

## Møte i NUIT

<b>Møte</b>	2/2024	
<b>Dato</b>	15. mai 2024	
<b>Tid</b>	Kl. 09.00 – 16.00	
<b>Sted</b>	Helsedirektoratet, Verkstedveien 1, Oslo. Møterom 4117	
<b>Medlemmer</b>	Mariann Hornnes (Helsedirektoratet) Liv Heidi Brattås Remo (Helsedirektoratet) Ole Johan Kvan (Helse Sør-Øst RHF) Ole Jørgen Kirkeluten (Helse Vest RHF) Per Olav Skjesol (Helse Midt RHF) Bjørn Nilsen (Helse Nord RHF) Asbjørn Finstad (KS) Terje Wistner (KS) Harald Sundt-Ohlsen (Oslo kommune) Terje Jørgensen (Bodø kommune)	Kristin Brekke (Bergen kommune) Odd Ruud (Moss kommune / DigiViken) Roger Schäffer (Folkehelseinstituttet) Anne-Lise Härter (Apotekforeningen) Egil Johannesen (Fastlegerepresentant) Bente Christensen (Norsk Sykepleierforbund) Jon Kirknes (Kreftforeningen) Eva Buschmann (FFO) Bodil Rabben (Norsk helsenett SF)

Sak	Agenda NUIT	Tidspunkt	Sakstype
15/24	Godkjenning av innkalling og dagsorden	09:00	Godkjenning
16/24	Godkjenning av referatet fra NUIT 15. februar 2024	09:05	Godkjenning
17/24	Prinsipper for fordeling av kostnader for drift- og forvaltning av de nasjonale e-helseløsninger	09:15	Drøfting
18/24	TB2024-79 Overgang til plikt til betaling ved innføring av nasjonale e-helseløsninger	09:55	Drøfting
19/24	Nasjonal e-helseportefølje	10:35	Drøfting
	<b>Pause</b>	<b>11:05</b>	
20/24	Apotekenes nye felles bransjeløsning, Eik	11:15	Drøfting
21/24	Utprøving av digital dialog mellom fastlege og apotek	11:45	Drøfting
	<b>Lunsj</b>	<b>12:15</b>	
22/24	Digitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten	12:45	Drøfting
23/24	Områdeplan – aktiv innbygger forslag til prioriterte nasjonale tiltak	13:15	Drøfting
24/24	Felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten	13:55	Drøfting
	<b>Pause</b>	<b>14:35</b>	
25/24	Erfaringer fra utprøving av pasientens legemiddelliste i Bergen kommune	14:45	Drøfting
26/24	Orientering fra Helsedirektoratet	15:25	Orientering
27/24	Eventuelt	15:55	
	<b>Slutt</b>	<b>16:00</b>	

Sak	Tema	Sakstype
15/24	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden</b>	<b>Godkjenning</b>
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUIT godkjenner innkalling og dagsorden.	
16/24	<b>Godkjenning av referat fra NUIT 15. februar</b>	<b>Godkjenning</b>
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUIT godkjenner referatet fra NUIT 15. februar 2024.	<b>Vedlegg 1:</b> Referat fra møtet i NUIT 15. februar 2024
17/24	<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 NUIT anbefalte prismodeller for følgende nasjonale e-helseløsninger; Sentral	<b>Vedlegg 2:</b> Toppnotat Prinsipper for fordeling av kostnader for drift- og

	forskrivningsmodul (SFM), pasientens prøvesvar, samt en foreløpig prismodell for Helsenettet for gruppen øvrige aktører. Det er ønskelig med innspill til det videre arbeidet.	forvaltning av de nasjonale e-helseløsninger
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUIT drøftet foreslåtte prismodeller og ba Norsk helsenett SF ta med seg innspill inn i videre arbeid.	
<b>18/24</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 NUIT, 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> 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.	
<b>19/24</b>	<b>Nasjonal e-helseportefølje</b>	<b>Drøfting</b>
	Helsedirektoratet vil informere NUIT om status på den nasjonale e-helseporteføljen, samt aktuelle temaer. Det er ønskelig å få innspill fra NUIT på status og utfordringer i porteføljen.	<b>Vedlegg 4:</b> Toppnotat Nasjonal e-helseportefølje
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUIT drøftet status og fremlagte utfordringer i porteføljen og ba relevante aktører ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.	
<b>20/24</b>	<b>Apotekenes nye felles bransjeløsning, Eik</b>	<b>Drøfting</b>
	Apotekforeningen ønsker å orientere NUIT om apotekenes nye felles journal og samhandlingsløsning, Eik. Det er ønskelig å få innspill til hvordan innføring av denne løsningen kan bidra til økt verdi/økt pasientsikkerhet og bedre samhandling med annet helsepersonell.	<b>Vedlegg 5:</b> Toppnotat Apotekenes nye felles bransjeløsning, Eik
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUIT drøftet hvordan innføringen av Apotekenes nye felles journal og samhandlingsløsning kan bidra til økt verdi/økt pasientsikkerhet og bedre samhandling med annet helsepersonell. Apotekforeningen tar med seg innspill og refleksjoner gitt i møtet i det videre arbeid.	
<b>21/24</b>	<b>Utprøving av digital dialog mellom fastlege og apotek</b>	<b>Drøfting</b>
	Apotekforeningen ønsker å informere NUIT om resultatet fra prosjekt utredning digital dialog mellom fastlege og apotekfarmasøyt. Det er også ønskelig med innspill til den planlagte piloten som skal gjennomføres som oppfølging av utredningen.	<b>Vedlegg 6:</b> Toppnotat Utprøving av digital dialog mellom fastlege og apotek
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUIT drøftet hvordan innføring av digital dialog kan effektivisere arbeidsprosesser og samhandling knyttet til pasientens legemiddelbehandling. Apotekforeningen tar med seg innspill og refleksjoner gitt i møtet i videre arbeid.	
<b>22/24</b>	<b>Digitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten</b>	<b>Drøfting</b>
	Styringsgruppa for Digitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten ønsker å orientere NUIT om prosessen og forankre deres arbeid hos sentrale fagpersoner innen e-helse både med tanke på helsefag, arkitektur og innbyggernes behov. Det er ønskelig med innspill og råd på prosess, retning og andre nasjonale	<b>Vedlegg 7:</b> Toppnotat Digitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten

	prosjekter som kan påvirke hvordan de løser sitt oppdrag eller som kan legge føringer for valg av konsept litt fram i tid.	
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUIT støtter initiativet om å starte og forme sammen i den offentlige tannhelsetjenesten, og peker på viktigheten av at den offentlige tannhelsetjenesten kobles på nasjonale prosesser og digitale samhandlingsløsninger, i tett samarbeid med KS.	
<b>23/24</b>	<b>Områdeplan – aktiv innbygger forslag til prioriterte nasjonale tiltak</b>	<b>Drøfting</b>
	Helsedirektoratet vil legge frem for NUIT målbilde knyttet til konkretisering av mål 1 i den nasjonale e-helsestrategien. 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. Det er ønskelig at NUIT gir sin tilslutning til målbildet, og at det gis innspill på de foreløpige anbefalingene til prioritering i perioden 2024-2027.	<b>Vedlegg 8:</b> Topppnotat Områdeplan – aktiv innbygger forslag til prioriterte nasjonale tiltak
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUIT 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>24/24</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 NUIT om og få innspill til arbeidet.  Vedlegg 9A "Mandag KI-råd" ligger i saksunderlaget.	<b>Vedlegg 9:</b> Topppnotat Felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten  <b>Vedlegg 9A:</b> Mandag KI-råd
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUIT støtter at de foreslåtte tiltaksområdene er dekkende. Innspillene fra diskusjonen i NUIT tas med i det videre arbeidet.	
<b>25/24</b>	<b>Erfaringer fra utprøving av pasientens legemiddelliste i Bergen kommune</b>	<b>Drøfting</b>
	Bergen kommune vil dele med NUIT sine erfaringer om arbeidet knyttet til pasientens legemiddelliste. Det er også ønskelig å drøfte det som er gjort så langt og aktuelle tiltak for videre utbredelse av pasientens legemiddelliste.	<b>Vedlegg 10:</b> Topppnotat Erfaringer fra utprøving av pasientens legemiddelliste i Bergen kommune
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUIT ble informert om arbeidet knyttet til pasientens legemiddelliste i Bergen kommune. NUIT ber Bergen kommune og øvrige aktører ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet med bredding av pasientens legemiddelliste.	
<b>26/24</b>	<b>Orientering fra Helsedirektoratet</b>	<b>Orientering</b>
	Helsedirektoratet vil orientere kort om følgende saker: - Status dataansvar - Prinsipper for tredjeparts tilgang til utvikling i EPJ	<b>Vedlegg 11:</b> Topppnotat Orientering fra Helsedirektoratet
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUIT tar sakene til orientering.	
<b>27/24</b>	<b>Eventuelt</b>	

Referat fra møte i NUIT		
Møte	1/2024	
Dato	15. februar 2024	
Tid	09:00 – 16:00	
Sted	Helsedirektoratet, Verkstedveien 1, Oslo	
Medlemmer	Mariann Hornnes (Direktoratet for e-helse) Ole Johan Kvan (Helse Sør-Øst RHF) – digitalt frem til kl. 12.20 Ole Jørgen Kirkeluten (Helse Vest RHF) Per Olav Skjesol (Helse Midt RHF) Bjørn Nilsen (Helse Nord RHF) Asbjørn Finstad (KS) Terje Wistner (KS) Harald Sundt-Ohlsen (Oslo kommune)	
	Terje Jørgensen (Bodø kommune) Kristin Brekke (Bergen kommune) – digitalt frem til kl. 13.20 Odd Ruud (Moss kommune / DigiViken) Morten Fronth-Andersen (Helsedirektoratet) Roger Schäffer (Folkehelseinstituttet) Anne-Lise Härter (Apotekforeningen) Egil Johannesen (Fastlegerepresentant) Bodil Rabben (Norsk helsenett SF)	
Ikke til stede	Bente Christensen (Norsk Sykepleierforbund) Eva Buschmann (FFO) Jon Kirknes (Kreftforeningen)	
Stedfortreder	Frank Ivar Aarnes, Helse Sør-Øst RHF, stilte for Ole Johan Kvan digitalt fra kl. 12.50 Andreas Høiaas, Kreftforeningen, stilte for Jon Kirknes	
Helsedirektoratet	Siv Ingebrigtsen Lucie Aunan Norunn Saure Karen Lima Vibeke Jonassen Wang	

Sak	Tittel på sak	Sakstype
1/24	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
2/24	Godkjenning av referatet fra NUIT 16. november 2023	Godkjenning
3/24	Helse- og omsorgsdepartementet orienterer	Orientering
4/24	Oppfølging av Nasjonal e-helsestrategi	Drøfting
5/24	Endringer av kriterier for nasjonal e-helseportefølje	Drøfting
6/24	Vekst i drift- og forvaltningskostnader på de nasjonale e-helseløsningene som følge av investeringer og tiltak i nasjonal e-helseportefølje	Drøfting
7/24	Veikart for Helsenorge	Drøfting
8/24	Kommunal sektors porteføljer på e-helseområdet 2024	Orientering
9/24	Digital behandlings- og egenbehandlingsplan	Drøfting
10/24	Strategi for helsedata og implementering av ny registerplattform for pasientregistre	Drøfting
11/24	Prinsipper for tredjeparts tilgang til utvikling i EPJ	Drøfting
12/24	Referatform til møtene i NUIT	Drøfting
13/24	Orientering fra Helsedirektoratet	Orientering
14/24	Eventuelt	

Sak	Tema
1/24	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden</b>
	Det kom ingen innspill til innkalling og dagsorden.
	Det ble en kort diskusjon om viktigheten av at saksunderlaget berikes med det som er drøftet i NUFA.
	<b>Vedtak:</b> NUIT godkjenner innkalling og dagsorden.
2/24	<b>Godkjenning av referatet fra NUIT 16. november 2023</b>
	Det kom ingen innspill til referatet fra NUIT 16. november 2023.
	<b>Vedtak:</b> NUIT godkjenner referatet fra NUIT 16. november 2023.

3/24	<b>Helse- og omsorgsdepartementet orienterer</b>
	<p>Gunn Signe Jakobsen, Helse- og omsorgsdepartementet, orienterte NUIT blant annet om følgende saker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi har fått en seksårig satsing på digital samhandling, som kan brukes på de fem prioriterte områdene rådsmoellen har landet på. Helse- og omsorgsdepartementet styrer gjennomføring av de fem prioriterte samhandlingsområdene sammen med Digitalt helsekort for gravide og MyHealth@EU. Helse- og omsorgsdepartementet gir årlige oppdrag og finansiering gjennom ordinær styringsmodell.</li> <li>• Koordinering og gjennomføring delegeres til Norsk helsenett SF og Helsedirektoratet. Mandater for samhandlingsområdene er utarbeidet.</li> <li>• Aktørene lager årlige leveranseplaner som det gis jevnlig status på.</li> <li>• Helse- og omsorgsdepartementet vil etablere en styringsgruppe som overtar for programstyrene.</li> <li>• Departementet gir også oppdrag til RHF-ene i ordinær styringslinje, og får rapportering på plan for neste år i «Felles plan».</li> <li>• I 2024 må drift- og forvaltningskostnader for SFM og pasientens prøvesvar prioriteres, deretter den utviklingen som bidrar til at kostnadene kan tas inn som del av plikt til betaling for e-resept og kjernejournal fra 2025. Ut over dette er pasientens legemiddelliste høyest prioritert.</li> <li>• Norsk helsenett SF har jobbet godt med å redusere driftskostnadene og justert utviklingskostnadene for 2024, samt funnet mulighet for inndekning av noe av kostnaden på andre måter. Inkludert i dette er overførte/ubrukte midder fra 2023.</li> <li>• Regjeringen har besluttet at dataansvaret for kjernejournal og pasientens prøvesvar flyttes fra Norsk helsenett SF til Helsedirektoratet.</li> </ul> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er viktig at vi får til disse mandatene, og samle sektoren mot felles styring.</li> <li>• Viktig med god representasjon, og det å kunne være med på å støtte opp under tiltakene.</li> <li>• Det er viktig med transparens rundt økonomi. Vi kan bli bedre på den samlede økonomistyringen.</li> <li>• Begrepet gevinst og gevinstuttak må tydeliggjøres.</li> <li>• For kommunene er det krevende med flere og høyere kostnader. Det er bra departementet utfordrer Norsk helsenett SF på effektivitet.</li> <li>• Vi må ha et felles blikk på SFM. Dette er nok bare starten på en komplisert utvikling.</li> <li>• NUIT er positive til en styringsgruppe, som erstatning for programmene. I mandatet til styringsgruppa må det være tydelighet og transparens på hvordan økonomien styres.</li> <li>• Styringsgruppen må ha med seg brukerrepresentasjon og sikre at alle deltakere fra de styringsgrupper som avvikles sikres tilstrekkelig deltakelse i relevante framtidige fora.</li> <li>• Det må bli en viss forutsigbarhet rundt avviklingen av programstyrene til pasientens legemiddelliste og digital samhandling.</li> <li>• Når er en løsning klar til å breddes, hva er forvaltning, og når er det bredding? De overgangene må vi være tydelige på kommunikasjonsmessig.</li> <li>• Vi må ikke glemme det tverrsektorielle og det europeiske perspektivet.</li> <li>• Implementeringskraften i sektor må styrkes.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.</p>
4/24	<b>Oppfølging av Nasjonal e-helsestrategi</b>
	<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 NUIT utvalgte oppfølgingspunkter som har betydning for gjennomføringen av strategien.</p>

	<p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NUIT støtter at det er viktig og nyttig med fremstilling av status som ble gitt for å få oversikt over hvordan vi beveger oss mot målene.</li> <li>• Det er ønskelig med mer nyansering på mål 1. Ved gul status på ungdomsløsningen knyttet til innlogging kan det gi signaler om at det er utrygt å logge seg inn. Noe som ikke er tilfelle.</li> <li>• Til tross for at status på mål 3 peker mot grønt er det viktig å erkjenne frustrasjonen der ute knyttet til at det fortsatt er forsinkelser knyttet til utlevering av data.</li> <li>• Det er enkelte avklaringer rundt det juridiske som tar for lang tid. Veileder for barn og unge er et eksempel. Det ble gitt en oppfordring til Helsedirektoratet om å følge opp departementet på dette punktet</li> <li>• Stegvis utvikling er viktig, men det krever tydelig forventningsstyring på hva som leveres i de ulike stegene.</li> <li>• Det er viktig å være tro mot målsettingen som ble satt.</li> <li>• Prioriterer vi for mye? NUIT sier ofte ja, mens E-helserådet sier nei. Tar NUIT innover seg konsekvensene?</li> <li>• Prioriteringene må kunne diskuteres underveis, og eventuelt vekte målene opp mot hverandre.</li> <li>• Situasjonen ute i kommunene er krevende, spesielt når verden blir mer krevende. Det er ikke bare nasjonale e-helseløsninger de jobber med. Vi må evne å se utenfor våre egne områder og se det totale bildet. I tillegg til finansiering må en også ha ressurser tilgjengelig.</li> <li>• Vi må klare å være mer konsistente over tid, og stå i satsningene våre.</li> <li>• Vi må ta tak i problemene tidlig, selv om problemet i første runde bare treffer en aktør.</li> <li>• Det er viktig å vurdere gjenbruk av løsninger, se hele mulighetsrommet som ligger der, og lære av hverandre.</li> <li>• Vi må ta med oss læringen som er gjort i Helseplattformen.</li> <li>• Det må bli mer tydelighet rundt hvem det er som har resultatansvaret for implementering</li> <li>• Det er en utfordring å koordinere mange aktører i innføring, og det er ønskelig med mer hjelp fra nasjonalt hold. Det er tid for å se på virkemidler fra staten for å løfte aktører videre.</li> <li>• Myndighetene må se på virkemidler for å få systemleverandører til å utvikle sine løsninger i takt med behovene</li> <li>• Det er tidkrevende for klinikere å være med i utprøving. Dette er en prosess vi må bli bedre på.</li> <li>• Det er behov for juridiske avklaringer. Fremdriften blir krevende hvis ansvaret er utydelig.</li> </ul> <p><b>Aksjonspunkt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bergen kommune skal komme til NUIT med sak om erfaringsrapporten knyttet til arbeidet med pasientens legemiddelliste.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak</b>          NUIT drøftet status på Nasjonal e-helsestrategi med oppfølgingspunkter av betydning for realisering. Helsedirektoratet og tiltakseiere tar med seg innspill i det videre arbeidet med oppfølging av strategien.</p>
5/24	<p><b>Endringer av kriterier for nasjonal e-helseportefølje</b></p>
	<p>I følge hovedinnstruksen til Helsedirektoratet skal direktoratet føre en systematisk og offentlig oversikt over e-helsetiltak med nasjonal betydning og legge til rette for nasjonal samordning og prioritering.</p>

	<p>Siv Ingebrigtsen, Helsedirektoratet, la frem for drøfting med NUIT kriteriene til nasjonal portefølje. Det er behov for justeringer på inngangskriterier slik at nasjonal e-helseportefølje kan understøtte nasjonal e-helsestrategi på en bedre måte.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NUIT ga sin støtte til å teste ut justeringer på inngangskriterier til nasjonal e-helseportefølje under forutsetning av at Helsedirektoratet går i dialog med tiltakseierne knyttet til konsekvenser av endringene.</li> <li>• Det er viktig å få til en rød tråd mellom porteføljen og strategien.</li> <li>• Det er viktig å ha en åpen og transparent portefølje.</li> <li>• Det er ønskelig at porteføljen rapporterer på effekter av de endringene som nå gjøres.</li> <li>• Sektor er i gang med flere svært komplekse aktiviteter, hvor resultatansvar blir viktig. Det er ønskelig å få disse inn i porteføljen.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b>          NUIT drøftet kriterier for nasjonal portefølje, og ba Helsedirektoratet ta med seg innspill i videre arbeid og anbefalinger til Nasjonalt e-helseråd.</p>
6/24	<p><b>Vekst i drift- og forvaltningskostnader på de nasjonale e-helseløsningene som følge av investeringer og tiltak i nasjonal e-helseportefølje</b></p>
	<p>Rita Midthaug, Norsk helsenett SF, la frem for drøfting samlet vekst i kostnader til forvaltning og drift for de nasjonale e-helseløsningene som en konsekvens av nye investeringer eller tiltak i nasjonal e-helseportefølje. Dette inkluderer tiltakene som er en del av satsningene på digital samhandling som koordineres av Helse- og omsorgsdepartementet.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NUIT stilte noen avklarende spørsmål om hva som ligger til grunn for kostnadsestimeringen. Norsk helsenett SF informerte at kostnadene i første runde beregnes som et prosentvis påslag. For Helsenorge beregnes drift – og forvaltningskostnader som 20 % av investeringskostnadene, mens for digital samhandling har man erfart at 20 % av utviklingskostnadene er et riktig utgangspunkt i tidlig fase, og at det etter hvert gjøres en mer konkret beregning av forventede kostnader basert på kunnskap om løsningen.</li> <li>• Videre ble det påpekt at Norsk helsenett SF har opparbeidet seg en betydelig egenkapital over tid, og at dette ikke kan være meningen når sektor sliter med økonomien. Norsk helsenett SF informerte at risikomarginen er på 5%. Estimatenes fremlagt i denne saken har ikke et ekstra risikopåslag.</li> <li>• Veksten i drift- og forvaltningskostnader er krevende fordi den betyr reduksjoner i andre deler av tjenesten. Representanten fra legeföreningen mente at den nasjonale infrastrukturen er så viktig for sektoren at staten burde ha fullfinansiert dette.</li> <li>• Det er også viktig med forutsigbarhet på når en tjeneste er klar til bruk. Kommunene må få tid til å mobilisere.</li> <li>• Det er behov for videreutvikling av nasjonale e-helseløsninger. Digital dialog fastlegeløsningen er ett eksempel på dette.</li> <li>• Medlemmene i møtet uttrykte at de kan ikke støtte andre avsnitt i forslaget til vedtak som lyder at NUIT anbefaler en økning på 100 mill. kroner i 2025. Bakgrunnen er at det må være en diskusjon om det samlede økonomiske bildet og hvordan midlene benyttes med aktørene.</li> <li>• Norsk helsenett SF påpekte at saken som skulle behandles var vekst i drift- og forvaltningskostnader som følge av investeringsbeslutninger som er tatt av sektor på tidligere tidspunkt, og ikke en samlet betaling for de nasjonale e-helseløsningene.</li> </ul> <p>Forslag til vedtak punkt 2 ble endret basert på innspill i møtet.</p>
	<p><b>Vedtak:</b></p>



	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. NUIT er orientert om endringene i drift- og forvaltningskostnader for de nasjonale e-helseløsningene som skyldes investering eller tiltak i den nasjonale e-helseportefølje og Helsenorge. Dette inkluderer tiltakene på digital samhandling i henhold til oppdrag og mandater mottatt fra Helse- og omsorgsdepartementet.</li> <li>2. Helsedirektoratet tar med seg saken til Helse- og omsorgsdepartementet, og kommer tilbake med forslag til videre behandling i rådsmodellen.</li> </ol>
<b>7/24</b>	<b>Veikart for Helsenorge</b>
	<p>Produktstyret for Helsenorge har gjennom 2023 gjennomført en revisjon av veikart for Helsenorge, og anbefalt et nytt veikart. NUIT har bidratt med innspill til utviklingsretning og veikartet.</p> <p>Nina Linn Ulstein, Norsk helsenett SF, orienterte NUIT om revidert veikart for Helsenorge, og ønsket innspill til arbeidet.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det leveres mange gode tjenester på Helsenorge, og det er en god utvikling av tjenesten. Veikartet gir en fin innsikt i hvor vi skal.</li> <li>• Det er behov for mulighet til å kunne delegerer fullmakter på Helsenorge.</li> <li>• Sektor trenger tilgang til syntetiske testborgere gjennom Helsenorge. Denne problemstillingen bør drøftes i Skate.</li> <li>• Den digitale fullmaktsløsningen for apotek mangler i veikartet.</li> <li>• Bestiller av en utvikling av funksjonalitet tar ansvar for drift- og forvaltningskostnadene frem til annen finansiering er på plass.</li> <li>• Det ble stilt spørsmål ved hvordan det skal sikres at innbyggeres behov blir ivarettatt der bestillere/behovshavere er grupperinger som ikke kan stille med finansiering – ref. tidligere behandling i NUIT.</li> <li>• Tjenesten er til for innbyggere. Vi må sikre finansiering av innbyggeres bruk av Helsenorge.</li> <li>• Gevinstene for ulike deler av Helsenorge og for ulike aktører må synliggjøres, slik at det er lettere for blant annet kommunene å se hvilke gevinster de vil få ved å ta i bruk funksjonalitet.</li> <li>• Veikartet gir en god forutsigbarhet for aktørene i sektoren.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. NUIT er orientert om, og gir innspill til revidert veikart for Helsenorge.</li> <li>2. Aktørene i sektoren og Norsk helsenett SF tar med seg innspill fra NUIT i videre arbeid med realisering av veikart for Helsenorge.</li> </ol>
<b>8/24</b>	<b>Kommunal sektors porteføljer på e-helseområdet 2024</b>
	<p>Terje Wistner, KS, ga NUIT en orientering om prosessen med å samordne kommunal sektor sine ambisjoner, prioriteringer og planer innen e-helse i 2024.</p> <p>På grunn av tiden til rådighet i møtet utgikk drøftingen, og saken ble endret til en orienteringssak. NUIT ga tilbakemelding om at det gjøres et godt arbeid fra KS sin side knyttet til bistand for kommunene.</p>
	<p><b>Vedtak:</b></p> <p>NUIT tar saken til orientering.</p>
<b>9/24</b>	<b>Digital behandlings- og egenbehandlingsplan</b>
	<p>Ole Kristian Storli, Helsedirektoratet, ga NUIT en orientering om status, erfaringer og anbefalinger fra prosjekt Digital behandlings- og egenbehandlingsplan. Videre ble det en drøfting med NUIT og det ble gitt innspill til det videre arbeidet.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flere av medlemmene i NUIT ser et stort behov for egenbehandlingsplaner.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er et viktig verktøy når det gjelder oppfølging av pasientgrupper innenfor f.eks. kols og kreft.</li> <li>• Prosjektet har mye til felles med Helsekort for gravide. Læringen som er gjort i Digital behandlings- og egenbehandlingsplan-prosjektet må tas med inn i Helsekort for gravide</li> <li>• Det må avklares hvem som er behandlingsansvarlig.</li> <li>• Det er behov for en helhetlig arkitektur for Digital behandlings- og egenbehandlingsplaner.</li> <li>• Det er per nå ikke laget en målarkitektur for egenbehandlingsplaner.</li> <li>• NUIT oppfordrer til gjenbruk av både konsept og løsning fra dette prosjektet til digitalt helsekort for gravide.</li> <li>• Det bør undersøkes om det finnes leverandører som kan tilby løsninger for dette.</li> </ul> <p>Sektoren ønsker og har behov for Digital behandlings- og egenbehandlingsplan, men at det mangler finansiering. Saken bør settes opp på nytt i NUIT for å prioritere dette tiltaket opp mot andre.</p> <p><b>Aksjonspunkt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helsedirektoratet kommer tilbake med en ny sak hvor dette tiltaket drøftes videre.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b>          NUIT drøftet status, erfaringer og anbefalinger fra prosjekt Digital behandlings- og egenbehandlingsplan. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet.</p>
<b>10/24</b>	<b>Strategi for helsedata og implementering av ny registerplattform for pasientregistre</b>
	<p>Ida Møller Solheim, Marte Kjelvik og Jørgen Brenne, FHI, orienterte NUIT om påbegynt strategiarbeid for helsedatafeltet, og om sammenhengen med pågående arbeid med ny registerplattform for pasientregistre. For arbeidet med registerplattform var det ønskelig å drøfte modell for samarbeid med sektoren. FHI ønsket NUIT sine innspill til videre arbeid med både overordnet helsedatastrategi og til implementering av registerplattform.</p> <p><b>Innspill til Strategi for helsedata:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfaring fra Helsedataprogrammet må ses på i arbeidet med en strategi for helsedata. Som for eksempel brukerbehov, juridiske avklaringer, utvikling av løsning og integrasjon.</li> <li>• Automatisering er et viktig element slik at man får en effektiv innhenting av data. Det må bli enkelt for virksomhetene som skal levere dataene.</li> </ul> <p><b>Innspill til realisering av helseregisterstrategien, ny registerplattform:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NUIT savnet informasjon om økonomi og finansiering for å få et bilde av hvem som får gevinster og hvem som skal ta kostnaden</li> <li>• Sektoren må involveres i arbeidet.</li> <li>• Det er ikke vanlig at en referansegruppe har formell beslutningsmyndighet. Det bør vurderes på nytt.</li> <li>• Arbeidet med å bedre kvaliteten på dataene er viktig.</li> <li>• Bruk av åpne API-er bør vurderes.</li> <li>• Standarder og kodeverk er viktig. Samtidig vil også endring i kodeverk få mulig store konsekvenser for virksomheten i arbeidsmåte.</li> <li>• Erfaringer på barnevernsområdet viser at tverrfaglig samarbeid med myndigheter og leverandører har god effekt i datainnsamling.</li> <li>• Totalkapasiteten i sektoren er viktig å avklare.</li> <li>• Journaler som er gått ut på dato må kartlegges.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b>          NUIT drøftet saken og ba FHI ta med seg innspill fra NUIT for bearbeiding i den videre strategiprosessen og i arbeidet med implementering av ny registerplattform for pasientregistre, herunder om samarbeid med sektoren.</p>
<b>11/24</b>	<b>Prinsipper for tredjeparts tilgang til utvikling i EPJ</b>

	<p>Erik Hedlund, Helsedirektoratet, ønsket å drøfte med NUIT tredjepartsapplikasjoner som strategisk virkemiddel for å øke endringsevnen og gjennomføringstakten i EPJ-utviklingen, slik at helsepersonell får en enklere arbeidshverdag.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skal vi greie å jobbe iterativt må vi forstå det mulighetsrommet arkitekturen gir oss.</li> <li>• Det er viktig å bygge på kunnskap og arbeid som er gjort tidligere.</li> <li>• Flere i NUIT støtter en plattformtilnærming, med mulighet til å koble seg på.</li> <li>• Leverandørmarkedet opplever at SMART on FHIR er noe det ikke satses nok på. I EPJ-løftet er det laget en rapport om dette.</li> <li>• Vi trenger å prøve dette ut sammen med leverandørene.</li> <li>• Vi må bruke normeringsmekanismen i størst mulig grad. Samtidig må vi signalisere at det finnes noen trappetrinn på veien.</li> <li>• Saken oppleves som et strategisk arkitekturspørsmål, noe det er usikkerhet rundt om NUIT kan svare på. Det er ubesvarte spørsmål knyttet til blant annet jus, finansiering, infrastruktur og arbeidsmetoder.</li> <li>• Det kan være krevende å følge diskusjonene i NUIT når det gjelder arkitektur og konsekvenser, så det må vurderes om slike saker skal drøftes i NUIT.</li> <li>• Mange ønsker seg dette og støtter tankegangen. Det gir stor valgfrihet mot leverandørene.</li> <li>• Dette må henge sammen med den kommunale arkitekturstrategien.</li> </ul> <p><b>Aksjonspunkt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helsedirektoratet bes om at de setter sammen en gruppe med arkitekter fra ulike aktører til å se på dette og komme tilbake til NUIT med en oppsummerende sak med anbefalinger.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUIT drøftet saken, og ba Helsedirektoratet ta med seg innspill i videre arbeid og anbefalinger om tredjepartsapplikasjoner i EPJ.</p>
<b>12/24</b>	<b>Referatform til møtene i NUIT</b>
	<p>Siv Ingebrigtsen, Helsedirektoratet, ønsket å drøfte med NUIT detaljeringsnivå på referatene etter møtene i utvalget. Det var ønskelig å enes om retningslinjer for referatet med medlemmene i NUIT.</p> <p>Helsedirektoratet ønsker at referatet etter møtene i NUIT skal gi en kort og konkret oppsummering av de innspillene som ble gitt, samt eventuelle aksjonspunkter relatert til tema. Videre at referatet ikke angir hvilke aktører som har gitt uttrykk for hvilken mening.</p> <p>NUIT ga sin støtte til at ny referatform testes ut. Samtidig er det viktig at der hvor en aktør ønsker å bli nevnt så skal det gjøres.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUIT drøftet saken og ba Helsedirektoratet ta med seg innspill gitt i møtet i retningslinjer for referatføring fra møtene i NUIT.</p>
<b>13/24</b>	<b>Orientering fra Helsedirektoratet</b>
	<p>Mariann Hornnes, Helsedirektoratet, orienterte NUIT kort om følgende saker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2024</li> <li>- Status Helseteknologiordningen</li> <li>- Evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse</li> </ul> <p>Orientering om nytt organisasjonskart i Helsedirektoratet tas i neste møte.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUIT tar sakene til orientering.</p>
<b>14/24</b>	<b>Eventuelt</b>
	Det kom ingen saker til eventuelt.

Til Møte 2/24  
Dato 15.05.2024  
Saksnummer 17/24  
Innretning Drøfting

Sakseier Odd Martin Solem, Norsk helsenett SF  
Saksbehandler Henrik Barstad, Norsk helsenett SF

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

### Forslag til vedtak

NUIT 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 SF 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 SF sin anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet i rapport "Evaluering av prismodeller" av 15. mai 2023. Ettersom kostnadsfordeling for SFM og pasientens prøvesvar ikke ble utført for 2024, er det ønskelig å presentere disse prismodellene for aktørene på nytt. Dette for å sikre eventuelle innspill fra aktørene før anbefaling oversendes departementet.

Prismodell for Helsenettet, inkludert grunndata og helseID, for gruppen øvrige aktører er under arbeid. Det er ønskelig å legge frem foreløpig modell til diskusjon og innspill.

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?

## **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 aktørenes 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 og pasientens prøvesvar**

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

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.

## Pasientens prøvesvar

Norsk helsenett SF 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. 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. Dette gir 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.

### Steg 2 (med rettslig grunnlag til å ta betalt fra private virksomheter)

- Tilsvarende som steg 1, men **30% av kostnadene fordeles på de private laboratorie- og radiologivirksomhetene** som benytter tjenesten, og hhv. **50% for RHF og 20% for kommunene**.
- Det bør vurderes, når løsningen er ferdig innført, hvorvidt andre private virksomheter skal betale for oppslag.

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 SF 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. Dette etter innspill fra aktørene. Hensikten var å tilrettelegge for å kunne fordele kostnadene mer hensiktsmessig mellom store og små aktører og samtidig holde kostnadene til forvaltning av prismodellen på et minimum. Det var imidlertid ikke tid til å få effektivert en omfordelende modell for 2024.

Det foreligger nå et forslag til justert prismodell for denne gruppen gjeldende fra 2025. Modellen tilrettelegger for en omfordeling av kostnadene og vil gjennomgås mer i detalj i møtet. Nedenfor trekkes det frem noen sentrale trekk ved modellen.

Aktørene deles opp i fem kategorier:

- *Priskategori A:* Små aktører som ikke er regnskapspliktig (under 5 mnok i omsetning) og regnskapspliktige med omsetning fra 5-15 mnok
- *Priskategori B:* Mellomstore aktører med omsetning fra 15 – 40 mnok
- *Priskategori C:* Store aktører med omsetning >40 mnok
- *Kjeder:* Alle virksomheter med 10 eller flere behandlingssteder/lokasjoner betaler pr behandlingssted/lokasjon
- *Unntak:* Virksomheter som har sin omsetning fra en annen næring/bransje betaler tilsvarende som en lokasjon under en kjede

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 kjedene med mange behandlingssteder i helse- og omsorgssektoren, samt fylkeskommunene som dekker offentlig tannhelse, 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/lokasjon.

Prinsipielt mener vi at denne modellen understøtter gjeldende mål for finansieringsmodeller og samtidig utligner skjevheter i dagens prismodell. Innhenting av omsetningstall, antall behandlingssteder/lokasjoner og sortering etter bransjekoder (NACE) fra Dun & Bradstreet 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 kjedene kan forvente å betale per behandlingssted.

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 Helsenetten 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 imidlertid at foreslått modell ivaretar dette ved at prisintervallet for priskategori A er satt opp til 15 mnok.

Det er ønskelig med innspill som vi kan ta med oss i det videre arbeidet.

## **Bakgrunn**

Prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene angår alle aktører og det er viktig med god prosess før endringer effektueres. Justeringer i prismodeller for de nasjonale e-helseløsningene er også tidligere behandlet i den nasjonale rådsmodellen. Justeringen i prismodellen for Helsenetten vil foruten rådsmodellen diskuteres med interesseorganisasjoner i helse- og omsorgssektoren, samt et utvalg aktører.

### **Videre saksprosess**

Norsk helsenett vil overlevere endelig forslag til justering av prismodellene for SFM, pasientens prøvesvar og Helsenettet til HOD innen utgangen av mai 2024.

### **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.



Til Møte 2/24  
Dato 15.05.2024  
Saksnummer 18/24  
Innretning Drøfting

Sakseier Lucie Aunan  
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen, Nina Bjørlykke

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

### Forslag til vedtak

NUIT drøftet forslag til hensyn, prosedyrer og rutiner som må gjennomføres før plikt til betaling kan innføres. Helsedirektoratet tar med seg innspill gitt i møte i det videre arbeidet med oppdraget.

### Hensikt med saken

Drøfte Helsedirektoratets arbeid på oppdrag TB2024-79 Innføring av nasjonale e-helseløsninger –Plikt til betaling.

### Bakgrunn

I tildelingsbrevet for 2024 har Helsedirektoratet oppdraget TB2024-79 Innføring av nasjonale e-helseløsninger " *Foreslå hensyn som skal ivaretas, og prosedyrer/rutiner som bør gjennomføres før nye tjenester knyttet til nasjonale e-helseløsninger overføres til forvaltning med tilhørende **plikt til betaling**. Dette skal inngå som en del av beslutningsgrunnlaget ved endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger. Arbeidet gjennomføres i samarbeid med Norsk helsenett SF. Frist: etter avtale.*"

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

Pasientjournalloven § 8 fjerde ledd gir hjemmel for å gi forskrifter om betaling av bruk av helsenettet og andre nasjonale e-helseløsninger. Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger oppdateres årlig med fordeling av drift- og forvaltningskostnader i sektor, der drift- og forvaltningskostnader for eventuelle nye tjenester vil inngå.

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 SF 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 samtidighet i innføring av løsningene.

## Rammebetingelser

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 forskriften – **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-helseløsninger 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 mener departementet dette vil 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.

Kostnader for drift- og forvaltning oppstår hos Norsk helsenett SF 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 at plikt til betaling pålegges innen et år etter at tjenestene går i produksjon. Det betyr at hvis plikt til betaling skjer senere enn innen et år vil finansiering til investeringen reduseres, som igjen kan påvirke måloppnåelsen for satsningen digital samhandling.

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 at Helse og omsorgsdepartementet vurderer det

som hensiktsmessig at kostnadene foredles likt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. 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 forslag til Nasjonal Helse og samhandlingsplan forventer regjeringen at det skal bygges videre på de nasjonale e-helseløsningene, og å fullføre igangsatte tiltak gjennom smidig utvikling hvor nytte tas ut underveis. Norsk helsenett legger i videreutvikling av de nasjonale e-helseløsningene også opp til dynamisk nyttestyring, i tråd med Digitaliseringsdirektoratets beskrivelse, det vil 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 tjenesten er "god nok" til at man kan ta betalt for drift og forvaltning av nye tjenester.

## **Foreløpige anbefalinger i oppdraget**

For å beskrive hva 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-helseløsningen og dermed at finansieringsmodellen kan benyttes
2. Definere og godkjenne tilstrekkelig utprøving

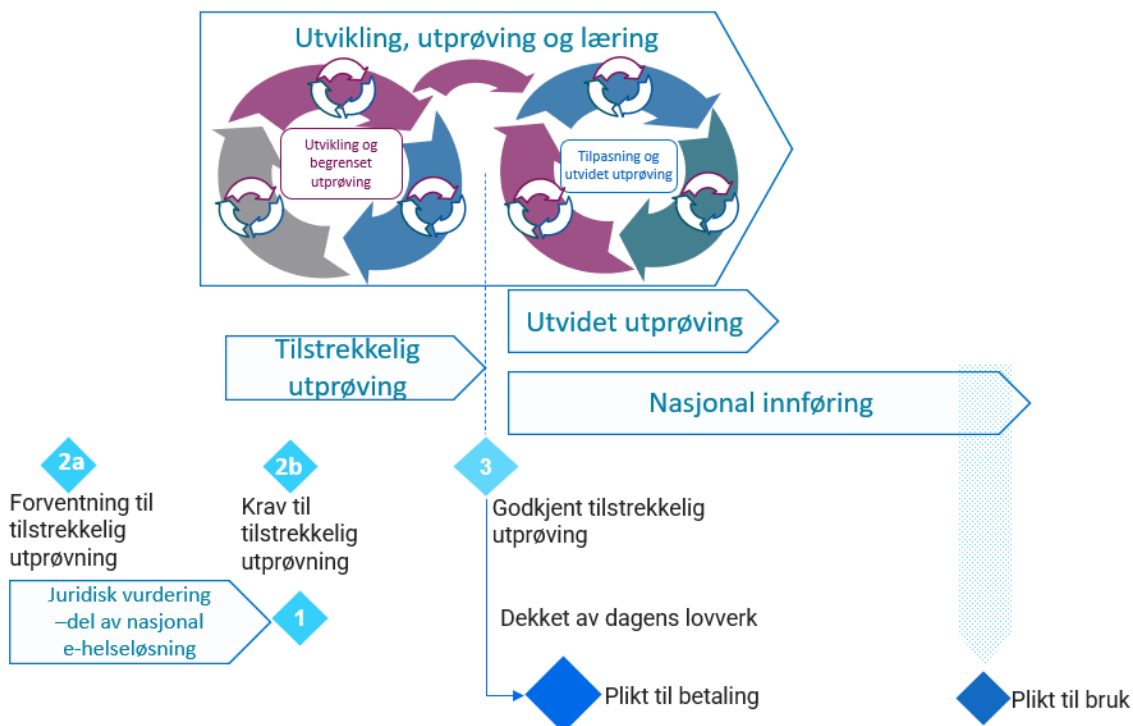
### **Prosedyrer og rutiner som må gjennomføres**

Før oppstart av utviklingsarbeidet, bør det defineres, kort og overordnet hva forventning til tilstrekkelig utprøving er, det vil si minimumsversjon (MVP) som er god nok, og der plikt til betaling kan innføres dersom det juridiske også er på plass. 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 hver samhandlingstjeneste.

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

Tilstrekkelig utprøving ikke det samme som klart til nasjonal innføring for alle målgrupper og EPJ-systemer, men kun for målgruppene og journalsystemene som inngår i utprøvingen. For andre målgrupper eller EPJ-systemer, kan utvidet utprøving starte.



Milepælene som er skissert i figuren er nærmere beskrevet her:

1. Juridisk vurdering om tjenesten kan defineres inn under de nasjonale e-helseløsningen og dermed at finansieringsmodellen for drift og forvaltning kan benyttes
  - Kan gjennomføres relativt tidlig når det er klart hvilke løsninger tjenesten bygger på
  - Råd fra Norsk helsenett og Helsedirektoratet
  - Besluttes av Helse og omsorgsdepartementet
2. Tilstrekkelig utprøving defineres i flere iterasjoner
  - a. Forslag til tilstrekkelig utprøving behandles i rådsmodellen som en del av behandlingen av investering som øker drift- og forvaltningskostnader.
  - b. Krav tilstrekkelig utprøving behandles i styringsgruppen. Beslutning fattes av eier
3. Tilstrekkelig utprøving godkjennes
  - a. Utprøving vil foregå i flere omganger, hos flere aktører, gjennom begrensede utprøvinger som til sammen dekker «tilstrekkelig utprøving».
  - b. Rette instanser godkjenner (Norsk helsenett, Helsedirektoratet, aktører/brukere/leverandører)
  - c. Endelig godkjenning må gjøres av eier basert på råd fra styringsgruppen

### 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.

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. Dekker tjenesten helsefaglige behov?
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 utprøvning
Tjenesten må være testet i samhandling mellom relevante aktører	Roller og ansvar mellom aktørene som skal samhandle bør være definert og testet.
Norsk helsenett 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?
Helhetsvurdering	Må være prøvd ut i et omfang stort nok som kan gi indikasjoner på at den samfunnsøkonomiske nytten samsvarer med slik det er antatt i konseptfasen.

### Videre saksprosess

Helsedirektoratet vil levere råd til Helse og omsorgsdepartementet innen 1.6.2024 om hensyn som skal ivaretas, og prosedyrer/rutiner som bør gjennomføres før nye tjenester knyttet til nasjonale e-helseløsninger overføres til forvaltning med tilhørende **plikt til betaling**.

Til Møte 2/24  
Dato 15.05.2024  
Saksnummer 19/24  
Innretning Drøfting

Sakseier Lucie Aunan  
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

## Nasjonal e-helseportefølje

### Forslag til vedtak

NUIT drøftet status og fremlagte utfordringer i porteføljen og ba relevante aktører ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.

### Hensikt med saken

Hensikt med saken er å rapportere status på den nasjonale e-helseporteføljen, samt aktuelle temaer.

### Bakgrunn

Status på tiltakene i den nasjonale e-helseportefølje rapporteres 3 ganger årlig. Dette er rapporteringen per 4.april 2024.

### Status i Nasjonal e-helseportefølje

Den nasjonale e-helseporteføljen består nå av 34 aktive tiltak. Et tiltak melder rød status og risiko – Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner. Det er syv nye tiltak i porteføljen og fem tiltak er ferdigstilt i perioden. Tre tiltak er fortsatt på pause.

### Aktuelle tema fra rapporten

Program digital samhandling er nå lagt ned og det rapporteres på digital samhandling som enkeltstående tiltak. Dette har medført en synliggjøring av flere **avhengigheter** til Nasjonale e-helseløsninger. Det er også en betydelig økning i antall avhengigheter til EPJ-leverandører ved denne rapportering.

Tiltaket **Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner** melder rød status og risiko grunnet manglende finansiering for drift og videreutvikling av tjenesten. Prosjektet har ikke finansiering til drift eller utvikling etter april 2024. Konsekvensen av manglende finansiering er at løsningen må tas ned og eksisterende bruk må avsluttes. Videre er det behov for å evaluere tiltaket og behovet for løsningen.

Det er fortsatt behov for **syntetiske testidentiteter for verifikasjon** av funksjonalitet på Helsenorge i produksjon, søknad om behovet er sendt Skatteetaten. **Syntetiske testpersoner og testmiljø** er under

utvikling gjennom Testunivers som Norsk Helsenett SF er eier og utvikler. Testunivers er også et nytt tiltak i porteføljen.

**Pasientens prøvesvar** er forsinket i forhold til opprinnelig plan, og det meldes risiko for forsinket oppstart av utprøving for helsehjelp. Også fremdriften for **Pasientens legemiddelliste** melder om forsinkelser etter opprinnelig plan, og risiko for at satsningen blir mer kostbar enn satsningen tilsa.

**Deling av pasientens journaldokumenter** gjennom Tillitsrammeverk planlegges oppstart i andre kvartal i år og vi gratulerer tiltaket Pasientens journaldokumenter som vant eHelse-prisen fra Den norske Dataforeningen!

Drøftingsspørsmål:

- Har NUIT innspill til status og utfordringer i porteføljen?

### **Videre saksprosess**

Nasjonal portefølje følges opp 3 ganger per år og utfordringer og avhengigheter drøftes jevnlig i NUIT. Tiltakseier bes ta råd fra NUIT med seg i det videre arbeidet.

Se statusrapport for nasjonal e-helseportefølje i april:

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-e-helseportefolje-april-2024>



Til Møte 2/24  
Dato 15.05.2024  
Saksnummer 20/24  
Innretning Drøfting

Sakseier Anne-Lise Härter, Apotekforeningen  
Saksbehandler Anne-Lise Härter, Apotekforeningen

## Apotekenes nye felles bransjeløsning, Eik.

### Forslag til vedtak

NUIT drøftet hvordan innføringen av Apotekenes nye felles journal og samhandlingsløsning kan bidra til økt verdi/økt pasientsikkerhet og bedre samhandling med annet helsepersonell. Apotekforeningen tar med seg innspill og refleksjoner gitt i møtet i videre arbeid.

### Hensikt med saken

Apotekforeningen ønsker å orientere NUIT om apotekenes nye felles journal og samhandlingsløsning, Eik, samt få innspill til hvordan innføring av denne løsningen kan bidra til økt verdi/økt pasientsikkerhet og bedre samhandling med annet helsepersonell.

### Bakgrunn

Alle apotekene i Norge har blitt enige om å lage en ny felles bransjeløsning som heter Eik. Eik skal sammen med apotekenes egne forretningsløsninger erstatte dagens lokale apoteksystem FarmaPro, en løsning som er basert på gårsdagens IT-teknologi.

Eik er en samhandlingsløsning og en felles pasientjournal som vil gjøre det mulig å utveksle dokumentasjon knyttet til resephåndtering og farmasøytiske tjenester for den enkelte pasient på en sikker måte mellom de ulike apotekene. Det blir dermed mulig å gi bedre pasientveiledning, som igjen vil bidra til riktigere legemiddelbruk og bedre etterlevelse av forskrevet behandling.

Eik vil sørge for et felles grunnlag for håndtering av resepter og helsetjenester og legge til rette for standardisering og lik praksis i alle apotek. Løsningen er felles integrasjonspunkt for alle apotek mot eksterne aktører, løsninger og myndigheter. Innføringen av Eik bidrar til bedre samhandling ved bl.a. å legge til rette for bruk av nasjonale e-helseløsninger på en standardisert og lik måte for apotek. Eik gir apotekbransjen helt nye muligheter for videreutvikling og innovasjon.

De viktigste komponentene i den nye apotekløsningen er:

- Resepthåndtering
- Refusjon og oppgjør
- Dokumentasjon og journalføring
- Rapportering og statistikk

Det er etablert en avtale- og styringsmodell som

- Sikrer aktørenes etterlevelse av §9 i Pasientjournalloven – dvs. sikrer at de krav som stilles til virksomheter som samarbeider om behandlingsrettede helseregistre, er ivaretatt.
- Sikrer felles porteføljestyling av felles apotekløsning, Eik.

### **Drøfting**

Hvordan kan innføringen av Apotekenes nye felles journal og samhandlingsløsning, Eik, bidra til økt verdi/økt pasientsikkerhet og bedre samhandling med annet helsepersonell?

### **Videre saksprosess**

Ny apotekløsning er under nasjonal innføring, og pr. april 2024 er løsningen i bruk i ca. 250 apotek. Løsningen skal være i bruk i alle landets apotek (ca. 1050) ila. 2025.

Innspill fra NUIT tas med i videre arbeid med løsningen.

Til Møte 2/24  
Dato 15.05.2024  
Saksnummer 21/24  
Innretning Drøfting

Sakseier Anne-Lise Härter, Apotekforeningen  
Saksbehandler Hilde Ariansen og Maren Krogh

## Utprøving av digital dialog mellom fastlege og apotek

### Forslag til vedtak

NUIT drøftet hvordan innføring av digital dialog kan effektivisere arbeidsprosesser og samhandling knyttet til pasientenes legemiddelbehandling. Apotekforeningen tar med seg innspill og refleksjoner gitt i møtet i videre arbeid.

### Hensikt med saken

Informere NUIT om resultatet fra prosjekt utredning digital dialog mellom fastlege og apotekfarmasøyt samt få innspill til den planlagte piloten som skal gjennomføres som oppfølging til utredningen.

### Bakgrunn

Farmasøyter i apotek skal godkjenne resept og foreta en faglig vurdering før resepten kan ekspederes. I dag er det telefon som brukes dersom man har behov for å innhente informasjon. Det er tidkrevende, forstyrrer arbeidsprosesser og i tillegg finnes det ikke systemstøtte for dokumentasjon av kontakten hverken hos farmasøyt eller lege.

Høsten 2020 foreslo Apotekforeningen, Norges Farmaceutiske Forening, Norsk forening for Allmenntilleggsmedisin og Allmennlegeforeningen overfor Helse- og omsorgsdepartementet at departementet skulle ta initiativ til å utrede en løsning for digital dialog mellom fastlege og apotekfarmasøyt om den enkelte pasient som del av programmet Pasientens legemiddelliste. I etterkant har lite skjedd fra myndighetenes side, utover at NOU2023:2 «Fremtidens apotek – fleksibelt og forsvarlig anbefalte at det etableres en helsefaglig dialogmelding mellom apotek og rekvirent.

Høsten 2022 besluttet derfor de samme aktørene seg for å utrede behovet for en slik løsning med tilhørende løsningsalternativer. Det ble etablert en arbeidsgruppe og en styringsgruppe bestående av representanter fra de respektive organisasjonene. Arbeidet ble igangsatt våren 2023 (omtalt på [apotek.no](https://www.apotek.no).)

## Rapportens anbefaling og styringsgruppens vedtak

Utredningen anbefalte at det skal gjennomføres en begrenset pilot for å teste ut digital dialog mellom fastlege og apotekfarmasøyt. Formålet med piloten er å etablere og teste kjøreregler for bruk av digitale meldinger og telefonhenvendelser mellom fastlege og apotekfarmasøyt for den enkelte pasient. Piloten skal også vurdere økonomiske konsekvenser og nytte av digitale meldinger.

Utredningen anbefalte videre at helsefaglig dialog 1.0 benyttes for å sende digitale meldinger. Alle fastleger har allerede funksjonalitet for å ta imot dialogmelding 1.0.

En fremtidig digital meldingsfunksjon bør også være integrert med apotekenes resepsystem og pasientens journal i Eik. Eik er under innføring i alle landets apotek og det er foreløpig ikke utviklet slik funksjonalitet i apotekløsningen. Imidlertid kan apotek som benytter Helseboka få tilgang til å sende dialogmelding til alle landets fastleger. Det er derfor besluttet å benytte dialogfunksjonen i Helseboka i en pilot og at piloten skal gjennomføres i et område hvor det er et begrenset antall apotek og fastleger.

### Øvrige anbefalinger

Utredningen anbefalte at det også arbeides videre med noen identifiserte problemstillinger:

- Opprydding i bruken av merknadsfeltet på resepten
- Behov for at Norsk helsenett SF må stille tydelige krav til EPJ for å forbedre datakvalitet på resepter
- Riktig bruk av e-resept
- Forenkle kodeverk for intervensjoner og redusere omfang intervensjonsmeldinger
- Veileder/retningslinje for bruk av telefon (gjøres som del av pilot)
- Følge opp henvendelse til Direktoratet for medisinske produkter om håndtering av legemiddelmangel for å unngå krav om unødig kontakt med rekvirent

### **Drøfting**

Har NUIT innspill til andre områder hvor innføring av digital dialog kan bidra til riktigere legemiddelbruk og bedre etterlevelse av forskrevet behandling? Kan innføring og bruk av digital dialog i apotek effektivisere arbeidsprosesser og bidra til bedre samhandling med øvrige aktører i heletjenesten?

### **Videre saksprosess**

Piloten er under planlegging og vil sannsynligvis gjennomføres i perioden oktober 24 - april 25. Rapport fra gjennomføringen med anbefalinger om videre prosess skal etter planen foreligge i april 2026. Innspill fra NUIT tas med i videre arbeid med planlegging av piloten.

Til Møte 2/24  
Dato 15.05.2024  
Saksnummer 22/24  
Innretning Drøfting

Sakseier Styringsgruppa for Digitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten  
Saksbehandler Bjørnar Hafell

## Digitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten

### Forslag til vedtak

NUIT støtter initiativet om å starte og forme sammen i den offentlige tannhelsetjenesten, og peker på viktigheten av at den offentlige tannhelsetjenesten kobles på nasjonale prosesser og digitale samhandlingsløsninger, i tett samarbeid med KS.

### Hensikt med saken

Saken løftes inn til nasjonal rådsmodell for e-helse for å orientere om prosessen og forankring av vårt arbeid hos sentrale fagpersoner innen e-helse både med tanke på helsefag, arkitektur og innbyggernes behov.

Styringsgruppa for Digitalisering av Den offentlige tannhelsetjenesten ønsker å få innspill og råd på prosess, retning og andre nasjonale prosjekter som kan påvirke hvordan vi løser vårt oppdrag eller som kan legge føringer for valg av konsept litt fram i tid.

Målet med prosjektet er å bedre den offentlige tannhelsetjenestens løsninger for lovpålagt dokumentasjon av sin kliniske virksomhet, med særlig fokus på digital samhandling med andre deler av helsetjenesten. Bedre analysekapasitet og styring av tjenesten står også sentralt. Gjennom bedre digital integrering, siktes det mot en helhetlig tilnærming til pasientbehandling hvor pasienten står i sentrum, og munnhelsen sees i sammenheng med den generelle helsen.

### Bakgrunn

Digitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten er nødvendig for å imøtekomme demografiske endringer i befolkningen, og behovet og forventningene innbyggerne har til helsetjenesten. Videre er resten av helsetjenesten i en omfattende digitaliseringsprosess for å imøtekomme fremtidens økende behov for helsetjenester.

Ifølge SSB mottok over 1,5 millioner nordmenn tjenester fra den offentlige tannhelsetjenesten i 2022, og den lovpålagte prioriteringen tilsier at dette i utstrakt grad var særlig utsatte befolkningsgrupper som blant annet barn, personer på institusjon eller brukere av andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

Sektoren er i utstrakt grad avhengig av støtte og samarbeid med andre tjenester i fylkeskommunen, det offentlige helsevesenet og tjenester i kommunal, statlig og privat sektor for å kunne levere gode, effektive og trygge helsetjenester til innbyggerne.

Den offentlige tannhelsetjenesten har mangelfull tilgang til nasjonale e-helseløsninger og er ikke tilstrekkelig omfattet av nasjonal strategi for e-helse. Dette fører til et fragmentert samhandlingsforløp mellom tannhelsetjenesten og de øvrige helseaktørene, ikke minst en manglende oversikt over viktig helseinformasjon på tvers av aktørene. Tannhelsetjenesten er helt avhengig av tilgang på blant annet SFM og Kjernejournal å tilby effektiv helsehjelp til pasienten, ikke minst er det avgjørende for pasientsikkerheten at andre helseaktører også får oversikt over utført helsehjelp i tannhelsetjenesten.

Samhandling og koordinering av behandlingsforløp på tvers av offentlige og private helsetjenester og digitalisert informasjonsutveksling mellom disse, er forutsetninger for å sette pasientens behov i sentrum. Denne samhandlingen må digitaliseres, effektiviseres og utbedres for å sikre gode tannhelsetjenester også i fremtiden.

Med bakgrunn i dette er det iverksatt et arbeid i regi av fylkeskommunen, i tett samarbeid med KS, hvis formål er å:

1. Utrede mulighetene og forberede for anskaffelse av nytt pasientjournalssystem i den offentlige tannhelsetjenesten, enten i fellesskap eller for hver enkelt fylkeskommune
2. Arbeide for at den offentlige tannhelsetjenesten får tilgang til relevante nasjonale e-helseløsninger og digitale samhandlingsløsninger som understøtter et helhetlig pasientforløp mellom helseaktørene, som en del av den nasjonale strategien for e-helse

En nærmere beskrivelse av arbeidet er lagt ved.

Styringsgruppen for arbeidet består av deltakere fra fylkeskommunene og KS, ledet av Bjørnar Hafell, fylkestannlege i Trøndelag fylkeskommune. Styringsgruppen rapporterer til Fylkeskommunekollegiet, et utvalg der alle fylkeskommunedirektører deltar fra alle fylker i Norge.

Løypemelding ble gitt til fylkeskommunekollegiet 18. april. Toppnotat fra møtet vedlagt.

I NUFA 24. april fikk styringsgruppen følgende tilbakemeldinger:

- Arbeidet som gjøres av Norsk Helsenett for å lage et [tillitsrammeverk](#) er sentralt for prosjektet vårt, og DOT og tannhelsetjenesten må snakke litt med aktuelle personer som jobber med dette.
- Legemiddelkjeden ble tatt opp her, og at det er viktig at vi også deltar og bidrar med informasjon om hva vi gir våre pasienter av medikamenter. Her er det jo en kjent sak at tannlegenes rolle i «*Pasientens Legemiddelliste*» må gjøres om, slik at tannhelsepersonell ikke bare har «leserett» men også «skriverett».
- Representanten for fastlegene påpekte at samhandling er et fint ord, men at det å utveksle meldinger med hverandre ikke nødvendigvis er bare til gode for pasient og helsepersonell.
- Det ble også påpekt at det finnes mange forskjellige standarder for meldingsutveksling og at det er viktig at man er oppdatert og kan samhandle med andre på de nyeste standardene.
- Det ble tydeliggjort at vi bør presisere tydeligere prosjektets omfang med tanke på skillet mellom offentlig og privat sektor. Det var uklart for noen av deltakerne om vi så for oss noe som skulle gjelde for tjenesten som helhet, eller om det kun skulle være for DOT.
- Det ble oppfordret til at vi oppretter dialog med Helsefelleskapene for å kunne sikre forankring der.
- Helsedirektoratet og standardiseringsmiljøet der må kobles på (det er allerede gjort).
- Arbeidet som gjøres i KS med utvikling av «[Felles rammer og anbefalinger](#)» ble nevnt som et viktig underlag å ha med seg i arbeidet.

## Videre saksprosess

Prosjektet er forankret i fylkeskommunekollegiet, der alle fylkeskommunedirektørene sitter. Den overordnede milepælsplanen kan oppsummeres som følger:

- Oppstart – september 2023: Mandat godkjent i fylkeskommunekollegiet
- Milepæl 1 – vinterferien 2024: Leveransene fra starte sammen fasen
- Milepæl 2 – Sommeren 2024: Ferdig forankret leveransene fra starte sammen fasen
- Milepæl 3 – Påskeferien 2024: Oppstart forme sammen fasen
- Milepæl 4 – Høstferien 2024: Leveransene fra forme sammen fasen
- Milepæl 5 – juleferien 2024: Ferdig forankret leveransene fra forme sammen fasen
- Milepæl 6 – primo 2025: Eventuell oppstart av levere sammen fasen

Før oppstart av Milepæl 6 må vi ha et vedtak i fylkeskommunekollegiet som gir oss mandat til å iverksette en anskaffelsesprosess.

## Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Saksnummer	Tittel på sak	Vedtak
12/24	NUFA – Digitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten	NUFA drøftet saken og ba Styringsgruppen for Digitalisering av Den offentlige tannhelsetjenesten ta med seg innspill gitt i møte. Nasjonal rådsmodell for e-helse vil også gi prosjektet råd/innspill i etterkant dersom man ser at det er forhold nasjonalt av betydning for prosjektet.

## Behandling i øvrige fora

Dato	Tittel på sak	Vedtak
12.04.2024	Fagrådet for virksomhetsarkitektur – Digitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten	
16.04.2024	FPU e-helse – Digitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten	
Sak 2 18.04.2024	Fylkeskommunekollegiet – Digitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fylkeskommunekollegiet tar løypemeldingen fra starte sammen fasen og faseplan for forme sammen fasen til orientering.</li><li>• Fylkeskommunekollegiet anbefaler at fylkeskommunene bidrar med tid og ressurser inn i fase 2 av arbeidet med å forme sammen den videre tilnærmingen og innretningen til journalsystem for tannhelse</li></ul>
Sak 1 30.04.2024	DU - Digitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten	



Til Møte 2/24  
Dato 15.05.2024  
Saksnummer 23/24  
Innretning Drøfting

Sakseier Lucie Aunan  
Saksbehandler Elin H. Kindingstad, Inger Anette Finrud

## Områdeplan – aktiv innbygger forslag til prioriterte nasjonale tiltak

### Forslag til vedtak

NUIT 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 hjelpe sektor i deres arbeidet med 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 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.

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

### Bakgrunn

I nasjonal e- helse strategi 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.

Nasjonale 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 mål bilde.

Målbildet ble behandlet i NUFA i sak 38/23. Innspillene fra NUFA var i hovedsak:

- det er avgjørende at innbyggers helsekompetanse er tilstrekkelig for å kunne ta mer ansvar, gjøre mer selv og ta i bruk løsninger.
- Viktig å prioritere tjenester som avlastet helsetjenesten.
- innbygger kan ansvarlig gjøres mer, og gjøre deler av det helsepersonell gjør i dag.
- Viktig å legge til rette for at innbyggere kan lære å mestre tjenestene på Helsenorge.
- Innbygger som finner feil i journal, må kunne melde dette til helsetjenester slik at kvalitet på journal forbedres.
- Det er viktig at innbygger kan dele relevante data fra helseapper med legen. I slike tilfeller kan det være nyttig at informasjonen også finnes på Helsenorge.

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

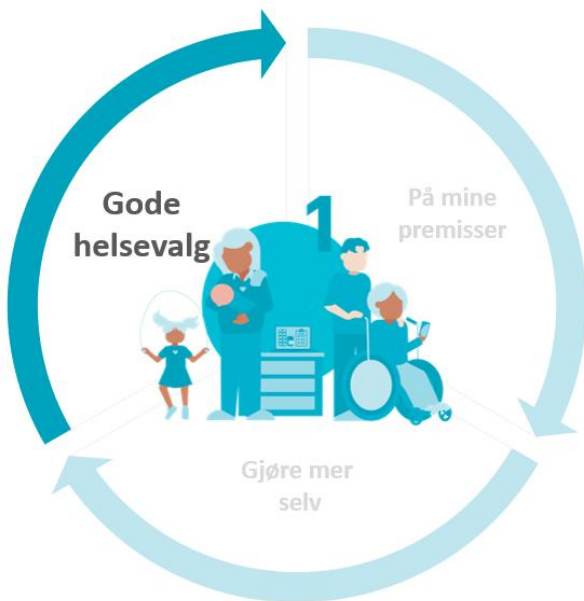
I arbeidet med GAP-analysen kom det frem at innbygger fortsatt opplever at de mangler tilgang til digitale verktøy som kan styrke deres mulighet til å ta en aktiv rolle i egen helse, sykdom, behandling, oppfølging og mestring, og at det er store geografiske ulikheter i tjenestetilbudet. Innbyggerne og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

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

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>.

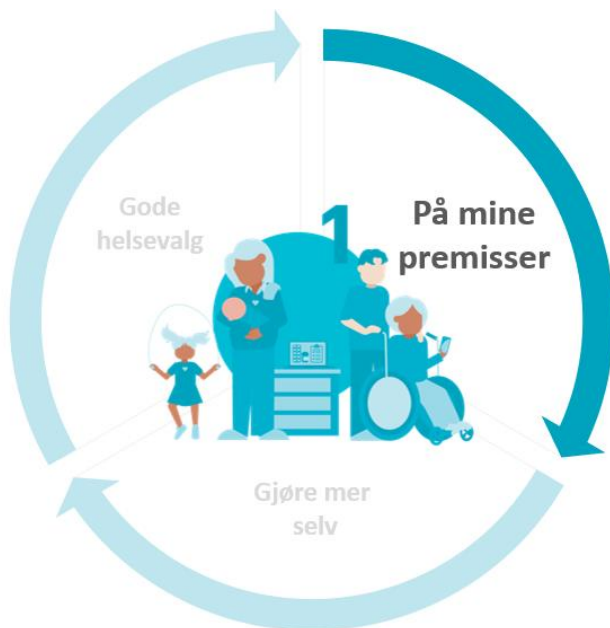
Skal samfunnet kunne ha et bærekraftig helsetilbud må innbygger settes i stand til å ta tjenestene i bruk. Det er derfor en viktig oppgave for alle helse- og omsorgstjenester å bistå pasienter og brukere til å håndtere egen sykdom og mestre egen helse.<sup>2</sup>

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.

Det er indentifisert 3 delmål for i møtekomme 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.

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

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

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 helsevesenet.<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.

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

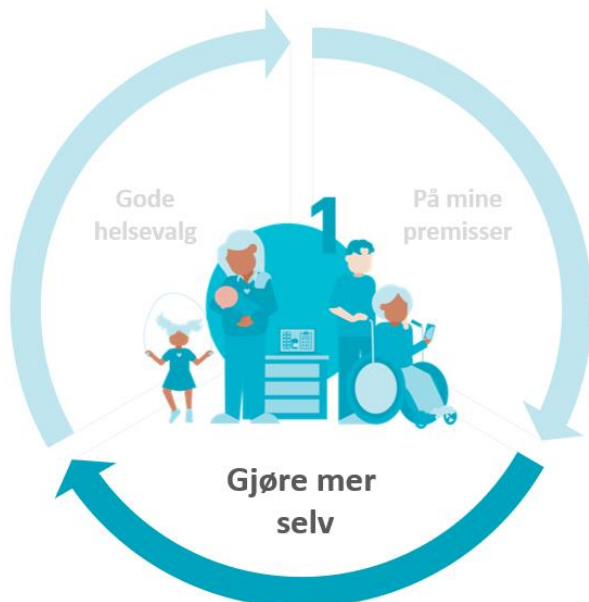
1. Innbyggers behov ligger til grunn for oppfølging og mer kan følges opp hjemme
2. Innbyggers rettigheter er bygget inn i de digitale tjenestene
3. Innbygger kan registrere pårørende og gir dem rettigheter og fullmakter knyttet til helsehjelpen
4. Innbygger kan bestille, flytte og avlyse avtaler.

---

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

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

## 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 innbyggere 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>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 legeforening \(tidsskriftet.no\)](#)

<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

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 klarer ikke aktiviserer 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.

Applikasjonene 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. 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
- Etablere nasjonal infrastruktur for deling av data

### **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 ingen 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.

#### **Videre saksprosess**

- Har NUIT innspill til målbildet som er utarbeidet- er det mangler eller noe dere mener bør tas ut?
- Er det momenter som NUIT savner i den pågående gap-analysen?
- Har NUIT innspill til forslagene til tiltak som skal dekke gapene i analysen?
- Vi ønsker at NUIT stiller seg bak arbeidet som er gjort, og at de kommer med innspill på de foreslåtte prioriteringene.

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

<b>Saksnummer</b>	<b>Tittel på sak</b>	<b>Vedtak</b>
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



Til Møte 2/24  
Dato 15.05.2024  
Saksnummer 24/24  
Innretning Drøfting

Sakseier Lucie Aunan  
Saksbehandler Sveinung Tornås, Hilde Lovett

## Felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten

### Forslag til vedtak

NUIT støtter at de foreslåtte tiltaksområdene er dekkende. Innspillene fra diskusjonen i NUIT 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 dette er under arbeid, ønsker vi allerede nå å orientere NUIT om arbeidet med felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten, drøfte om utkast til plan er dekkende og få innspill fra NUIT på prioriteringer.

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 (se vedlagt mandat for KI-rådet).

<sup>1</sup> [TB2024-34: Kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten](#)

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 skal beskrive pågående delprosjekter og forvaltningsoppgaver og anbefalte nye tiltak.

### Videre saksprosess

- Deltakere med bred sammensetning fra hele helse- og omsorgssektoren er invitert til innspillsmøte 23. mai for å diskutere utvalgte tiltaksområder.<sup>2</sup>
- Sektoren vil bli invitert til å gi skriftlige innspill på versjon 0.7 av planen i slutten av mai.
- Felles KI-plan skal drøftes og besluttes i det nyopprettede "KI-rådet"<sup>3</sup>.
- Anbefalingene vil forankres i ledelsen i Helsedirektoratet, som er avsender av planen.

### Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Sak	Tema	Vedtaksformulering
NUFA 9/24	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.	NUFA drøftet saken og ba Koordineringsprosjektet for KI ta med seg NUFA sine innspill i det videre arbeidet
Nasjonalt e-helseråd 38/23	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.	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.
NUIT 50/23	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	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

<sup>2</sup> [Innspillsmøte i forbindelse med felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten - Helsedirektoratet](#)

<sup>3</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).

	involveres og hvordan et slikt strategiarbeid bør settes opp.	
NUFA 3/22	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 behov og problemstillinger som er de viktigste å utrede videre.	NUFA tok saken til orientering og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.
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 9A Sak 24-24 Mandat KI-råd

## Mandat KI-råd for helse- og omsorgssektoren

### Bakgrunn

Helsedirektoratet har i [sitt tildelingsbrev for 2024 \[TB 2024-34\]](#) fått i oppdrag å videreføre arbeidet med å legge til rette for trygg innføring av KI i helse- og omsorgstjenesten i samarbeid med Direktoratet for medisinske produkter, Helsetilsynet, Folkehelseinstituttet, de fire regionale helseforetakene og KS på egnet vis. Helsedirektoratet skal lede arbeidet. Oppdraget vil besvares ut gjennom et nytt prosjekt: "Rammer og retning for KI i helse- og omsorgstjenesten".

Koordineringsprosjektet "Bedre bruk av kunstig intelligens" ble formelt avsluttet 31.12. 2023. Styringsgruppen for koordineringsprosjektet har fungert som midlertidig koordineringsgruppe i en interimperiode som sammenfaller med interimperioden for sammenslåingen av Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse, dvs. fra 1. januar til 1. april 2024.

Det er behov for å etablere en ny samarbeidsmodell for det nye oppdraget og eventuelt andre prosjekter eller linjeoppgaver som handler om kunstig intelligens i helse- og omsorgssektoren, og som Helsedirektoratet er ansvarlig for.

### Forslag til formål, oppgaver, ansvar, sammensetning, funksjonstid og samarbeidsmodell for KI-rådet

#### Formål

**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.

#### Oppgaver og ansvar

Hensikten med KI-rådet er å kunne løfte, få innspill om, orientere hverandre om og diskutere spørsmål som er av strategisk karakter og/eller av nasjonal interesse for å legge til rette for trygg og effektiv bruk av KI i helse- og omsorgssektoren.

KI-rådet vil være et samarbeidsorgan mellom sentrale aktører, både fra helsemyndighetssiden og fra helse- og omsorgstjenesten. Gjennom KI-rådet kan det også etableres tverrsektorielle og internasjonale samarbeidsarenaer.

**Nasjonal rådsmodell for e-helse** har som formål å samle de sentrale aktørene i helse- og omsorgssektoren om behov, felles strategisk utviklingsretning, prioriteringer og mål for e-helseutviklingen. Ved behov kan saker løftes inn i den nasjonale rådsmodellen.

#### Sammensetning

For å videreføre det gode samarbeidet som ble etablert i koordineringsprosjektet for KI er det ønskelig at de samme aktørene også være deltakere i KI-rådet. Følgende er deltakere pr. 1. april 2024: Helsetilsynet, Folkehelseinstituttet, Helse Sør-øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt RHF, Helse Nord RHF og KS. Kompetansenettverket KIN er observatør. KI-rådet ledes av Helsedirektoratet.

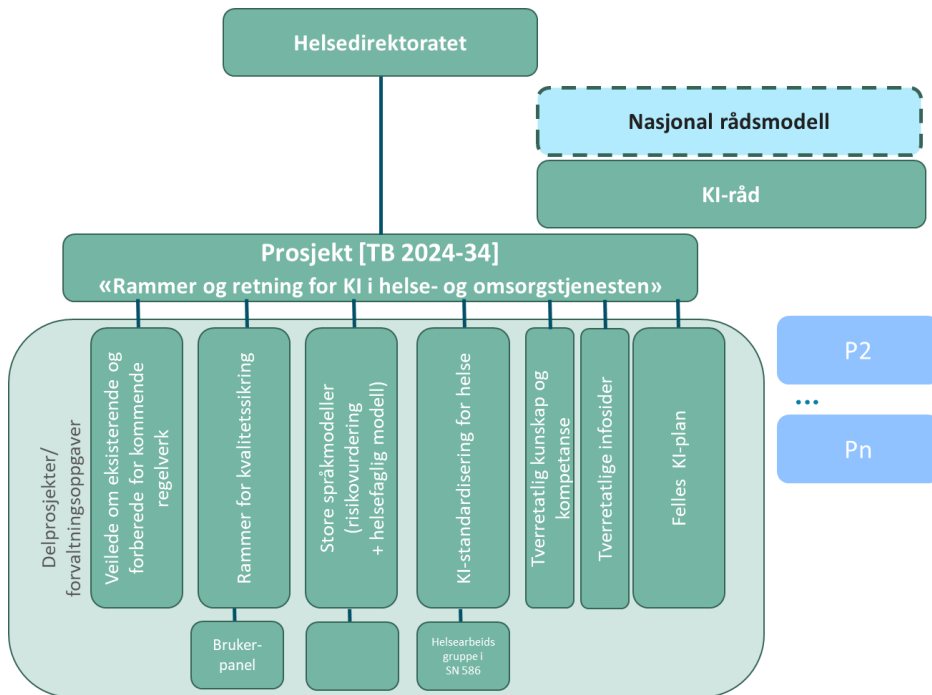
Rådet møtes en ca. tre-fire ganger i halvåret.

#### Funksjonstid

Funksjonstid for medlemmene er i utgangspunktet to år, dvs. ut 2025, og videre form evalueres innen utgangen av 2025.

#### Samarbeidsmodell

Nedenfor er et forslag til samarbeidsmodell.



Til Møte 2/24  
Dato 15.05.2024  
Saksnummer 25/24  
Innretning Drøfting

Sakseier Kristin Brekke, Bergen kommune  
Saksbehandler Lars Nedreliid, Bergen kommune

## Erfaringer fra utprøving av pasientens legemiddelliste i Bergen kommune

### Forslag til vedtak

NUIT ble informert om arbeidet knyttet til pasientens legemiddelliste i Bergen kommune. NUIT ber Bergen kommune og øvrige aktører ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet med bredding av pasientens legemiddelliste.

### Hensikt med saken

Saken løftes inn i NUIT etter ønske fra medlemmene om at Bergen kommune deler sine erfaringer om arbeidet knyttet til pasientens legemiddelliste. Det er ønskelig å drøfte det som er gjort så langt og aktuelle tiltak for videre utbredelse av pasientens legemiddelliste.

### Bakgrunn

Bakgrunnen for saken er overgangen fra utprøvningsprosjekt til videre utprøving og innføring av pasientens legemiddelliste i Helsefelleskapet i bergensområdet og kommuner i nord: Bodø, Tromsø, Rana og Hammerfest.

### Videre saksprosess

Ingen videre saksgang

Til Møte 2/24  
Dato 15.05.2024  
Saksnummer 26/24  
Innretning Orientering

Sakseier Lucie Aunan  
Saksbehandler Erik Hedlund

## Orientering fra Helsedirektoratet

### Forslag til vedtak

NUIT tar sakene til orientering.

### Hensikt med saken

Helsedirektoratet ønsker å orientere NUIT om følgende saker:

1. Status dataansvar
2. Prinsipper for tredjeparts tilgang til utvikling i EPJ

### Bakgrunn

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

#### 1. Status dataansvar

Det ble i statsråd den 2. februar 2024 besluttet at dataansvaret nasjonal kjernejournal og reseptformidleren skal flyttes fra Norsk helsenett SF (NHN) til Helsedirektoratet. Dataansvaret omfatter ikke eierskap til tekniske løsninger eller løsningsutvikling. Dette skal fortsatt ligge til NHN. Videre er det bestemt at NHN skal være databehandler. Oppgavefordelingen mellom dataansvarlig og databehandler skal være regulert i en databehandleravtale. Departementet har lagt til grunn at endringene ikke skal bidra til merarbeid, duplisering av kompetanse eller endringer i økonomiske eller administrative kostnader av betydning. Det er god dialog mellom partene om en databehandleravtale, og vi er nå i slutføringen av arbeidet. Departementet beslutter når endringen skal tre i kraft.

#### 2. Prinsipper for tredjeparts tilgang til utvikling i EPJ

Helsepersonell opplever at mange av dagens løsninger fortsatt har utilstrekkelig funksjonalitet og dårlig brukeropplevelse. De bruker mye tid på å innhente og registrere informasjon, og annet manuelt arbeid. Dette tar tid fra direkte pasientrettet arbeid. Elektronisk pasientjournal (EPJ) er et av de viktigste arbeidsverktøyene for helsepersonell i arbeidshverdagen. Det er helt nødvendig at EPJ

løpende videreutvikles for å støtte opp under helsepersonell sine behov. Vi har observert at EPJ-leverandørene har utfordringer med å holde tritt med det økende behovet for modernisering av eksisterende digitale løsninger og utvikling av nye. Tredjepartsapplikasjoner kan være et godt virkemiddel for å øke endringsevnen og gjennomføringstakten i IT-utviklingen. Der EPJ-leverandørene av ulike årsaker ikke kan eller ønsker å lukke de funksjonelle behovene, kan tredjepartsleverandører bidra med skreddersydde applikasjoner. Bruken av slike applikasjoner i helse- og omsorgssektoren er lav, blant annet fordi det er mange spørsmål og problemstillinger som knytter seg til bruken av tredjepartsapplikasjoner. Helsedirektoratet er i gang med å vurdere brukstilfeller det kan være fornuftig å bruke tredjepartsapplikasjoner, og hvilke forutsetninger som må på plass. Målet er å gi tydeligere krav og anbefalinger på dette området. Vi er avhengige av et tett og godt samarbeid med aktørene om dette, og avklarer prosess og involvering før sommeren. Arbeidet skal fortrinnsvis skje gjennom initiativer som er i fart og tar tak i konkrete brukerbehov, og støtte seg på etablerte fora og nettverk.