av KI-modeller. Et annet handler om å undersøke barrierer og behov knyttet til finansiering. Selv om planen fokuserer på ibruktakelse av kommersielle KI-produkter har planen også med et tiltaksområde som vurderer hvordan det kan bli mer effektivt å både utvikle og kommersialisere KI-systemer.

#### *Bruk av store språkmodeller*

Dette tiltaksområdet baserer seg på resultater [fra kunnskapsgrunnlaget om store språkmodeller](#), som gir et overblikk over bruk og utvikling av store språkmodeller i helse- og omsorgssektoren i Norge. Rapporten beskriver hvordan slike modeller kan bidra til å forbedre helsetjenesten, inkludert potensielle fordeler og utfordringer.

To av de nye foreslåtte tiltaksområdene er oppdrag gitt til Hdir på årets tildelingsbrev: vurdering av risiko ved bruk av store språkmodeller og å legge til rette for at bruken av språkmodeller er tilpasset norske forhold.

---

<sup>2</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kunstig-intelligens/mandat-for-ki-radet>



De foreslåtte nye tiltaksområdene handler om å hhv styrke kompetansen om forsvarlig bruk av store språkmodeller og å synliggjøre områder der store språkmodeller er egnet og kan gi gevinster i form av mer effektive arbeidsprosesser eller høyere kvalitet i helsetilbudet i norsk helsetjeneste.

### *Styrke kompetanse på KI*

Tilgang på tilstrekkelig kompetanse er en kritisk faktor for å kunne implementere og ta i bruk KI-løsninger på en forsvarlig måte. Etatene fortsetter med å bygge og dele kunnskap og kompetanse om kunstig intelligens. Et pågående tiltak er også å utarbeide et kunnskapsgrunnlag som vil beskrive kompetansebehov knyttet til endringer som bruk av kunstig intelligens i helsesektoren medfører i mellomlangt perspektiv (5-6 år). Rapporten vil også foreslå mulige kompetansetiltak om politikk og overordnede føringer, kompetansetiltak for helseledere, kompetansetiltak for personell i helse- og omsorgstjenesten og befolkningsrettede kompetansetiltak.

Noen tiltak kan dekke en del av det kommende kompetansebehovet, i påvente av rapporten som er nevnt over. Felles KI-plan foreslår derfor også noen tiltak knyttet til utvikling av befolkningsrettet informasjon, kompetanse for helseledere og kompetanse for personell i helse- og omsorgstjenesten.

### *Diskusjon om prioritering*

Vi foreslår at det igangsettes tiltak på alle de tre overordnede tiltaksområdene. Hvilke aktiviteter som prioriteres og igangsettes i hvert tiltaksområde avhenger av flere momenter, blant annet hvor kostbart er det, hvor enkelt er det og hvor stor gevinst gir det.

Vi ønsker tilbakemeldinger fra E-helserådet om prioriteringer knyttet til "anbefalte tiltak" nedenfor.

#### *Kapittel 4 Rammer og veiledning for bruk av KI i helse- og omsorgstjenesten*

Igangsatte tiltak:

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

Anbefalte tiltak:

- 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
- Videreutvikle metodevurderinger

#### *Kapittel 5 Bruk av store språkmodeller*

Igangsatte tiltak:

- 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

Anbefalte tiltak:

- Kompetanse om bruk, utvikling og finjustering

- Bruksområder for store språkmodeller

### *Kapittel 6 Styrke kompetanse på KI*

#### Igangsatte tiltak:

- Videreutvikle tverretattlig arbeid knyttet til kunnskap og kompetanse om kunstig intelligens
- Utarbeide rapport om kompetansebehov for digital transformasjon med kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten

#### Anbefalte tiltak:

- Utvikling av befolkningsrettet informasjon
- Kompetanse for helseledere
- Kompetanse for personell i helse- og omsorgstjenesten

### **Prosess og forankring**

#### *Behandling i NUIT*

Planen ble behandlet i NUIT 15. mai 2024. Generelt så stiller NUIT seg bak de foreslåtte tiltaksområdene, men mente at de ikke er fullt ut dekkende. Det ble påpekt at en med fordel kunne være noe mer offensiv og finne flere gode anvendelsesområder og nye muligheter. Samtidig ble det løftet frem behovet for å prioritere og spisse fokuset, gjerne knyttet til de oppdrag som er gitt. Det ble også fremholdt at det er mange juridiske utfordringer ved bruk av KI i kliniske praksis. Det ble derfor foreslått at å se nærmere på bruk av KI til administrative oppgaver, noe som også vil frigjøre tid for helsepersonell. Det er stort behov for å videreutvikle den etablerte veiledningstjenesten. Behovet for tett brukerinvolvering fra innbyggere og pasientforeninger ble understreket. Flere og flere helseteknologiløsninger har KI innebygget. Mange kommuner er små, slik at felles tilnærminger til bl.a. gevinster, risiko og anskaffelser er viktig. Her kan allerede etablerte erfaringsstrukturer, som Digi-nettverkene, spille en rolle. Det er investert mye penger og det er store forventninger til hvordan KI kan ende helsetjenesten. Det ble avslutningsvis påpekt at KI ikke må tas i bruk på bekostning av nødvendige helsefaglig forsvarlighet og nødvendig testing, validering med mer.

#### *Innspill fra sektoren*

Mer enn 130 deltakere med bred sammensetning fra hele helse- og omsorgssektoren deltok fysisk på innspillsmøte 23. mai for å diskutere planen, i tillegg deltok mer enn 140 på nettet.<sup>3</sup> Sektoren har også fått mulighet til å gi skriftlige innspill på en tidligversjon av planen frem til 31. mai. Innspillene fra innspillsmøtet er delvis innarbeidet i utsendte versjon av felles KI-plan.

### **Videre saksprosess**

- Felles KI-plan skal drøftes i det nyopprettede "KI-rådet"<sup>4</sup> 7. juni.

---

<sup>3</sup> [Innspillsmøte i forbindelse med felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten - Helsedirektoratet](#)

<sup>4</sup> "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- og omsorgssektoren. For å videreføre det gode samarbeidet som ble etablert i koordineringsprosjektet for KI vil de samme aktørene også være deltakere i KI-rådet: Folkehelseinstituttet, Helsetilsynet, helseregionene, KS. Kompetansenettverket KIN er observatør. KI-rådet ledes av Helsedirektoratet (hentet fra mandatet til KI-rådet).

- Anbefalingene vil forankres i ledelsen i Helsedirektoratet i løpet av juni, som er avsender av planen.

### Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Sak	Tema	Vedtaksformulering
NUIT 2/24	<p>KI-prosjektet fikk tilbakemelding på foreslåtte tiltak innenfor de nye tiltaksområdene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bruk av store språkmodeller</li> <li>- Validering, ibruktakelse og skalering</li> <li>- Styrke kompetanse om KI i helse- og omsorgstjenesten</li> </ul>	<p>NUIT støttet at de foreslåtte tiltaksområdene er dekkende. Innspillene fra diskusjonen i NUIT tas med i det videre arbeidet.</p>
NUFA 9/24	<p>Det nasjonale koordineringsprosjektet for KI orienterte NUFA om arbeidet i koordineringsprosjektet og drøftet utvalgte tema knyttet til kvalitetssikring og validering av KI-løsninger og mulige tiltak knyttet til store språkmodeller.</p>	<p>NUFA drøftet saken og ba Koordineringsprosjektet for KI ta med seg NUFA sine innspill i det videre arbeidet</p>
Nasjonalt e-helseråd 38/23	<p>Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse orienterte NUIT om anbefalte tiltak i sluttrapporten fra koordineringsprosjektet for kunstig intelligens og drøftet hvordan sektoren bør utarbeide en KI-strategi for helsesektoren, bl.a. hvordan sektoren bør involveres og hvordan et slikt strategiarbeid bør settes opp.</p>	<p>Nasjonalt e-helserådet støtter anbefalte tiltak fra det nasjonale koordineringsprosjektet for kunstig intelligens (KI). Innspillene fra diskusjonen i E-helserådet tas med i konkretiseringen av hvordan arbeidet med felles KI-plan for trygge og effektive helse- og omsorgstjenester skal settes opp.</p>
NUIT 50/23	<p>Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse orienterte NUIT om anbefalte tiltak i sluttrapporten fra koordineringsprosjektet for kunstig intelligens og drøftet hvordan sektoren bør utarbeide en KI-strategi for helsesektoren, bl.a. hvordan sektoren bør involveres og hvordan et slikt strategiarbeid bør settes opp.</p>	<p>NUIT støtter anbefalte tiltak fra det nasjonale koordineringsprosjektet for kunstig intelligens (KI). Innspillene fra diskusjonen i NUIT tas med i konkretiseringen av hvordan arbeidet med KI-strategien for trygge og effektive helse- og omsorgstjenester skal settes opp</p>
NUFA 3/22	<p>E-helse presenterte innsikt fra kartlegging av behov for data til kunstig intelligens i helse- og omsorgssektoren, drøftet om det finnes ytterligere behov som ikke er dekket i innsiktsrapporten, og hvilke</p>	<p>NUFA tok saken til orientering og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>

	behov og problemstillinger som er de viktigste å utrede videre.	
NUFA 26/22	E-helse presenterte og drøftet forslag til tiltak knyttet til tilgang til data, som kan hjelpe og veilede helsetjenesten med å ta i bruk kunstig intelligens på en trygg måte	NUFA tok saken til orientering og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.
NUFA 32/23	E-helse presenterte hovedlinjene i utkast til den europeiske KI-forordningen og arbeidet med europeiske standarder som skal støtte implementeringen av KI-forordningen. Drøftet deretter hvordan helsesektoren kan involvere seg i standardiseringsarbeid fremover for å legge til rette for at kunstig intelligens tas i bruk på en trygg måte i helse- og omsorgstjenesten.	NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.

## Vedlegg

[Vedlegg 5A Sak 15-24 KI-plan versjon 07](#)

Til Møte 2/24  
Dato 13.06.2024  
Saksnummer 16/24  
Innretning Orientering

Sakseier Mariann Hornnes  
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

## Orientering fra Helsedirektoratet

### Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd tar saken til orientering.

### Hensikt med saken

Helsedirektoratet ønsker å orientere Nasjonalt e-helseråd om følgende sak:

- EU-samarbeid

### Bakgrunn

Direktoratet redegjør gjennom dette notatet for innholdet i saken. I møtet vil direktoratet gå kort gjennom saken.

- **EU-samarbeid**

[Forordningen om det europeiske helsedataområdet \(European Health Data Space\)](#) skal gi pasienter, helsepersonell, forskere og myndigheter bedre tilgang til og mulighet til å benytte helsedata, samtidig som det legges til rette for et felles indre marked for helseteknologi og digitale helsetjenester.

15. mars 2024 ble det oppnådd politisk enighet om innholdet i forordningen mellom trilog-partene EU-kommisjonen, Europaparlamentet og Rådet. Det gjenstår fremdeles formelle runder i EU før forordningen blir endelig vedtatt, og det er forventet at forordningen vil tre i kraft i EU 1. oktober 2024. Forordningen anses som EØS relevant og den formelle behandlingen for innlemmelse i EØS-avtalen starter etter offisielt vedtak i EU. Norge deltar aktivt i flere av EUs prosjekter relatert til utviklingen av det europeiske helsedataområdet, og Helsedirektoratet bidrar med å vurdere konsekvenser og muligheter for Norge.

[Forordningen om kunstig intelligens \(AI Act\)](#) ble endelig vedtatt i EU 14. mai 2024, som den første av sitt slag i verden. Forordningen setter rammer for bruk av kunstig intelligens (KI) og skal sørge for at fundamentale rettigheter og verdier beskyttes, blant annet ved å forby og begrense visse former for bruk av KI.

