Helsedirektoratet

# Møte i Nasjonalt e-helseråd

**12. juni 2025**

Ytringsrommet, Helsedirektoratet, Storo

# Stedfortredere til dagens møte

- Eva Buschmann, FFO, stiller for Lilly Ann Elvestad.
- Odd Martin Solem, Norsk helsenett SF, stiller for Johan Ronæs (i starten)

# Agenda Nasjonalt e-helseråd 12. juni 2025

| Saksnr | Agenda Nasjonalt e-helseråd 12. juni 2025 | Presenter saken | Tid | Sakstype |
|---|---|---|---|---|
| 11/25 | Godkjenning av innkalling og dagsorden | Rune Simensen, **Helse Sør-Øst RHF** | 10:00 | Godkjenning |
| 12/25 | Godkjenning av referat fra Nasjonalt e-helseråd 20. mars 2025 | Rune Simensen, **Helse Sør-Øst RHF** | 10:05 | Godkjenning |
| 13/25 | Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier | Norunn Saure og Per Ludvig Skjerven, **Helsedirektoratet** | 10:15 | Drøfting |
| 14/25 | Vurdering av behov for endring av samtykkebestemmelsene for kjernejournal for et digitaliseringsvennlig regelverk | Erik Hedlund, **Helsedirektoratet**<br>Kristin Lyng, **Norsk helsenett SF** | 10:55 | Drøfting |
| | **Lunsj** | | **11:35** | |
| 15/25 | Anbefaling til justert prismodell 2026 for de nasjonale e-helseløsningene | Kari Jørgensen og Randi Halle-Knutzen, **Norsk helsenett SF** | 12:05 | Drøfting |
| | **Pause** | | **12:45** | |
| 16/25 | Bruk av store språkmodeller i helse- og omsorgssektoren | Sveinung Tornås, **Helsedirektoratet**<br>Rune Simensen, **Helse Sør-Øst RHF,** og Tobias Iveland, **Legeforeningen** | 12:55 | Drøfting |
| 18/25 | Evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse | Siv Ingebrigtsen, **Helsedirektoratet** | 13:55 | Drøfting |
| | **Pause** | | **14:35** | |
| 17/25 | Endringer i mandat for Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger | Siv Ingebrigtsen, **Helsedirektoratet** | 14:45 | Drøfting |
| 19/25 | Orientering fra Helsedirektoratet | Lucie Aunan, **Helsedirektoratet** | 15:25 | Orientering |
| 20/25 | Eventuelt | Rune Simensen, **Helse Sør-Øst RHF** | 15:55 | |

# Visjon: Sammen om helhetlige, trygge og nyskapende tjenester som fremmer helse og mestring

**Overordnede mål**

| Kvalitet og sammenheng i tjenestene | Bærekraftig helse- og omsorgssektor | Innovasjonskraft |
|---|---|---|

**Strategiske mål**

Aktiv medvirkning i egen og næres helse

Enklere arbeidshverdag

Helsedata til fornying og forbedring

Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling

Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft

Sak 13: Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier

# Visjon: Sammen om helhetlige, trygge og nyskapende tjenester som fremmer helse og mestring

**Overordnede mål**

| Kvalitet og sammenheng i tjenestene | Bærekraftig helse- og omsorgssektor | Innovasjonskraft |
|---|---|---|

**Strategiske mål**

Aktiv medvirkning i egen og næres helse

Enklere arbeidshverdag

Helsedata til fornying og forbedring

Sak 14: Vurdering av behov for endring av samtykkebestemmelsene for kjernejournal for et digitaliseringsvennlig regelverk

Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling

Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft

# Visjon: Sammen om helhetlige, trygge og nyskapende tjenester som fremmer helse og mestring

**Overordnede mål**

| Kvalitet og sammenheng i tjenestene | Bærekraftig helse- og omsorgssektor | Innovasjonskraft |
|---|---|---|

**Strategiske mål**

Aktiv medvirkning i egen og næres helse

Enklere arbeidshverdag

Helsedata til fornying og forbedring

Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling

Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft

Sak 15: Anbefaling til justert prismodell 2026 for de nasjonale e-helseløsningene

# Visjon: Sammen om helhetlige, trygge og nyskapende tjenester som fremmer helse og mestring

**Overordnede mål**

| Kvalitet og sammenheng i tjenestene | Bærekraftig helse- og omsorgssektor | Innovasjonskraft |
|---|---|---|

**Strategiske mål**

Aktiv medvirkning i egen og næres helse

Enklere arbeidshverdag

Helsedata til fornying og forbedring

Sak 16: Bruk av store språkmodeller i helse- og omsorgstjenesten

Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling

Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft

# Visjon: Sammen om helhetlige, trygge og nyskapende tjenester som fremmer helse og mestring

**Overordnede mål**

| Kvalitet og sammenheng i tjenestene | Bærekraftig helse- og omsorgssektor | Innovasjonskraft |
|---|---|---|

**Strategiske mål**

Aktiv medvirkning i egen og næres helse

Enklere arbeidshverdag

Helsedata til fornying og forbedring

Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling

Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft

Sak 17: Endringer i mandat for Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger

# Visjon: Sammen om helhetlige, trygge og nyskapende tjenester som fremmer helse og mestring

**Overordnede mål**

| Kvalitet og sammenheng i tjenestene | Bærekraftig helse- og omsorgssektor | Innovasjonskraft |
|---|---|---|

**Strategiske mål**

Aktiv medvirkning i egen og næres helse

Enklere arbeidshverdag

Helsedata til fornying og forbedring

Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling

Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft

Sak 18: Evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse

# Visjon: Sammen om helhetlige, trygge og nyskapende tjenester som fremmer helse og mestring

**Overordnede mål**

| Kvalitet og sammenheng i tjenestene | Bærekraftig helse- og omsorgssektor | Innovasjonskraft |
|---|---|---|

**Strategiske mål**

Aktiv medvirkning i egen og næres helse

Enklere arbeidshverdag

Helsedata til fornying og forbedring

Sak 16: Bruk av store språkmodeller i helse- og omsorgstjenesten

Sak 14: Vurdering av behov for endring av samtykkebestemmelsene for kjernejournal for et digitaliseringsvennlig regelverk

Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling

Sak 15: Anbefaling til justert prismodell 2026 for de nasjonale e-helseløsningene

Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft

Sak 18: Evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse

Sak 17: Endringer i mandat for Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger

Sak 13: Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier

Helsedirektoratet

# Sak 11/25: Godkjenning av innkalling og dagsorden

# Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd godkjenner innkalling og dagsorden.

Helsedirektoratet

# Sak 12/25: Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helseråd 20. mars 2025

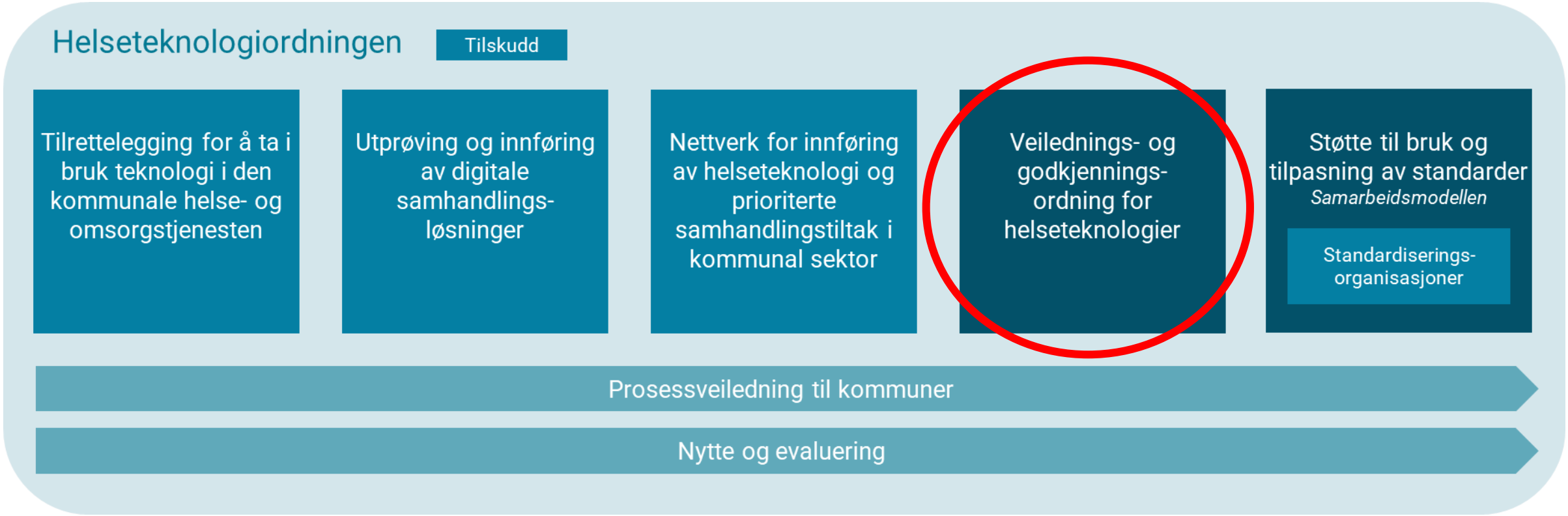
# Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd godkjenner referatet fra møte i Nasjonalt e-helseråd 20. mars 2025.

Helsedirektoratet

# Sak 13/25: Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier

# Helseteknologiordningens virkemidler



# Felles utfordringer gir behov for veilednings- og godkjenningsordning

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Kommunenes behov** | 1. Effektivisering av anskaffelsesprosesser | 2. Tydeligere behovsbeskrivelser og kravspesifikasjoner | 3. Oppdatering på nye krav og reguleringer |
| **Leverandørenes behov** | 1. Effektivisering av anskaffelsesprosesser | 2. Forutsigbarhet og tydelige krav | 3. Legge til rette for innovasjon og konkurranse |

# Vi vil oppnå raskere utbredelse og bygge tillit for bruk av helseteknologi

Bidra til felles forståelse av krav og spesifikasjoner, og hvordan disse skal verifiseres

Enklere anskaffelses-prosesser

Økt samhandling og informasjonsflyt

Økt forutsigbarhet

Tilrettelegge for næringsutvikling og innovasjon

# Oppdraget

- Første versjon innen 1. oktober 2025
- Stegvis utvikling
- Oversikt over leverandører og løsninger som imøtekommer krav og standarder
- Se i sammenheng EHDS
- Tiltak i eksportfremmesatsing på helsenæring
- Bred involvering, formalisert samarbeid

*Vektlegge i større grad standardisering, normering og veiledning for å bidra til at kommunene kan anskaffe journalsystemer som tilfredsstiller krav til sikkerhet, funksjonalitet og samhandling, samt gi leverandørene bedre forutsigbarhet og grunnlag for leveranseevne .*

# Tre brukerscenarier prioriteres i første versjon

**A**

Anskaffelse av system for digital hjemmeoppfølging

**B**

Informasjonssikkerhetskrav –tilbyder av journalsystem

**C**

Anskaffelse av nytt journalsystem med digital samhandling for pleie- og omsorgstjenesten

# Første versjon lanseres 1. oktober

## Krav og godkjenningsprosedyrer for interoperabilitet

Samling av krav og godkjenningsprosedyrer for integrasjon med samhandlingstjenester, e-helseløsninger og helseregistre.

Liste over hvilke produkter som er verifiserte for hvilke integrasjoner.

## Krav til informasjonssikkerhet og personvern

Utvikle rammeverk for trygg digitalisering, som definerer krav innen informasjonssikkerhet og personvern med utgangspunkt i Normen og lovgivningen. Det legges til rette for selvdeklareringsverktøy.

## Brukertilpasset informasjonsverktøy og samlet oversikt

Inngangsport med oversikt over gjeldende og kommende krav og veiledning.

## Aktørnettverk for videreutvikling

Samarbeid om videreutvikling gjennom et aktørnettverk, med representanter fra helse- og omsorgstjenesten, helsenæringen og myndighetene.

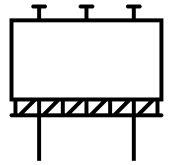
# Krav og selvdeklarering for interoperabilitet

- **VKP (NHN):**
  - Tydelige krav for integrasjon med VKP. Alt innhold knyttet til VKP er samlet i utviklerportalen.
  - Det er etablert en liste over VFT/DHO-systemer som har fått godkjenning eller har selvdeklarert integrasjon mot VKP.
  - Selvdeklareringsverktøy blir vurdert utviklet.
- **Helseregister (FHI):**
  - Oppdaterte krav til innrapportering til helseregistrene SYSVAK, KPR og MSIS samles og publiseres i Referansekatalogen.
  - Det finnes en liste over løsninger som er integrert med de ulike nasjonale helseregistrene.
- **Referansekatalogen for e-helse (Hdir):**
  - Forbedret funksjonalitet og enklere tilgjengeliggjøring av innhold. Mulighet til å filtrere på ulike tjenesteområder som for eksempel Kommunale helse- og omsorgstjeneste og Spesialisthelsetjeneste.

# Informasjonssikkerhet og personvern

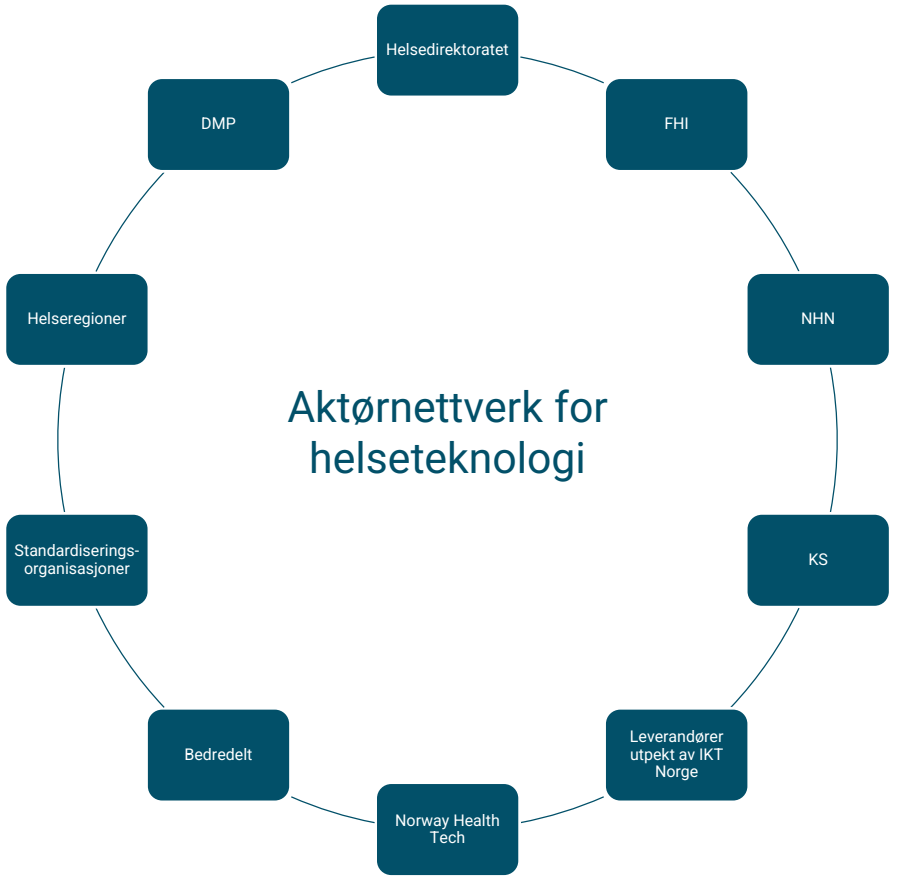
- KS utarbeider sammen med medlemmene Rammeverk for trygg digitalisering (RTD).
- Helsedirektoratet bidrar med krav innen informasjonssikkerhet og personvern spesifikt for helsesektoren med utgangspunkt i Normen og helselovgivningen.
- Det samarbeides om utvikling av selvdeklareringsskjema med felles leverandørkrav som skal fylles ut av leverandørene.
- Vil gjøre det enklere for kommuner og leverandører å dokumentere krav knyttet til informasjonssikkerhet og personvern og etterleve at det blir oppfylt.
- Bidrar til at den digitale transformasjonen med anskaffelsesprosesser skal kunne gjennomføres på en trygg og sikker måte.

# DEMO



# Aktørnettverk for videreutvikling

- Helsevirksomheter, helsenæringen og myndigheter
- Bygge videre på aktørenes selvstendige ansvarsområder
- Langsiktig ambisjon om en harmonisering av hvordan krav, godkjenning og veiledning forvaltes og formidles på tvers av aktørene
- Utviklingen må ses i sammenheng med EHDS



# Dette er en start

- Stegvis utvikling basert på erfaringer og reelle behov
- Transparens, forståelig rammeverk og samarbeid mot felles mål
- Bidra til at krav, veiledning og godkjenninger hos aktørene gjøres mer tilgjengelig og helhetlig for helsevirksomhetene og leverandørene
- Videre utvikling bør innrettes mot krav til interoperabilitet, informasjonssikkerhet og personvern i EHDS-forordningen.

# Bredt samarbeid

Helsedirektoratet

Norsk helsenett

FHI
Folkehelseinstituttet

KS

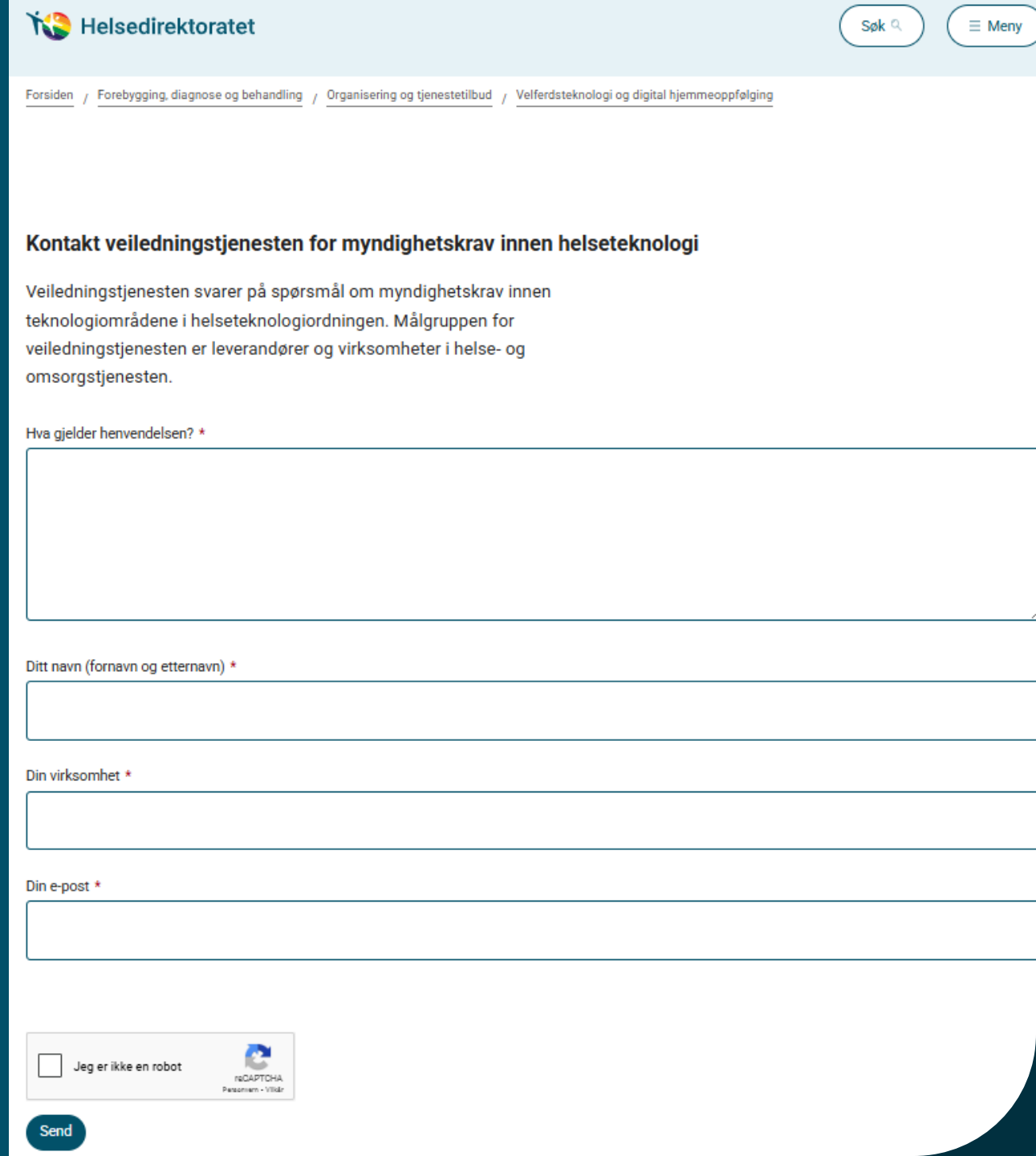
Bedredelt.no
Data er bra alene men bedre delt!

NORWAY HEALTH TECH

IKT Norge

# Kontakt oss

[Veiledningstjenesten for myndighetskrav innen helseteknologi - Helsedirektoratet]



# Videreutvikling av veilednings- og godkjenningsordningen

**Diskusjonspunkt:**

Hva er viktige aspekter i videreutviklingen av veilednings- og godkjenningsordningen?

# Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn det videre arbeidet med etablering av veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi.

Helsedirektoratet

# Sak 14/25: Vurdering av behov for endring av samtykkebestemmelsene for kjernejournal for et digitaliseringsvennlig regelverk

Helsedirektoratet

# Vurdering av samtykkebestemmelsene for kjernejournal

**Nasjonalt e-helseråd 12. juni 2025**

Erik Hedlund og Kristin Lyng

Helsedirektoratet

# Vi får stadig flere og bedre digitale tjenester for deling av nødvendig informasjon mellom helsepersonell og med brukerne

# Trygg og enkel deling av helseinformasjon

- **Pasientjournalen** der pasienten får behandling er den **viktigste kilden** til helseinformasjon

- **Med samtykke** fra pasienten kan helsepersonell **dele** relevant helseinformasjon **gjennom kjernejournal**

# Utfordringer med samtykke

- Vanskelig å forstå
- Tidkrevende å innhente
- Utfordrende å holde oversikt

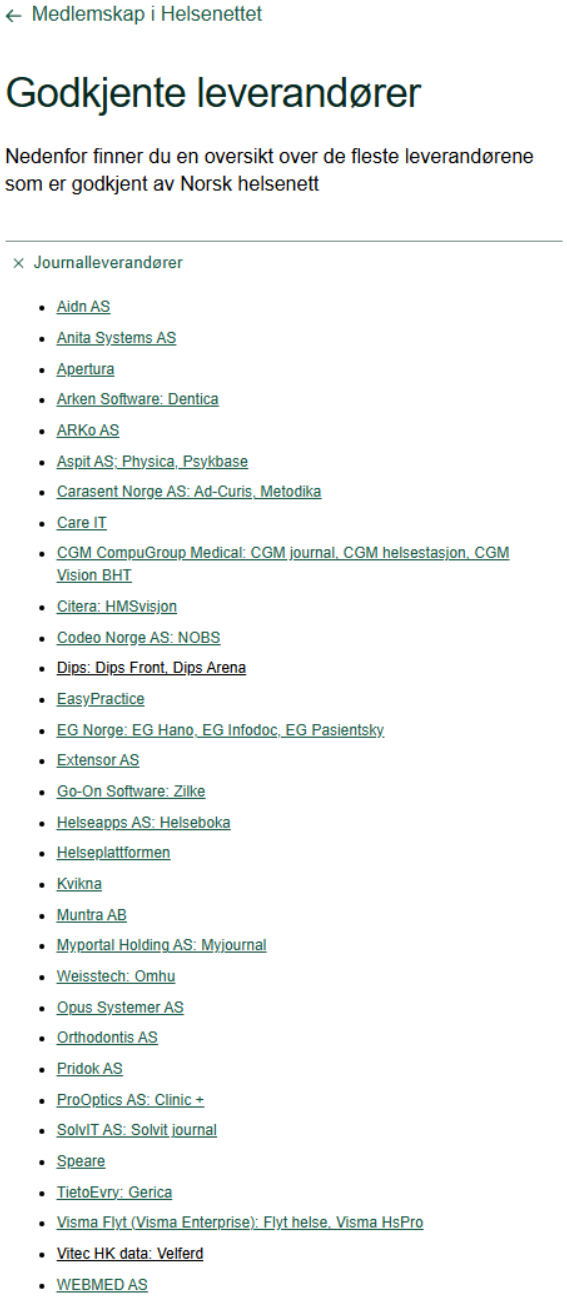
- Helsepersonell kan vegre seg mot å bruke kjernejournal
- Pasienten kan oppleve at det gjøres uønskede oppslag

# Utviklingsretning

- EHDS-forordningen er vedtatt i EU
- Norsk helselovgivning skal tilpasses EHDS
- EHDS fokuserer på reservasjonsrett
- EHDS omtaler ikke samtykke som en mekanisme for å ivareta personvern ved deling av data i tilknytning til helsehjelp (kun for forskningsformål)
- Vi foreslår å vurdere behov for justering av unntaksbestemmelsene i påvente av EHDS

**Konsekvenser av å gjøre endringer i to steg:**

- Utarbeide regler for håndtering av samtykke
- Utvide regelsettet når flere unntak er på plass
- Fjerne unntak når EHDS er på plass?



← Medlemskap i Helsenettet

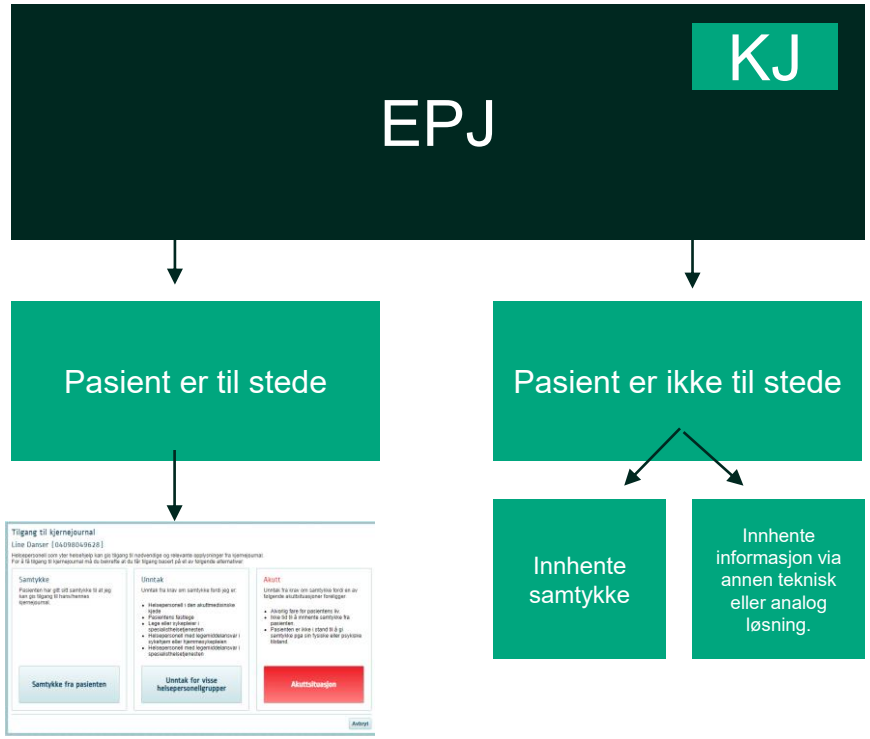
## Godkjente leverandører

Nedenfor finner du en oversikt over de fleste leverandørene som er godkjent av Norsk helsenett

× Journalleverandører

- Aidn AS
- Anita Systems AS
- Apertura
- Arken Software: Dentica
- ARKo AS
- Aspit AS: Physica, Psykbase
- Carasent Norge AS: Ad-Curis, Metodika
- Care IT
- CGM CompuGroup Medical: CGM journal, CGM helsestasjon, CGM Vision BHT
- Citera: HMSvisjon
- Codeo Norge AS: NOBS
- Dips: Dips Front, Dips Arena
- EasyPractice
- EG Norge: EG Hano, EG Infodoc, EG Pasientsky
- Extensor AS
- Go-On Software: Zilke
- Helseapps AS: Helseboka
- Helseplattformen
- Kvikna
- Muntra AB
- Myportal Holding AS: Myjournal
- Weisstech: Omhu
- Opus Systemer AS
- Orthodontis AS
- Pridok AS
- ProOptics AS: Clinic +
- SolvIT AS: Solvit journal
- Speare
- TietoEvry: Gerica
- Visma Flyt (Visma Enterprise): Flyt helse, Visma HsPro
- Vitec HK data: Velferd
- WEBMED AS

# Samtykkeplakater i Kjernejournal




Innbygger har sperret KJ/en tjeneste

**§ 7. *Unntak fra kravet om samtykke***

Kravet om samtykke etter pasientjournalloven § 13 fjerde ledd gjelder ikke i akuttsituasjoner der det er alvorlig fare for pasientens liv, når det ikke er tid til å innhente pasientens samtykke eller dersom pasienten på grunn av sin fysiske eller psykiske tilstand ikke er i stand til å samtykke. Det skal registreres i kjernejournalen hvorfor samtykke ikke er innhentet.

Når det er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp til pasienten, kan tilgang til helseopplysninger i den nasjonale kjernejournalen gis uten pasientens samtykke til følgende helsepersonell:

a. fastlegen
b. helsepersonell med legemiddelansvar i sykehjem og i hjemmesykepleien
c. lege og sykepleier i spesialisthelsetjenesten
d. helsepersonell som har oppgaver knyttet til gjennomgang, vurdering eller samstemming av en pasients legemiddelbruk i spesialisthelsetjenesten
e. helsepersonell i den akuttmedisinske kjeden.

Første og andre ledd gjelder tilsvarende for tilgjengeliggjøring av pasientens legemiddelliste, jf. forskrift om pasientjournal § 9 og reseptformidlerforskriften § 1-3 nr. 7. Pasienten kan motsette seg at pasientens legemiddelliste gjøres tilgjengelig, jf. pasientjournalloven § 17.

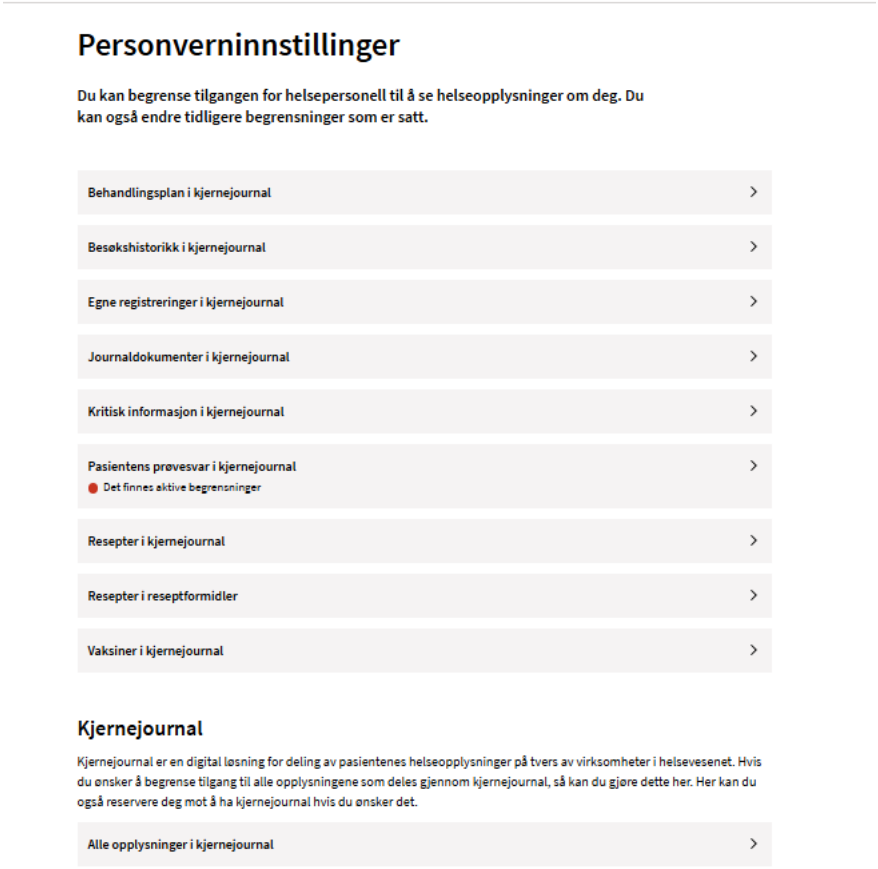
0 Endret ved forskrifter 24 mars 2017 nr. 378 (i kraft 1 juli 2017), 15 juni 2018 nr. 876 (i kraft 20 juli 2018), 8 des 2017 nr. 1953 som endret ved vedtak 23 nov 2018 nr. 1906 (i kraft 1 jan 2019), 24 sep 2021 nr. 2845, 18 mars 2022 nr. 417.

# Hva er faktisk og reelt personvern?

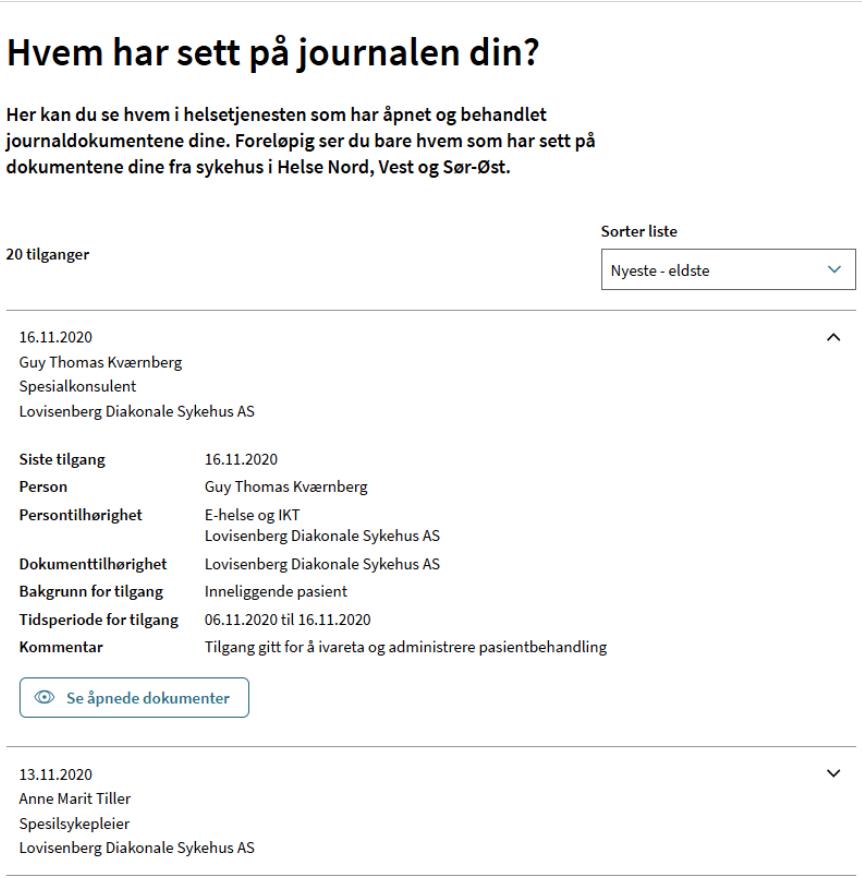
## Innbygger kan sette personvernstillinger for å begrense deling av helseopplysninger

- **Sperre** tilgang til en tjeneste eller hele Kjernejournal
- **Blokkere** tilgang til alt helsepersonell/enkelt helsepersonell
- **Reservere** seg mot Kjernejournal

- Personverninnstillingene kan settes av digitale og ikke digitale innbyggere.



# Innbygger kan se hvem som har sett på helseopplysningene (tilgangslogg)



## Hvem har sett på journalen din?

**Her kan du se hvem i helsetjenesten som har åpnet og behandlet journaldokumentene dine. Foreløpig ser du bare hvem som har sett på dokumentene dine fra sykehus i Helse Nord, Vest og Sør-Øst.**

**20 tilganger**

**Sorter liste**

Nyeste - eldste

16.11.2020
Guy Thomas Kværnberg
Spesialkonsulent
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

| | |
|---|---|
| **Siste tilgang** | 16.11.2020 |
| **Person** | Guy Thomas Kværnberg |
| **Persontilhørighet** | E-helse og IKT<br>Lovisenberg Diakonale Sykehus AS |
| **Dokumenttilhørighet** | Lovisenberg Diakonale Sykehus AS |
| **Bakgrunn for tilgang** | Inneliggende pasient |
| **Tidsperiode for tilgang** | 06.11.2020 til 16.11.2020 |
| **Kommentar** | Tilgang gitt for å ivareta og administrere pasientbehandling |

Se åpnede dokumenter

13.11.2020
Anne Marit Tiller
Spesilsykepleier
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

# Hva sier brukerne?

- Forutsetter at helsepersonell har tilgang til nødvendig helseinformasjon
- Ønsker å bli spurt først, og vil bli varslet med informasjon om hvorfor - både i pasientjournalen og nasjonal kjernejournal
- Er opptatt av personvern og gode og brukervennlige løsninger
- Ikke-digitale brukere må også få sine rettigheter ivaretatt

# Drøfting

1. Vurderer rådet at samtykkebestemmelsen for kjernejournal bør sees på i sammenheng med EHDS-forordningen, og at det eventuelt gjøre kortsiktige utvidelser i unntaksbestemmelsene?

…eller…

2. Anbefaler rådet å starte prosessen med å endre ordlyd i pasientjournalloven §13 (samtykkebestemmelsen) uten veien om ytterligere unntaksbestemmelser, og harmoniserer med EHDS når det kommer?

# Forslag til vedtak - oppdatert

Nasjonalt e-helseråd anbefaler å starte prosessen med å endre ordlyd i pasientjournalloven §13 (samtykkebestemmelsen) uten veien om ytterligere unntaksbestemmelser, og harmoniserer med EHDS når det kommer.

Helsedirektoratet tar med seg vurderingene fra rådet til Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet

# Lunsj – oppstart igjen kl. 12.00

Helsedirektoratet

# Sak 15/25: Anbefaling til justert prismodell 2026 for de nasjonale e-helseløsningene

Norsk helsenett

Nasjonalt e-helseråd

# Vurdering av prismodeller for utvalgte nasjonale e-helseløsninger for 2026

12.06.2025

# Oppdrag Evaluering av prismodeller - 2026

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

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

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

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

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

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

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

**I foretaksmøtet 23. januar 2025 ble Norsk helsenett bedt om å**

*«Norsk helsenett SF vurderer også justeringer i prismodellene innen 1. mai hvert år som grunnlag for forskriftsfestede endringer i betalingen»*

# Forutsetninger

## Føringer og forutsetninger for arbeidet med prismodeller:

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

## Tidligere beslutning fra 2023 som ligger til grunn:

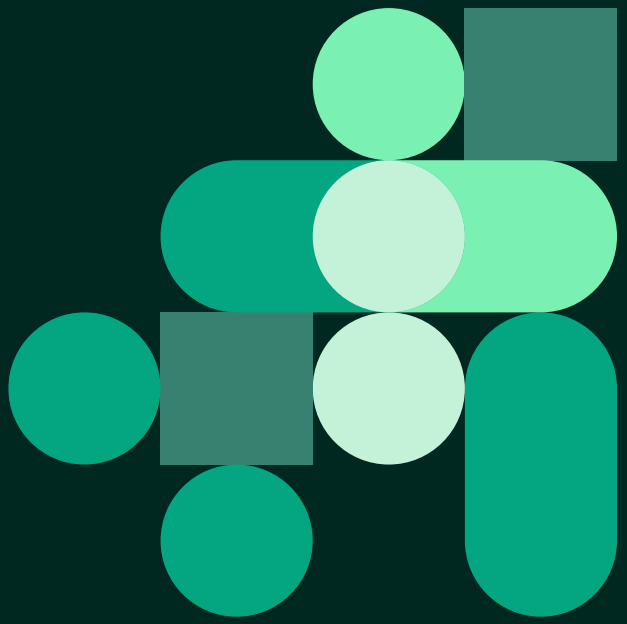
- Prismodellene vurdert på *«teknisk klart og tilgjengelig»* eller *«omfang bruk»* i sektoren er styrende
- Nytte er vurdert uhensiktsmessig som fordelingsnøkkel
- Transaksjonskost per bruk er vurdert som uhensiktsmessig som fordelingsnøkkel (eks. per resept, per melding osv)

# Ny prismodell for 2026

Pasientens prøvesvar

Prismodell for 2026

# Pasientens prøvesvar



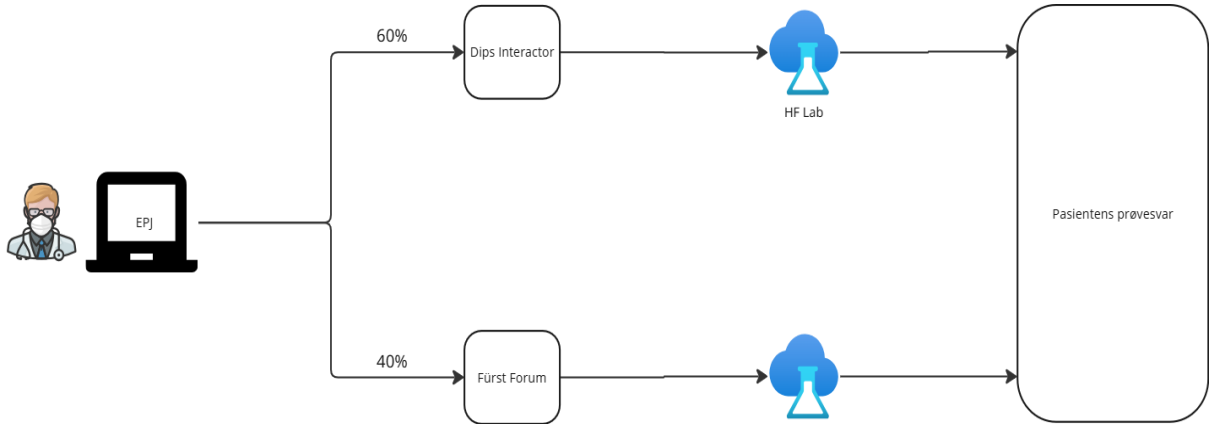
Norsk helsenett

Intern

# Pasientens prøvesvar inneholder kun eksternrekvirerte prøvesvar i 2025

## Prøvesvar rekvirert i primærhelsetjenesten:

- 60% rekvireres og analyseres ved sykehus (HF Lab)
  - Rekvirenten bruker Dips Interactor
  - Rekvirenten må ha signert bruksvilkår og delegert rettigheter til Dips. Konsekvensen er at det kun er et lite antall prøvesvar som sendes inn fra starten av.
- 40% rekvireres og analyseres ved private laboratorier (bl.a. Fürst)
  - Rekvirenten bruker Fürst Forum
  - Fürst har kontroll på bade rekvirering og analyse og sender inn alle prøvesvar, med unntak av der rekvirenten har forsøkt å sette en tilgangsbegrensning og rekvirenten ikke har delegert rettigheter til Fürst



# Plikt til betaling for pasientens prøvesvar

## Pasientens prøvesvar er en del av kjernejournal og inngår i som en del av nasjonale e-helseløsninger

- NHN har estimert totalt 20 mnok i årlige drift- og forvaltningskostnader

## NUIT 15. mai 2025 diskuterte hvorvidt tjenesten vil være tilstrekkelig utprøvd i 2025 slik at plikt til betaling kan innføres fra 2026

- Tydelig tilbakemelding fra NUIT om at tjenesten ikke vil være tilstrekkelig utprøvd i 2025 og at plikt til betaling ergo ikke kan innføres

## NHNs vurdering:

- Pasientens prøvesvar er tilgjengelig for alle virksomheter som har tilgang til kjernejournal og som signerer bruksvilkår for Pasientens prøvesvar
- Erfaringsmessig er det en treghet i å signere bruksvilkår, spesielt nå ettersom det også knyttes opp mot nye medlemsvilkår
  - Pr 10. juni er det 49 virksomheter som har signert bruksvilkår for pasientens prøvesvar
  - Til sammenligning: På pasientens journaldokumenter er det etter 12 måneders drift fortsatt bare 302 virksomheter som har signert
- NHN vurderer at det er sannsynlig at tjenesten ikke vil være tilstrekkelig utprøvd i 2025
- NHN vurderer at tjenesten vil være tilstrekkelig utprøvd i løpet av 2026
  - Inkludert tilgang på internrekvirerte prøvesvar, dvs. prøvesvar rekvirert ved sykehus. Fastleger, legevakt, kommunal PLO og sykehus har hatt tid for å prøve ut tjenesten.

# Pasientens prøvesvar: Anbefalt prismodell for 2026

Norsk helsenett ser grunn til å **endre anbefalt prismodell for pasientens prøvesvar**. Tilbake i 2023 ble det anbefalt at RHF betaler 70%, mens kommunene betaler 30%, basert på data om at det er helseforetakene som genererer flest svarrapporter.

- **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:
    - De offentlige virksomhetene betaler for løsningen uavhengig av om virksomhetene har tatt tjenesten i bruk.
    - NHN har statistikk over alle rekvisisjoner og svarrapporter som sendes som EDI-meldinger. Det sendes ca. 18 mill svarrapporter årlig (svarrapporter til statlig forvaltning er unntatt), av disse sender helseforetakene ca 60% og private laboratorium ca 40%. Tilnærmet 100% av disse svarrapportene er rekvirert av primærhelsetjenesten (hovedsakelig fastleger). Rekvisisjoner internt på sykehus sendes ikke i form av EDI meldinger, og NHN har derfor ikke statistikk over disse. NHN har mottatt foreløpige indikasjoner fra Helse Vest om at andelen rekvisisjoner internt på sykehus er lavere enn først antatt. NHN vil innhente vurderinger fra de andre regionene også.
    - Basert på indikasjoner om at andelen svarrapporter fra sykehus er mindre enn tidligere antatt, samt at kjernejournal er breddet til flere kommuner, foreslår NHN at andelen justeres slik at **RHF betaler 60% og kommunene betaler 40%.** På sikt kan det være naturlig at prismodellen for pasientens prøvesvar tilnærmer seg prismodellen for kjernejournal for øvrig.

  **Konklusjon: Etter våre vurderinger er dette den prismodellen innenfor rettslig grunnlag 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 vil stimulere til økt bruk.**

- **Steg 2** (med rettslig grunnlag til å ta betalt fra private virksomheter) Det anbefales en regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private laboratorie- og radiologivirksomheter som benytter tjenesten.
    - Tilsvarende som steg 1, men 30% av kostnadene fordeles på de private laboratorie- og radiologivirksomhetene som benytter tjenesten, og hhv. 40% for RHF og 30% for kommunene.
    - § De private laboratorie- og radiologivirksomhetene utfører i all hovedsak tjenester på vegne av offentlig helsetjeneste og det vurderes derfor at de ikke har direkte nytte av å benytte tjenesten på egne vegne. Etter vår vurdering vil det likevel være viktig for de private at deres svarrapporter blir inkludert i løsningen, både for rekvirent og pasient

# Justerte prismodeller for 2026

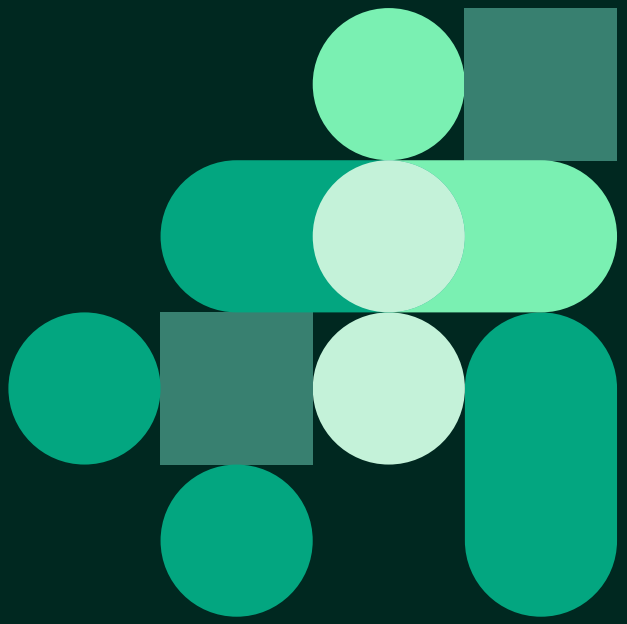
Kjernejournal

Helsenettet inkl Grunndata og HelseID

Prismodell for øvrige aktører

Prismodell for 2026

# Kjernejournal



Norsk helsenett

Intern

# Kjernejournal: Anbefalt prismodell for 2026

## Kjernejournal

Norsk helsenett **anbefaler en justering** på prismodellen for 2026:

- Norsk helsenett anbefaler
  - Endre fra 55% RHF og 45% kommune til **50% for RHF og 50% for kommune**
  - Tilgjengeligheten til nye tjenester i kjernejournal øker i 2026 (bl.a utprøving/innføring av PLL og tilgang til journaldokumenter)

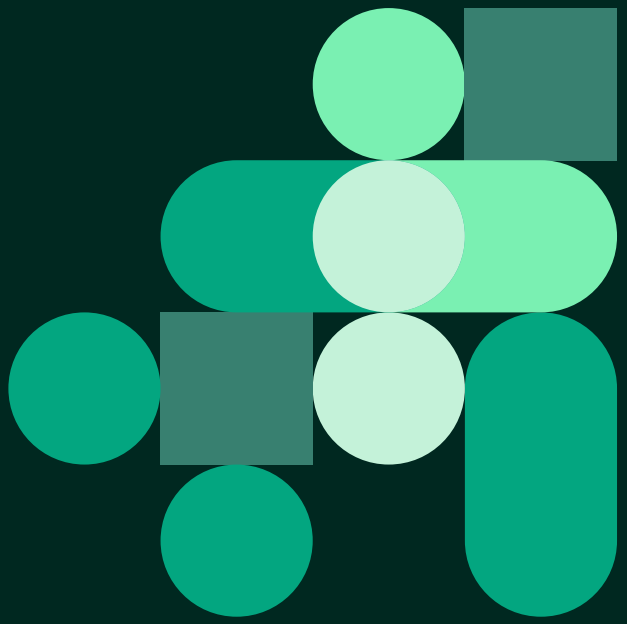
- 324 kommuner har nå tilgang til og bruker kjernejournal (18 er teknisk tilrettelagt)
  - Bruksstatistikken for PLO i 2023 – 32.320 oppslag
  - Bruksstatistikken for PLO i 2024 – 98.478 oppslag

Tilbake til rapport | OPPSLAG PR AKTØRTYPE

| Aktør | Totalt antall innlogginger |
|---|---|
| Hjemmesykepleie | 47 719 |
| Sykehjem | 32 115 |
| Omsorgsbolig | 7 736 |
| KAD | 3 854 |
| Andre omsorgsinstitusjoner | 3 724 |
| Legekontor | 2 528 |
| Tjenestekontor | 380 |
| Legevakt | 258 |
| Fengselshelsetjeneste | 47 |
| Sykehus | 39 |
| Annet | 35 |
| Kommune | 33 |
| Kommunelege | 10 |
| **Totalt** | **98 478** |

Prismodell for 2026

# Helsenettet inkl. grunndata og helseID for øvrige aktører



Norsk helsenett

Intern

# Helsenettet inkludert Grunndata og HelseID: Anbefalt prismodell for 2026

## Kostnadsfordelingsnøkkel mellom hovedsegmentene

Norsk helsenett anbefaler **ingen justering** på prismodellen for 2026 basert på kostnadsfordelingsnøkkel mellom de tre hovedsegmentene, kommune, RHF og øvrige aktører

## Kostnadsfordelingsnøkkel innad i segmentet øvrige aktører

Fordelingsnøkler basert på omsetning og filialer opprettholdes - kostnadseffektiv forvaltning og begrenser bruk av manuelle prosesser.

**Anbefalt justering:**

- Opprette en ny prisgruppe for virksomheter med omsetning over 80 millioner kroner
- Fjerne prisgruppe for unntak for virksomheter som kun yter helsehjelp til egne ansatte/beboere.
- Fylkeskommuner får en egen kategori.
- Presiserer at lokasjoner er filialer i Brønnøysundregisteret. (Norsk helsenett anbefaler at dette tydeliggjøres i forskrift om nasjonale e-helseløsninger)



Intern

# Helsenettet inkludert Grunndata og HelseID: Anbefalt prismodell for 2026

## Medlemskap i Helsenettet

- Tilstrekkelig krav til sikkerhet er avgjørende for at Helsenettet kan fungere etter sitt formål; at helseopplysninger kan deles trygt, sikkert og lovlig mellom medlemmene.

- Forutsetter at det er de juridiske helsevirksomhetene som er medlem og betaler medlemsavgift. Her er det et stykke arbeid som må gjøres da medlemskapet historisk sett har vært koblet til den fysiske tilknytningen (kontorfellesskapet).

- Det er ønskelig å sikre at den juridiske virksomheten som reelt har ansvaret også er klar over hvilke forpliktelser som følger med medlemskapet i Helsenettet. Dette er grunnlaget for at Helsenettet skal kunne fungere etter sitt formål; som en trygg og sikker kommunikasjonsarena.

- På sikt vil antall medlemmer i Helsenettet øke. For 2026 er det lagt inn et estimat på 1 000 nye medlemmer.



Intern

# Helsenettet inkludert Grunndata og HelseID: Anbefalt prismodell for 2026

**Kostnadsfordelingsnøkkel innad i segmentet øvrige aktører fortsetter**

Oppsummert prismodell 2025 med forslag til justert prismodell for 2026 – tall er ikke indeksregulert

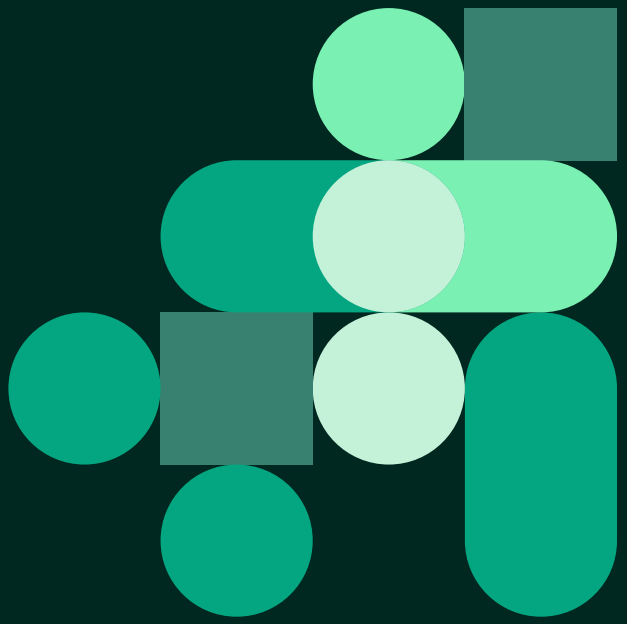
| Prisgrupper | Omsetning | Pris pr mnd i 2025 | Pris pr mnd i 2026 |
|---|---|---|---|
| A. Små virksomheter | 0 - 15 mnok | 1 202 kr | 650 kr |
| B. Mellomstore virksomheter | 15 – 40 mnok | 2 575 kr | 2 275 kr |
| C. Store virksomheter + fylkeskommuner | 40 - 80 mnok | 17 167 kr | 8 560 kr |
| D. Store virksomheter + | >80 mnok | | 12 850 kr |
| E. Fylkeskommuner | | 17 167 kr | 12 850 kr |
| F. Kjeder (10 eller flere filialer) | | 1 888 kr pr filial | 650 kr pr filial |
| Virksomheter som yter helsehjelp til egne ansatte/beboere | | 1 888 kr | |

- ✓ Alle kategorier har fått redusert pris da estimerte kostnader går betydelig ned i 2026
- ✓ En ny kategori for de med omsetning over 80 mnok
- ✓ Egen kategori for fylkeskommuner
- ✓ Fjerner kategori med unntak

Prismodell for 2026

# Ingen justering av prismodeller

- E-resept
- SFM
- Helsenorge
- VKP





Intern

# E-resept og SFM – Ingen justering av prismodell for 2026

## E-resept

Norsk helsenett anbefaler **ingen justering** på prismodellen for 2026:

- Ansvaret baserer seg på sikker legemiddelhåndtering og kontroll på refusjonsoppgjøret
- Man viderefører dagens prismodell med **43,5 – 43,5 – 10% for hovedsegmentene, henholdsvis RHF, kommune og apotek/bandasjist**. I tillegg anbefaler NHN at **Helfo betaler 2% og DMP 1%**

## SFM (ekskl. FM)

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

- Norsk helsenett anbefaler en kostnadsfordeling med utgangspunkt i et felles ansvar for sikker legemiddelbehandling, noe som innebærer en kostnadsfordeling på **50% for RHF** og **50% for kommunene**.

# Helsenorge – Ingen justering av prismodell for 2026

Norsk helsenett anbefaler **ingen justering** på prismodellen for 2026:

- Norsk helsenett anbefaler en kostnadsfordeling på **50% for RHF og 50% for kommunene**.

# Velferdsteknologisk knutepunkt: Anbefalt prismodell for 2026

Norsk helsenett anbefaler **ingen justering** på prismodellen for 2026

Dagens prismodell for VKP innebærer at RHF betaler 5% og Kommuner 95% av kostnadene for drift og forvaltning av løsningen. For kommunene deles kostnadene i to:

- **Basisfinansiering som pålegges alle kommuner og som dekker 50% av forvaltning og driftskostnad**. Basert på «Teknisk klart, uavhengig av bruk» - en basisfinansiering som fordeles på totalt antall innbyggere i Norge, og gir en basiskostnad pr innbygger. Pålegges alle kommuner uavhengig av om de har tatt tjenesten i bruk.
- De **resterende 50% dekkes av kommunene som har tatt tjenesten i bruk**. Betaling basert på antall innbyggere i Norge som er dekket av tjenesten, som utgjør en brukspris pr innbygger.

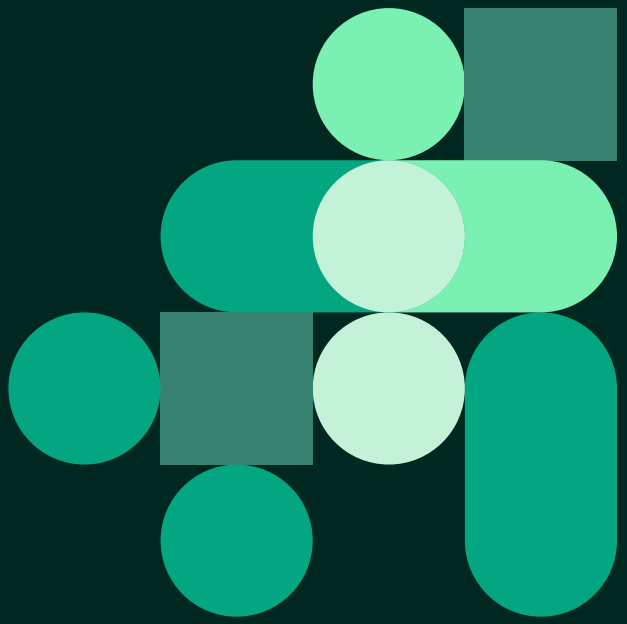
Norsk helsenett vurderer **fortsatt denne modellen/fordelingen for betaling** som mest hensiktsmessig sett opp mot målene i nasjonal e-helsestrategi, herunder tilstrebe en forutsigbar og lite komplisert modell, som er enkel å administrere. Ved at alle kommunene pålegges en basisfinansiering vil også dette stimulere til å ta løsningen i bruk for å kunne realisere nytten av løsningen, som de uansett betaler for.



Intern

Prismodeller for 2026

# Oppsummert



Norsk helsenett

Intern

# Prismodeller for 2026

| Fordeling aktører | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Løsning** | **RHF** | **Kommune** | **Øvrige aktører** | **Apotek** | **DMP** | **Helfo** | **Sum** |
| Helsenorge | 50,00 % | 50,00 % | | | | | 100,00 % |
| Kjernejournal | 50,00 % | 50,00 % | | | | | 100,00 % |
| E-resept | 43,50 % | 43,50 % | | 10,00 % | 1,00 % | 2,00 % | 100,00 % |
| SFM | 50,00 % | 50,00 % | | | | | 100,00 % |
| Pasientens prøvesvar | 60,00 % | 40,00 % | | | | | |
| Grunndata og HelseID | 33,33 % | 33,33 % | 33,33 % | | | | 100,00 % |
| Helsenettet | 33,33 % | 33,33 % | 33,33 % | | | | 100,00 % |
| VKP | 5,00 % | 95,00 % | | | | | 100,00 % |

.

# Spørsmål, kommentarer eller innspill?



Intern

# Norsk helsenett

Vi knytter Helse-Norge sammen

Intern

# Forslag til vedtak - oppdatert

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

Rådet ber om at saksunderlaget til neste års behandling beskriver mer om bruken og det som foreligger av nyttevurderinger.

Helsedirektoratet

# Sak 16/25: Bruk av store språkmodeller i helse- og omsorgstjenesten

Helsedirektoratet

# Bruk av store språkmodeller i helse- og omsorgstjenesten

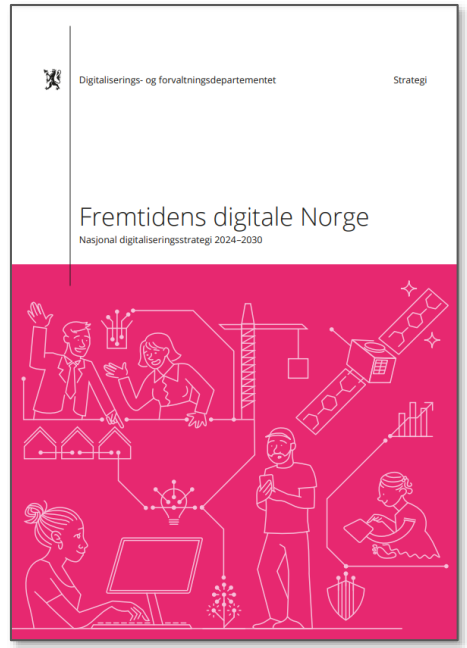
**E-helse rådet 12.6.2025**

Hilde Lovett, Sunniva Bjørklund & Sveinung Tornås

# Forventninger til KI – både nasjonalt og innen helse

- KI til mer effektive arbeidsprosesser og opprettholde lik eller bedre kvalitet
- Bedre informasjon til innbyggere og sette dem bedre i stand til å ta bedre vare på egen og andres helse

- Nasjonal infrastruktur for kunstig intelligens
- Språkmodellene i infrastrukturen er tilpasset norske samfunnsforhold

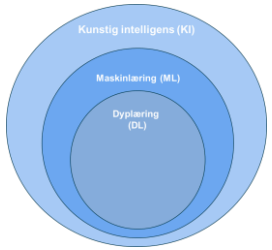


# Felles KI-plan

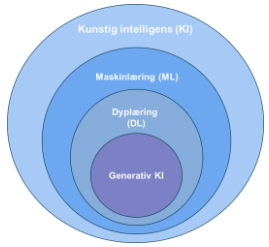
1. Sektorsamarbeid om KI
2. Tverretatlig informasjonsside
3. Tverretatlig regulatorisk veiledning
4. Rammer for bruk av KI i helse- og omsorgstjenesten
5. Bruk av store språkmodeller
6. Kompetanse om KI

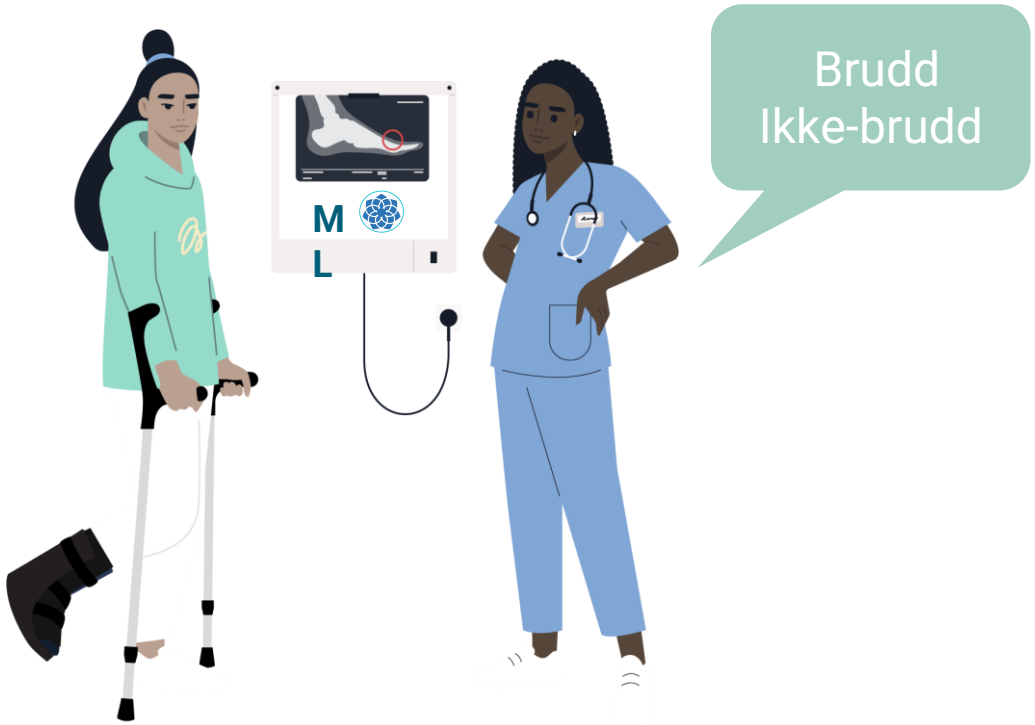
# 5. Bruk av store språkmodeller

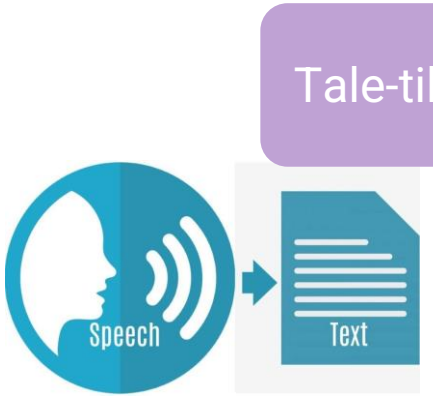
- ✓ Utarbeide kunnskapsgrunnlag om store språkmodeller
- ✓ Vurdering av risiko ved bruk av store språkmodeller
- ✓ Legge til rette for at bruken av språkmodeller er tilpasset norske forhold




# Kunstig intelligens: fra prediksjon til generering av innhold



# Drøftingspunkter

1. *Treffer rapporten den strategiske betydningen av norske språkmodeller for norsk helsetjeneste?*
2. *Er det en strategisk retning E-helserådet stiller seg bak og mener det er viktig å prioritere?*
3. *I sum: Er dette et område som nasjonalt e-helseråd ønsker at vi skal prioritere som sektor?*

# Oppdatert forslag til vedtak

*«Nasjonalt e-helseråd støtter behovet for norske språkmodeller og ber om at videre oppfølging prioriteres. Innspillene fra diskusjonen i E-helserådet tas med i det videre arbeidet»*

# Hvorfor er store språkmodeller viktig for helsetjenesten?

## Potensielt bedre kvalitet

tilpasset den norske helse- og omsorgstjenesten
tilpasset ulike brukergrupper og arbeidsprosesser

## Bedre kontroll

på dataene som ligger til grunn
på ytelse - gjennom hele livsløpet
nasjonal suverenitet, sikkerhet

## Valgfrihet og fleksibilitet

små eller store modeller
åpne eller lukkede modeller
lokalt eller i sky

# Hvordan er språkmodeller nyttige i helse- og omsorgstjenesten?

- tale-til-tekst
- tekst oppsummering
- strukturering av tekst
- samtaleroboter
- oversettelse og tolkning
- klarspråk
- kunnskapsstøtte
- opplæring og utdanning

# Risikoer ved bruk i helse- og omsorgstjenesten

- Dialog
- Kunnskap og ferdigheter
- Miljø og bærekraft
- Komplekst regelverk
- Utilsiktet/uregulert bruk
- Diskriminering

# Iboende risikoer i store språkmodeller

Datakvalitet
Bias

Svart boks

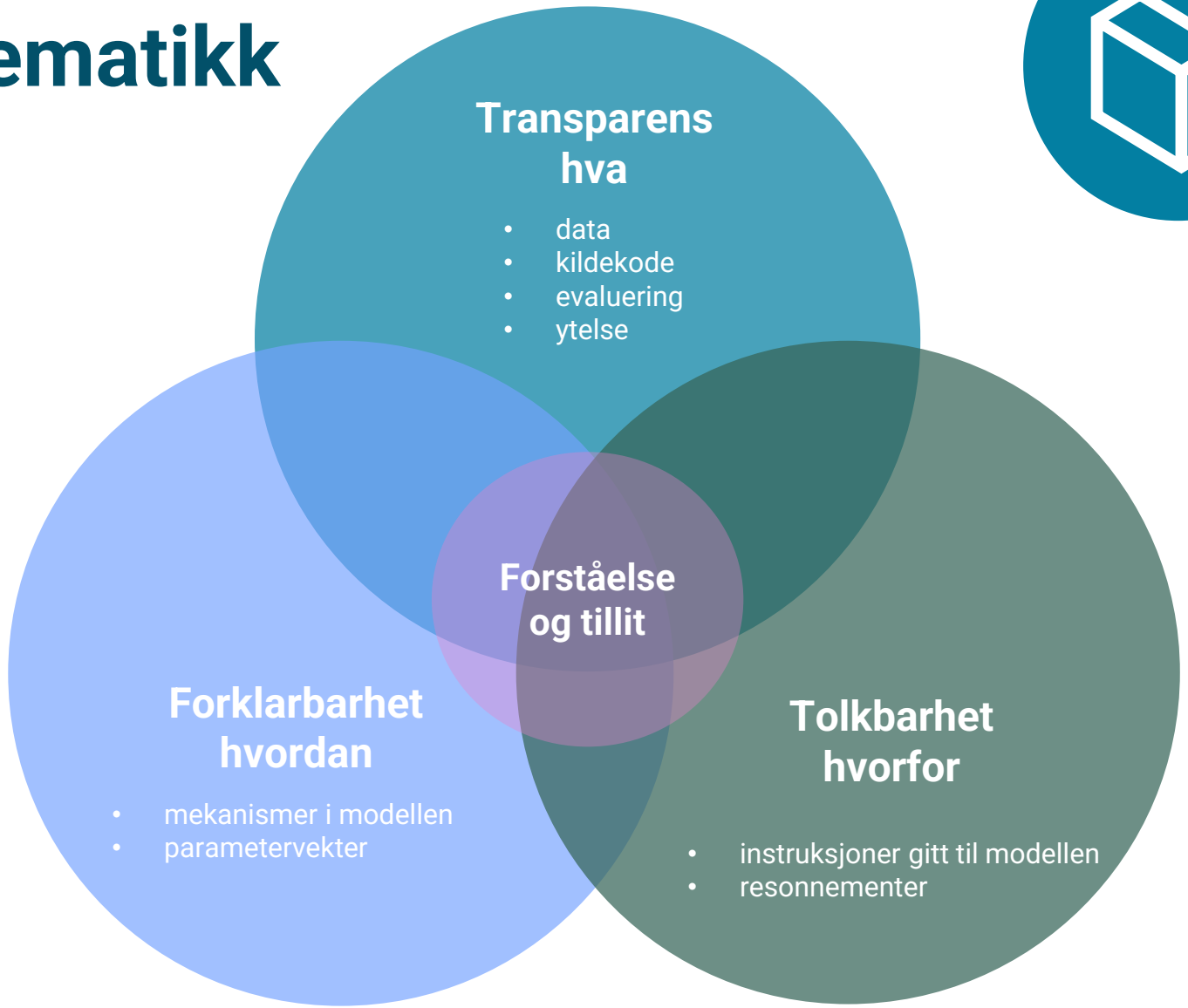
Hallusinering

Forringing

Sikkerhet

# «Svart boks»-problematikk

Manglende transparens og forklarbarhet kan gjøre det **vanskelig å tolke resultatene og forstå hvordan modellene fungerer.**

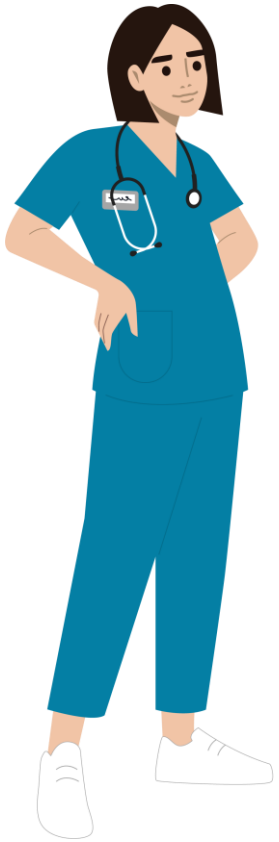



Artificial Intelligence Risk Management Framework (AI RMF 1.0)

# «Svart boks»-problematikk

Manglende transparens og forklarbarhet kan gjøre det **vanskelig å tolke resultatene og forstå hvordan modellene fungerer.**

*Hva er beste behandling for pasienten?*



Behandling X anbefales

Svart-boks

Behandling X anbefales fordi pasienten har symptomer A og B

Forklarbar

Trent på: datasett Z,
Instruksjon: bruk veileder Y
Behandling X anbefales i henhold til veileder Y fordi pasient har symptomer A og B

Transparent
Tolkbar
Forklarbar

# Tilpasning til norsk helse- og omsorgstjeneste?

# Hva trengs for å tilpasse til norsk helse- og omsorgstjeneste?

# Drøftingspunkter

1. *Treffer rapporten den strategiske betydningen av norske språkmodeller for norsk helsetjeneste?*
2. *Er det en strategisk retning E-helserådet stiller seg bak og mener det er viktig å prioritere?*
3. *Er dette et område som nasjonalt e-helseråd ønsker at vi skal prioritere som sektor?*

# Trygg og brukervennlig bruk av språkmodeller i Helsetjenesten

Tobias Iveland, Overlege onkologi ved Ahus.

Medlem av KI-rådet. Sitter i Legeforeningens sentralstyre og IT utvalg

Startet på "digitalisering og ledelse" ved Institutt for informatikk, UiO

IT entusiast, jobbet
i flere journalsystem
Elsker excel

# Kommer leger til benytte språkmodeller i fremtiden?

## JA!

Hva styrer valget?

Språkmodeller kommer til å brukes!

Spørsmålet er om hvilke som blir brukt?

- De trygge som vi ønsker
- De mer utrygge, usikre.

# Kommer leger til benytte språkmodeller i fremtiden?

## JA!

Hva styrer valget?

Språkmodeller kommer til å brukes!

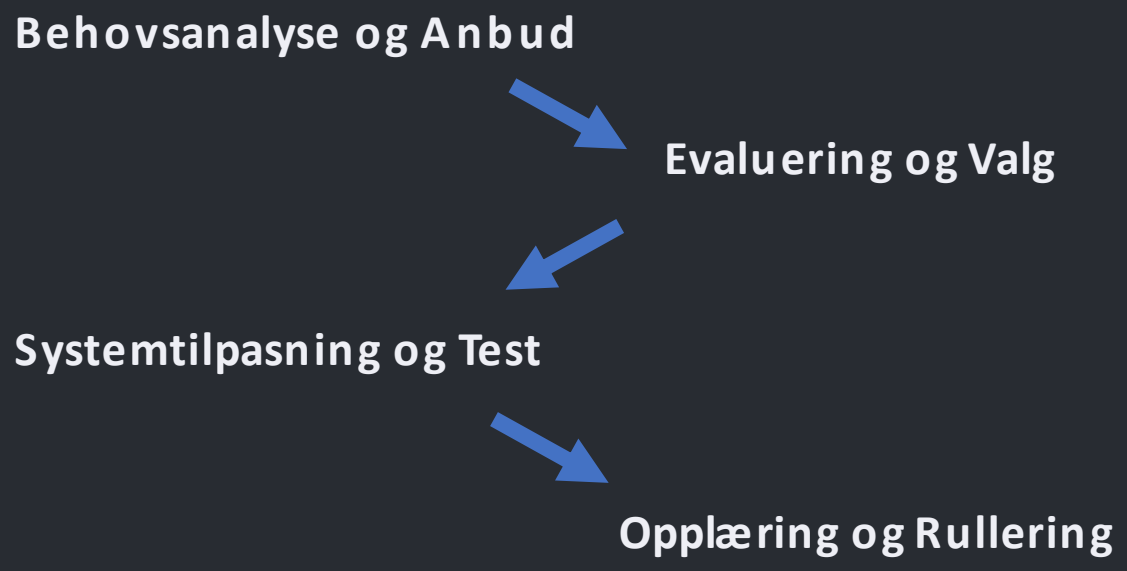
Spørsmålet er om hvilke som blir brukt?

- De trygge som vi ønsker
- De mer utrygge, usikre.

# Har man rett strategi for digitalisering?

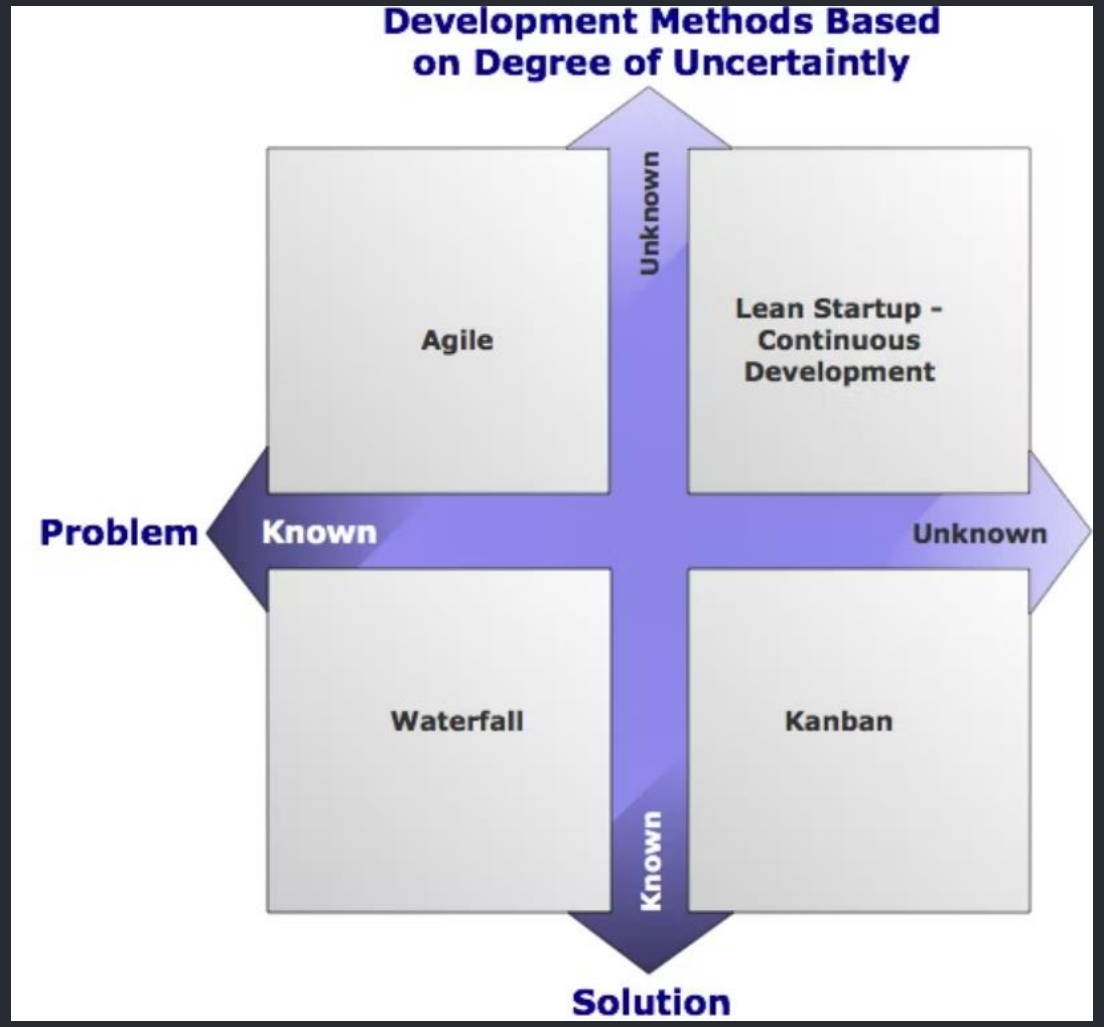
Det eksisterer i dag mange lavthengende frukt i dataverdenen på sykehus

- SSO (single sign on)
- Kontekstdeling
- Treghet
- Mangel på øvrig brukervennlighet




Annet foredrag:
- Fond for utvikling?
- Samarbeid?

# Moderne systemutvikling (smidig, DevOps)




OBS1: Løsningen kan ikke beskrives i forkant (bestillerkompetanse)

OBS2: Ikke kjøp noe som ikke løser et problem

Er det virkelig beste løsning?
Ikke digitaliser for å digitalisere

https://kosmothink.wordpress.com/2010/12/31/the-uncertainty-principal-or-how-to-choose-the-right-methodology/

# Hva er språkmodeller?

Vi må skille på funksjonalitet, og snakke om verktøy!

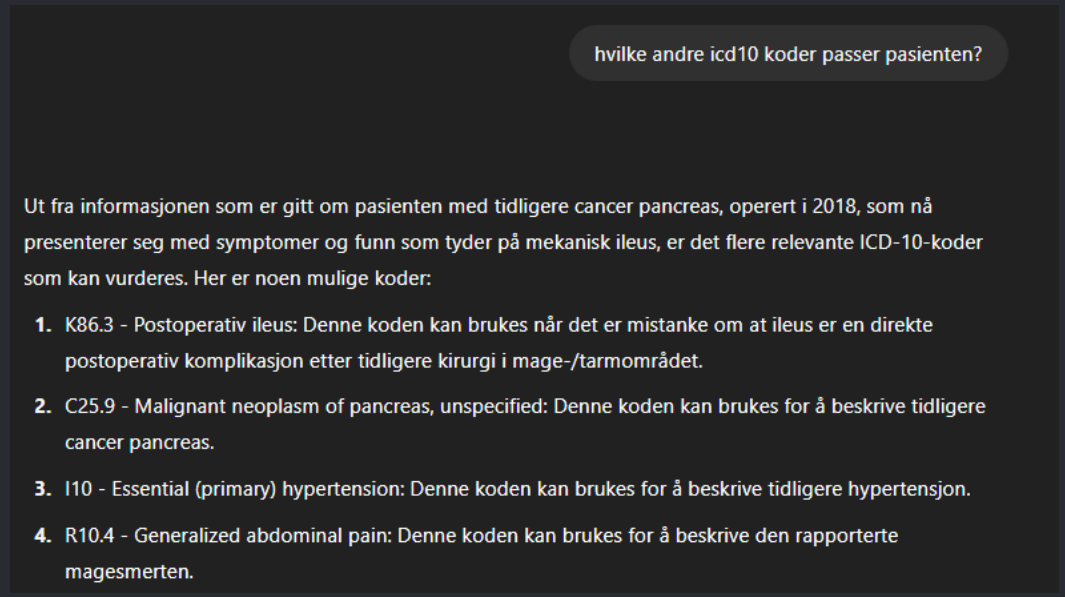
# Lavrisiko bruksområder (?)

Disse områdene representerer lavthengende frukt.
Risikoen er lav, og behovet er stort.

## Administrativ Dokumentasjon

ICD-10-koding og kvalitetsregistre et godt startpunkt.

## Transkripsjon av samtaler



# Transkripsjonsverktøy

Erfaringer hittil har vært positive!

1

## Bedre Dokumentasjon

Transkripsjon letter nøyaktig journalføring.

2

## Forbedret Pasientopplevelse

Leger kan fokusere mer på pasienten. I tillegg er man mer åpen om funn!

OBS: Det er viktig å forankre standardisering av notater med fagmiljø!

# Med økt ansvar, trengs økt dokumentasjon

## Tenk på AI verktøy som medisiner.

De har like konsekvenser!

## Det må foreligge gode kliniske studier

Det bør også følges opp kvalitet etter implementering

## Medisinsk Utstyr (MTU) Krav

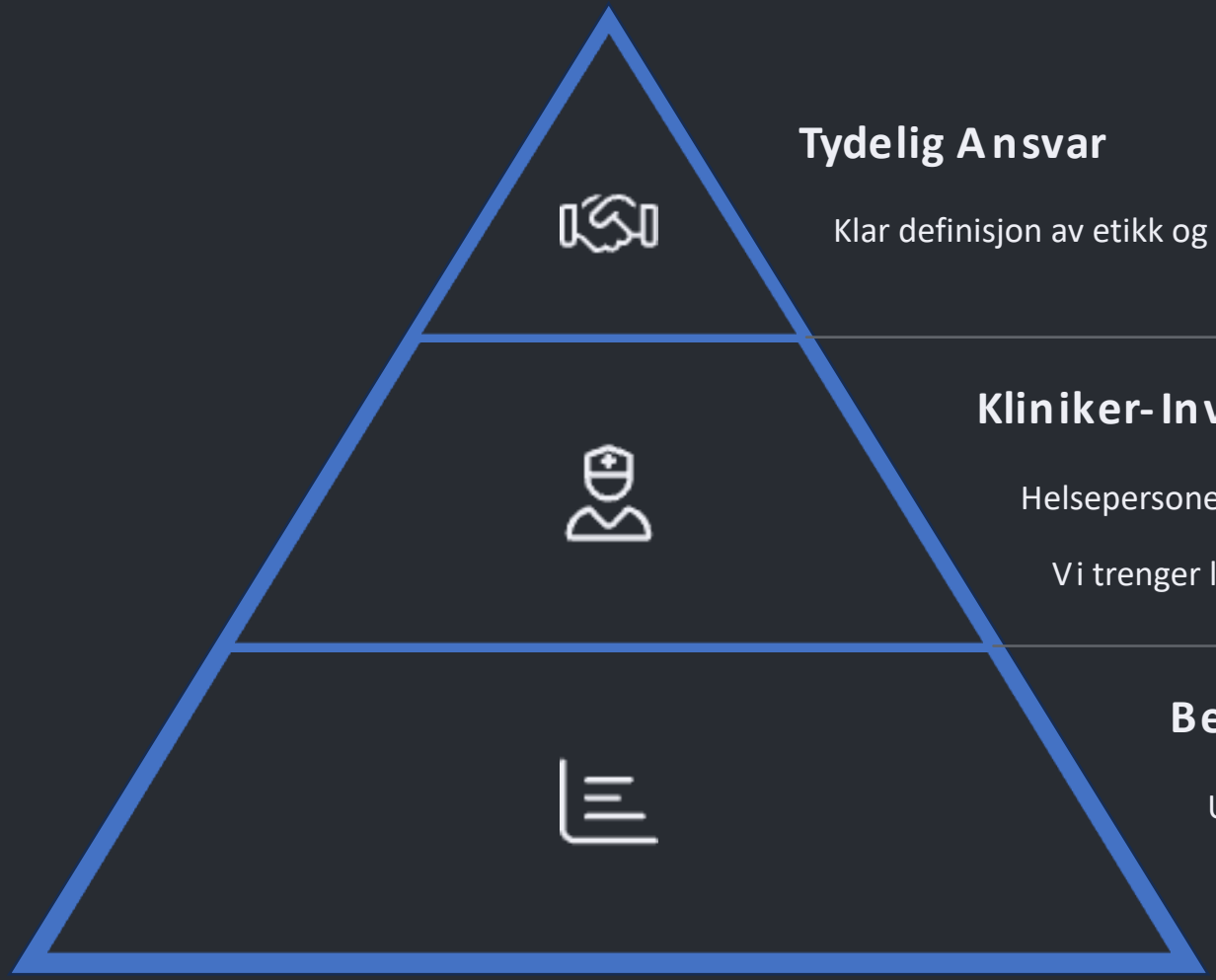
Det må oppfylle krav til medisinsk utstyr.

Men, hvem følger opp korrekt implementering??

# Kompetanse hos personell

- Medisinsk ansvar forblir hos legen, enn så lenge.
- Ved bruk av KI trengs kunnskap om
  Hallusinasjoner og diskriminering
- Trengs også domenekunnskapen for å evaluere KI!
  - Eks: Stråling

# KI vil bidra til revolusjon, nøkkelfaktorer



## Tydelig Ansvar

Klar definisjon av etikk og ansvar. Spesielt ved beslutningsstøtte

## Kliniker-Involvering

Helsepersonell som medutviklere.

Vi trenger leger med IT kompetanse

## Behovsdrevet Utvikling (Smidig)

Utvikling basert på reelle kliniske behov..

Som betyr å ikke låse seg til en salgs-pitch!

Helsedirektoratet

# Takk for oppmerksomheten!

Tverretatlige informasjonssider: https://www.helsedirektoratet.no/tema/kunstig-intelligens

Tverretatlig veiledning: ki.veiledning@helsedir.no

Andre henvendelser: kunstigintelligens@helsedir.no

# Oppdatert forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd støtter behovet for norske språkmodeller og ber om at videre oppfølging prioriteres. Innspillene fra diskusjonen i E-helserådet tas med i det videre arbeidet.

Helsedirektoratet

# Pause – oppstart igjen kl. 14.05

Helsedirektoratet

# Sak 18/25: Evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse

Helsedirektoratet

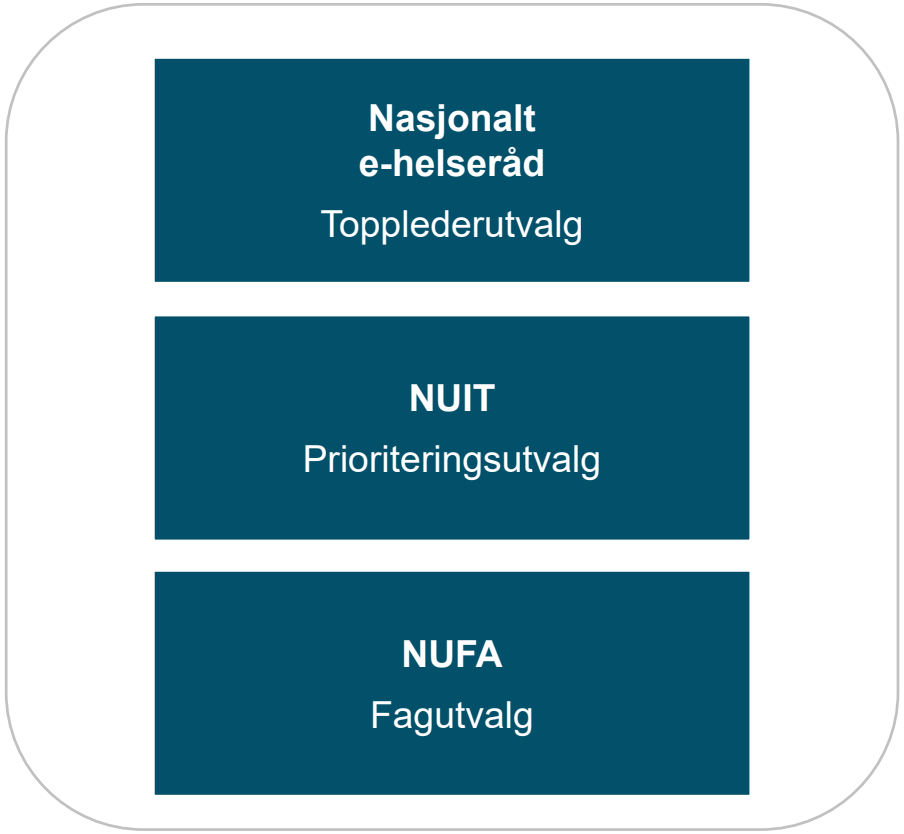
# Evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse

**Nasjonalt e-helseråd 12. juni 2025**

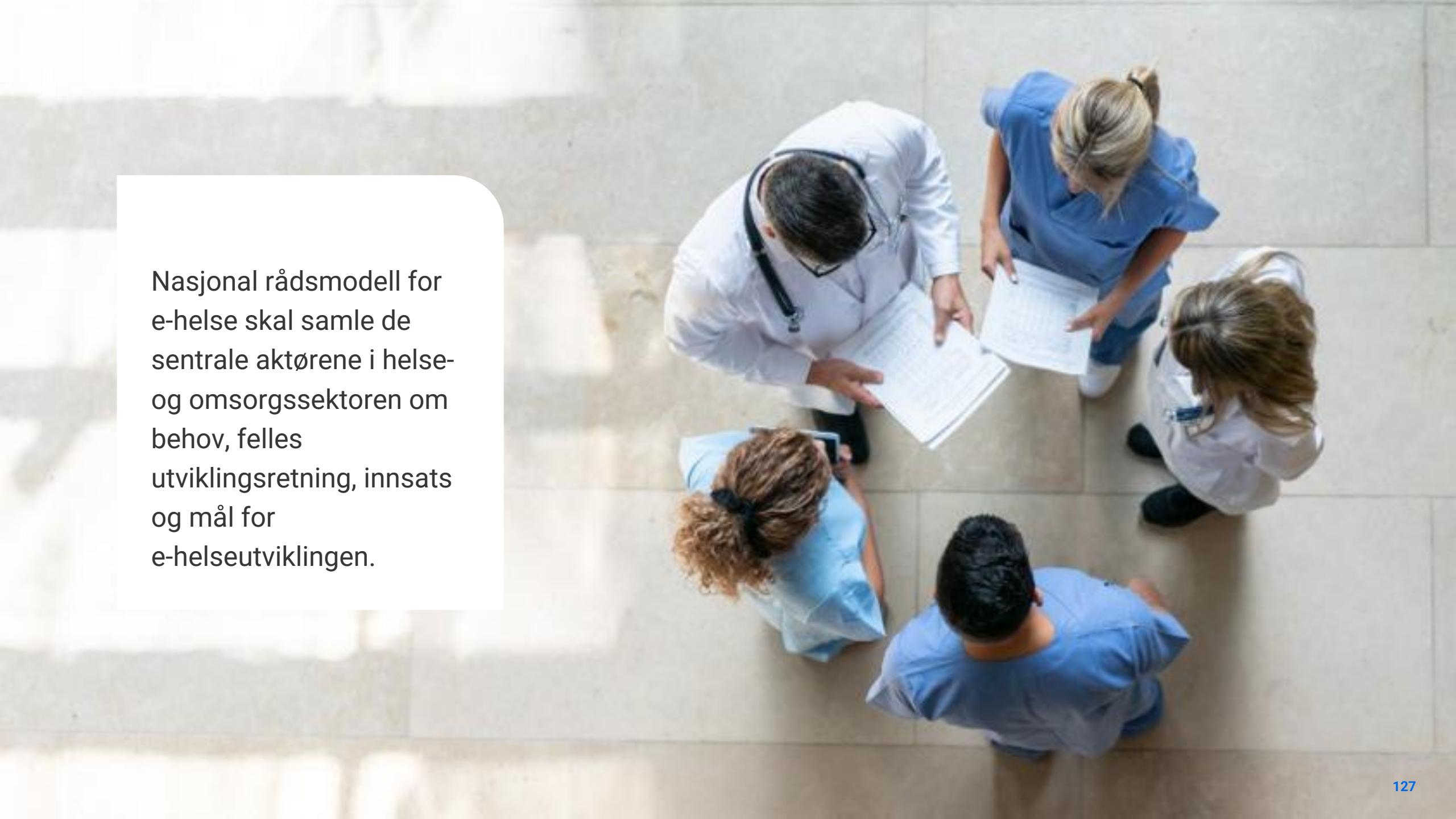
Siv Ingebrigtsen, avdeling for digital strategi

# Hensikt med saken

- Få E-helserådets anbefaling på valg av videre modell.
- Drøfte og få anbefaling på om vi bør se på andre nasjonale råd og utvalg, og hvordan disse forholder seg til rådsmodellen.



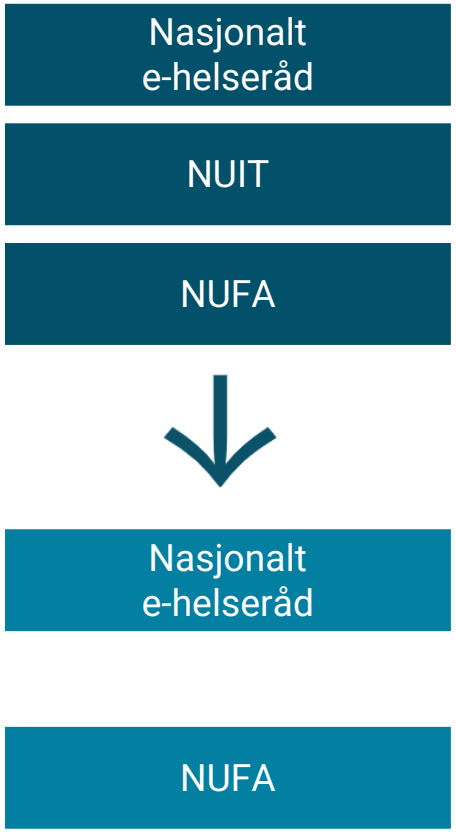
Nasjonal rådsmodell for e-helse skal samle de sentrale aktørene i helse- og omsorgssektoren om behov, felles utviklingsretning, innsats og mål for e-helseutviklingen.



## Alternativ 1

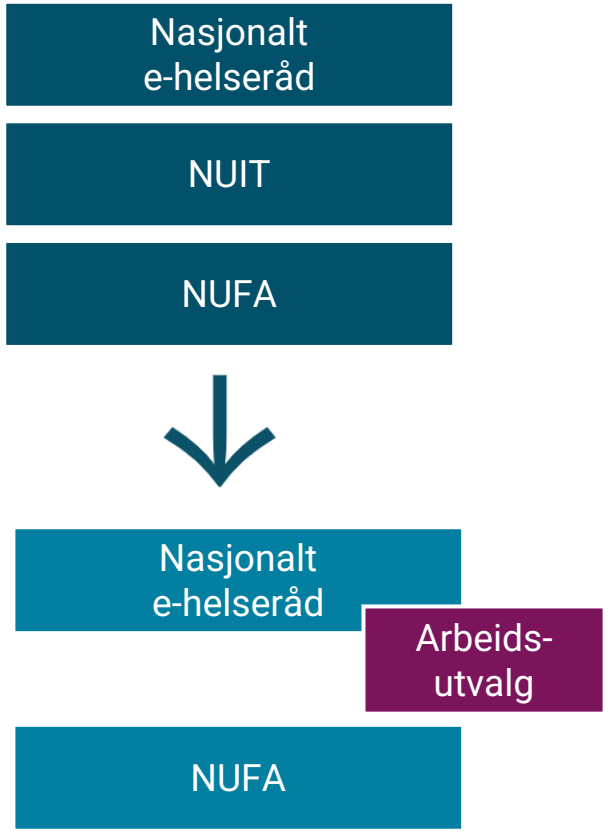
Fortsetter med dagens modell med tre nivåer, med tydeliggjøring av mandater

## Alternativ 2



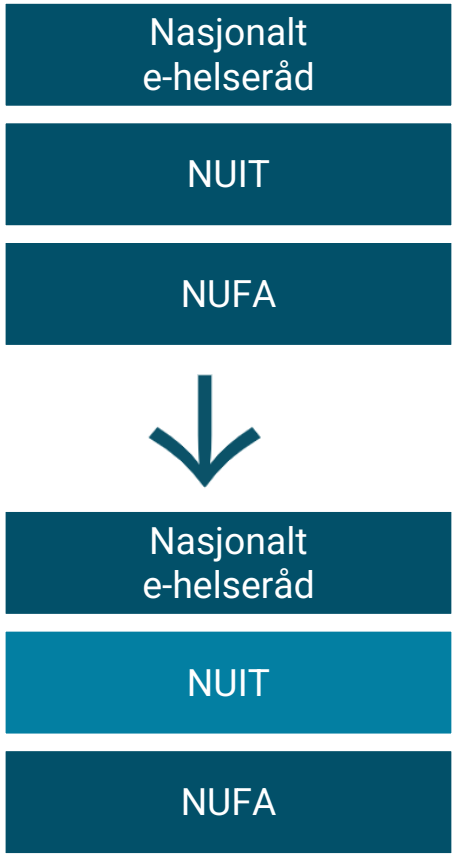

Endrer til to nivåer med justerte mandater for de to utvalgene

## Alternativ 3




Endrer til to nivåer med justerte mandater for de to utvalgene, og etablerer arbeidsutvalg som forbereder saker til E-helserådet

## Alternativ 4




Fortsetter med tre nivåer, men NUIT endres til kortere og hyppigere møter (evt. på teams)

## Alternativ 1

### Fordeler

- Dagens modell får gode tilbakemeldinger
- Gir lav risiko å ikke gjøre større endringer

### Ulemper

- Effektiviserer ikke ressursbruken

## Alternativ 2

### Fordeler

- Kan gi et tydeligere skille mellom utvalgene enn vi har i dag
- Gir redusert ressursbruk

### Ulemper

- Får ikke forberedt og forankret sakene i like stor grad i forkant av E-helserådet
- Flere saker må behandles i E-helserådet
- Kan bli behov for at E-helserådet, som er et topplederutvalg, må behandle saker som ikke er like strategiske
- Ingen naturlig plass i rådsmodellen for flere sentrale ressurser innen digitalisering av helse- og omsorgssektoren

## Alternativ 3

### Fordeler

- Kan få et tydeligere skille mellom utvalgene enn i dag
- Kan få økt kvalitet på saker og underlag til E-helserådet
- Kan få flere saker til E-helserådet fra de andre aktørene
- Gir redusert ressursbruk

### Ulemper

- Flere saker må behandles i E-helserådet
- Kan bli behov for at E-helserådet, som er et topplederutvalg, må behandle saker som ikke er like strategiske
- Ingen naturlig plass i rådsmodellen for flere sentrale ressurser innen digitalisering av helse- og omsorgssektoren

## Alternativ 4

### Fordeler

- Gir større mulighet for å ta opp dagsaktuelle saker i NUIT
- Kan redusere behovet for andre råd og utvalg

### Ulemper

- Effektiviserer ikke ressursbruken
- Blir flere møter å forberede og delta i for NUIT

# Tilbakemeldinger på alternativene

NUIT

- Mandatene fra 2022 er bra, men vi er ikke like tro til disse, så utvalgene oppleves mer og mer like.
- Det bør ikke gjøres drastiske endringer. Det har tatt tid å bygge opp rådsmodellen til det den er i dag, og vi vil miste mye hvis vi tar bort NUIT.

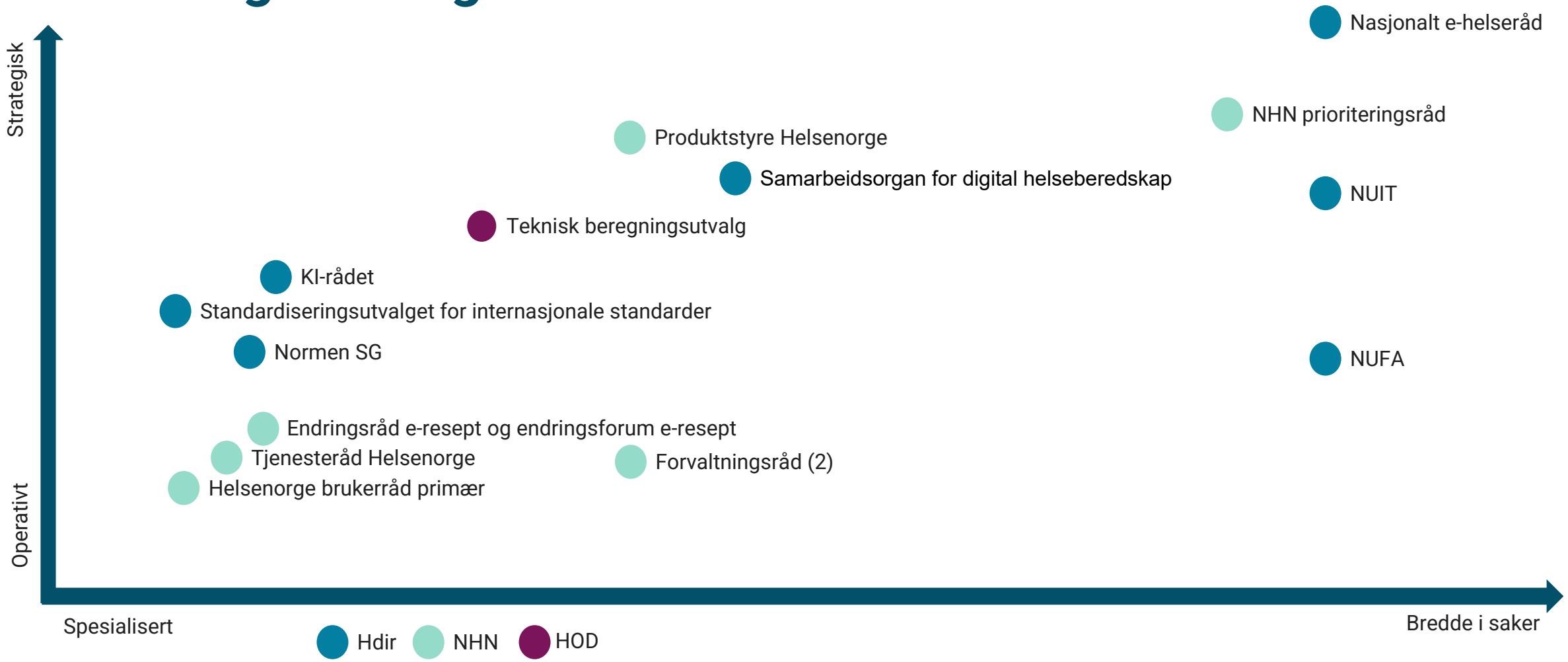
NUFA

- Det kan tas utgangspunkt i alternativ 1 (dagens modell), men at det er behov for å gjøre andre endringer for å få modellen til å fungere bedre.
- I en revidert struktur må hvert utvalg ha en unik verdi. Mandatene må tydeliggjøres, og vi må være tro til disse.

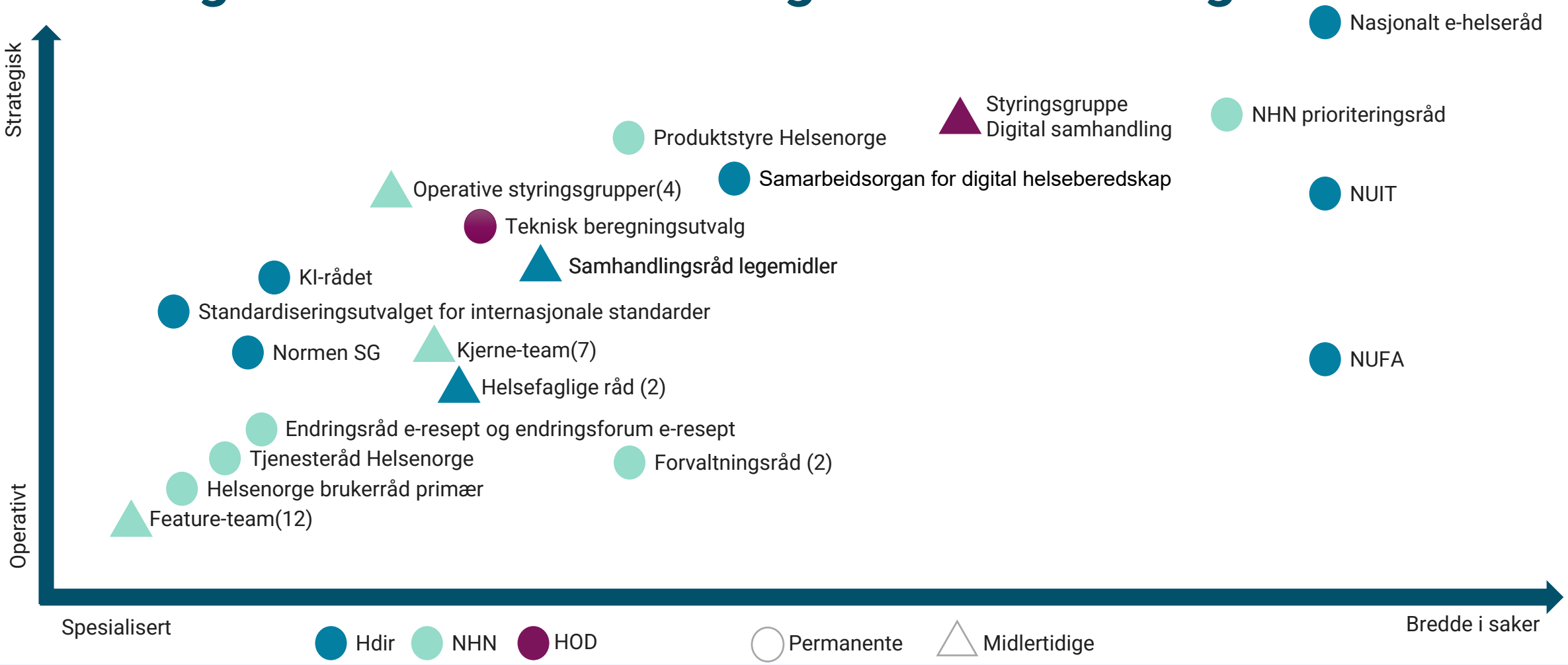
# Innspill forbedringstiltak
## Gjennomføres uavhengig av valgt modell

- Sakene må gjentas i mindre grad enn i dag, saker og innretningen tilpasses hvert utvalgs mandat og oppgaver.
- Sakene bør være mer forankret i helsetjenesten, med utgangspunkt i innbyggers og helse- og omsorgstjenestens behov.
- Større fokus på å ta ut gevinster.
- Bedre balanse mellom teknologi og helsefag i representasjonen i utvalgene. Antall medlemmer per utvalg vurderes.
- Mer temabasert agenda, sakene kobles bedre sammen for å få en helhet.
- Flere saker fra andre aktører. Etablere en form for referansegruppe som kan bistå i planlegging av møtene.
- Støtte fleksibilitet i planlegging og gjennomføring av møter, kortere møter ved behov, gjerne videomøter

# Permanente nasjonale arenaer for digitalisering i helse- og omsorgssektoren



# Nasjonale arenaer for digitalisering i helse- og omsorgssektoren inkludert digital samhandling



# Drøfting og anbefaling

- Vi ønsker Nasjonalt e-helseråds anbefaling på:
  - valg av videre modell
  - om vi bør se på andre nasjonale råd og utvalg, og hvordan disse forholder seg til rådsmodellen.

# Forslag til vedtak - oppdatert

Nasjonalt e-helseråd anbefaler, basert på innspillene fra aktørene, at rådsmodellen fortsetter med tre nivåer, men at det utarbeides nye mandater for hvert utvalg, at det sees på rollene til og representasjonen i hvert utvalg og at Helsedirektoratet iverksetter forbedringstiltakene som har blitt spilt inn. I tillegg anbefaler Nasjonalt e-helseråd at eiere av andre relevante råd og utvalg ser på hvordan de forholder seg til rådsmodellen.

Helsedirektoratet

# Sak 17/25: Endringer i mandat for Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger

Helsedirektoratet

# Endringer i mandat for Teknisk beregningsutvalg og prosess for nye tjenester

Nasjonalt e-helseråd 12. juni 2025

# Hensikt med saken

Med saken ønsker vi å:

- Drøfte konkret forslag til endring i mandatet for Teknisk beregningsutvalg om å behandle tallgrunnlag for drift- og forvaltningskostnader kun i vårsesjonen, og ikke i høstsesjonen.

- Orientere generelt om prosessen fra når en ny tjeneste på de nasjonale e-helseløsningene påbegynnes, til drift- og forvaltningskostnader for tjenesten forskriftsfestes og må betales av aktørene i sektoren, og eventuelt plikt til bruk av tjenesten inntreffer.

# Teknisk beregningsutvalg (TBU)

## Formål:

- Utvalget skal bidra til **transparens** og best mulig tallgrunnlag for å beregne tjenestepris for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene
- Utvalget skal bidra til at aktørene i helse- og omsorgssektoren får **innflytelse** over kostnadsutviklingen og til størst mulig grad av **konsensus om nivå** på kostnadene.

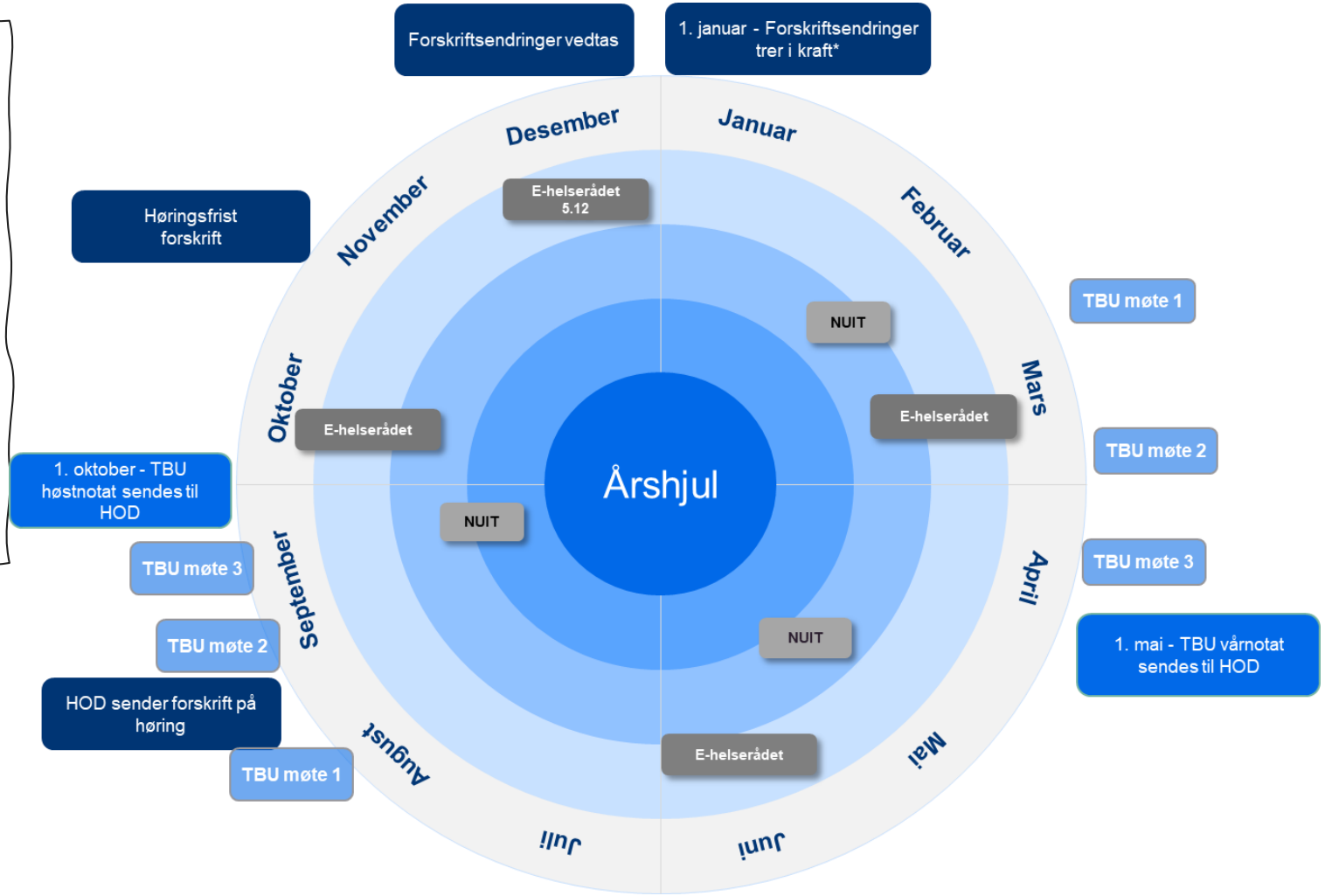
## Utvalgets oppgaver:

- Vurdere og legge frem best mulig tallgrunnlag
- Presentere tallmaterialet på en slik måte at det bidrar til transparens når det gjelder kostnadsanslag
- Legge frem vurderingen av tallmaterialet for HOD
- Gjøre vurderinger av tallgrunnlaget etter initiativ fra KS/kommunal sektor, regionale helseforetak og andre aktører som betaler for nasjonale e-helseløsninger

# Dagens årshjul for Teknisk beregningsutvalg

Høst:

- Behandling av Norsk helsenetts beregninger av tjenestepriser og avgiftsatser på et mer detaljert nivå for kommende år.
- Behandling av prognoser for kostnads-utviklingen året etter.




Vår:

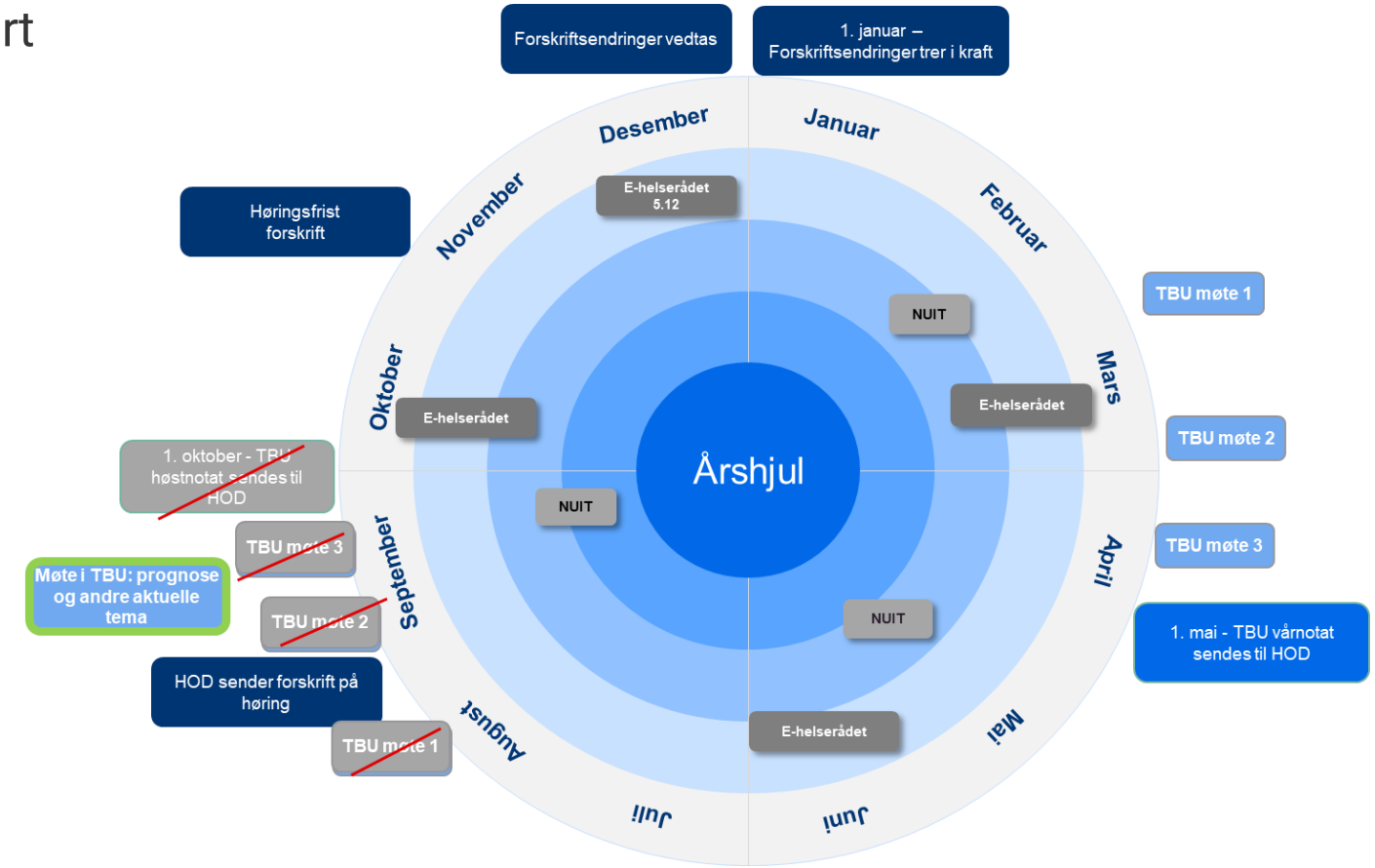
- Overordnet gjennomgang av tallmaterialet basert på prognoser og forventet kostnadsutvikling.
- Prognosene som Norsk helsenett legger fram om våren, legger en øvre ramme for betaling året etter.

# 1) Endringer i Mandat for Teknisk beregningsutvalg

**Endringsforslag:** Gå bort fra behandling av tallgrunnlag på høsten, og beholde detaljert gjennomgang på våren.

**Begrunnelse:**

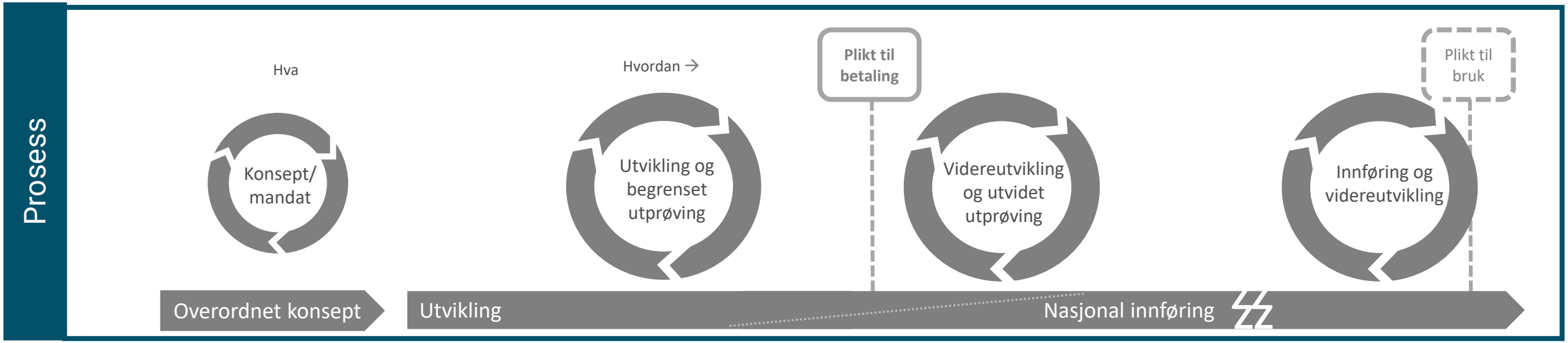
- Underlag til forskriftsendring må lages på våren, og tallgrunnlaget for våren danner en øvre betalingsramme for året etter.
- Økt detaljeringsnivå på tallgrunnlaget og behandlingen på våren.
- Tallgrunnlaget inkluderer estimat 4 år fremover – gir god prognose.



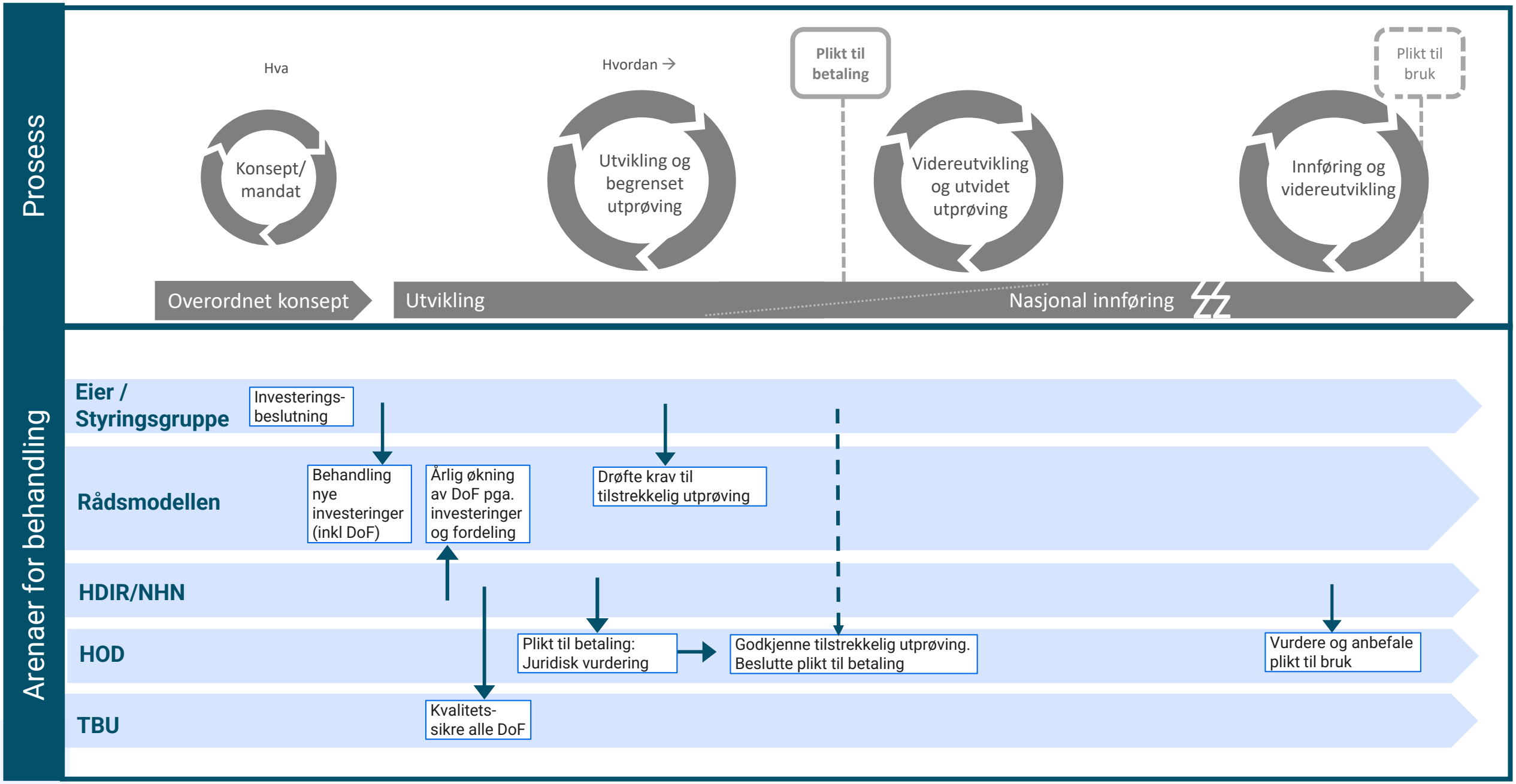
Helsedirektoratet

# Orientere om prosess fra et tiltak påbegynnes og frem til plikt til betaling og eventuelt plikt til bruk er vedtatt i forskrift

# Prosess for behandling av nye tiltak inntil plikt til betaling og plikt til bruk



# Prosess for behandling av nye tiltak inntil plikt til betaling og plikt til bruk



# Prosess for behandling - på Pasientens prøvesvar

| Prosess steg | Arena | Pasientens prøvesvar |
|---|---|---|
| **Investeringsbeslutning** | Eier | |
| **Behandling av nye investeringer i rådsmodellen**<br>(Behov og overordnede mål, forventet nytte, knytning ti e-helseløsning, foreløpig juridisk vurdering, forventning til tilstrekkelig utprøvning, anslag drift og forvaltningskostnader) | Rådsmodellen | E-helsestyret mars 2022 Sak 11/22<br>Drift- og forvaltningskostnader som følge av leveranser fra program digital samhandling<br>(Est. 13 MNOK i årlig DoF fra 2024) |
| **Behandling av økninger i drift- og forvaltningskostnader grunnet investeringer og tiltak i nasjonal portefølje** (årlig behandling) | Rådsmodellen | Behandlet Q1 2022 (grunnlag), 2023, 2024 og 2025<br>8/22, 12/23, 5/24, 6/25 |
| **Tallgrunnlaget til Teknisk Beregningsutvalg** inkluderer økninger av drift- og forvaltningskostnader grunnet investeringer (halvårlig behandling) | Teknisk beregningsutvalg | Drift- og forvaltningskostnader for pasientens prøvesvar var omtalt i 2022, inkludert i 2023, 2024 og 2025 |
| **Plikt til betaling:**<br>Juridisk vurdering | Rådsmodellen | Behov omtalt i mars 2022 (Pasientens prøvesvar innlemmet i kjernejournal fra 1. mai 2025) |
| Definere krav til tilstrekkelig utprøvning | Rådsmodellen | • Utkast krav Nasjonalt e-helseråd 13. juni 2024<br>• Definere krav til tilstrekkelig utprøving: NUIT mai 2025 |
| Beslutte plikt til betaling<br>(Vurdere oppnåelse av krav til tilstrekkelig utprøvning) | Helse og omsorgsdepartementet | Underlag HDIR, behandling i styringsgruppe.<br>Besluttes av HOD - høst 2025 |
| **Plikt til bruk** eller tilgjengeliggjøring av tjenester | Anbefaling av HDIR , høring , og beslutning av HOD | Ikke vurdert for pasientens prøvesvar |
| **Forskriftsendring** Forslag til forskriftsendring sendes på høring tidlig høst før forskrift vedtas | Helse og omsorgsdepartementet | Forslag: Plikt til betaling fra 1.1.2026? |

# Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd ga innspill til og stiller seg bak foreslåtte endringer i mandat for Teknisk beregningsutvalg.

Helsedirektoratet

# Sak 19/25: Orientering fra Helsedirektoratet

# Orientering fra Helsedirektoratet

- **Konsekvensvurdering av europeisk helsedataområde (EHDS)**
- Nettlege – utprøving av en kommunal digital allmennlegetjeneste

Helsedirektoratet

# Konsekvensvurdering av det europeiske helsedataområdet (EHDS) – veien videre

# EHDS konsekvensvurdering – status ref. oppdrag TB2022-06 + presisering fra 2024

## Levert

- **Overordnet vurdering av konsekvensene de enkelte artiklene** i forslaget har for Norge
  - Levert juni 2022, desember 2022 og desember 2023
- **Overordnet beskrivelse av nasjonale myndighetsfunksjoner** som skal etableres
  - Levert desember 2024
- **Gap-analyse mellom kravene i EHDS-forordningen og situasjonen i Norge i dag,** og en foreløpig kartlegging av hvilke prinsipielle spørsmål som må avklares, inkl. konsekvenser for nasjonal portefølje.
  - Levert april 2025
  - EHDS konsekvensvurdering – Gapanalyse - Helsedirektoratet

## Videre arbeid

- **Informere og involvere i**nteressenter i sektor og næringsliv
- **Anbefale tiltak** for å legge til rette for at kravene i EHDS kan oppfylles i Norge.
- Vurdere og **sørge for tilstrekkelig deltagelse ifm implementing acts (*Joint Action Xt-EHR og TEHDAS2*).**

# EHDS: Forslag til prioriterte innsatsområder neste fase

**Prioritere å utrede tiltak for krav som er gjeldende 2027/2029**

- Innbyggerrettigheter
- E-resept
- Pasientoppsummeringer
- Myndighetsfunksjoner og leverandørkrav
- Sekundærformål (inkl. myndighetsfunksjon NHDAB)

**Utsette utredning av tiltak for krav som er gjeldende fra 2031**

- Bilder
- Labsvar
- Utskrivningsrapporter
- Sekundærformål (øvrige krav)

# Satsingsforslag: «Tilrettelegge for økt samhandling basert på EHDS»

Anbefale innsatsområder som bidrar til at vi i større grad er i samsvar med EHDS-forordningen 1.1.2029 og som dekker viktige helsefaglige samhandlingsbehov innenfor e-resept, pasientoppsummeringer og pasientens rettigheter

Tilrettelegge for aktørene kan ta sitt ansvar for EHDS implementering før 1.1.2029

# Orientering fra Helsedirektoratet

- Konsekvensvurdering av europeisk helsedataområde (EHDS)
- **Nettlege – utprøving av en kommunal digital allmennlegetjeneste**

Helsedirektoratet

# Utprøvning av ny kommunal nettlegetjeneste

## Status nettlege

12.juni 2025

# Mål

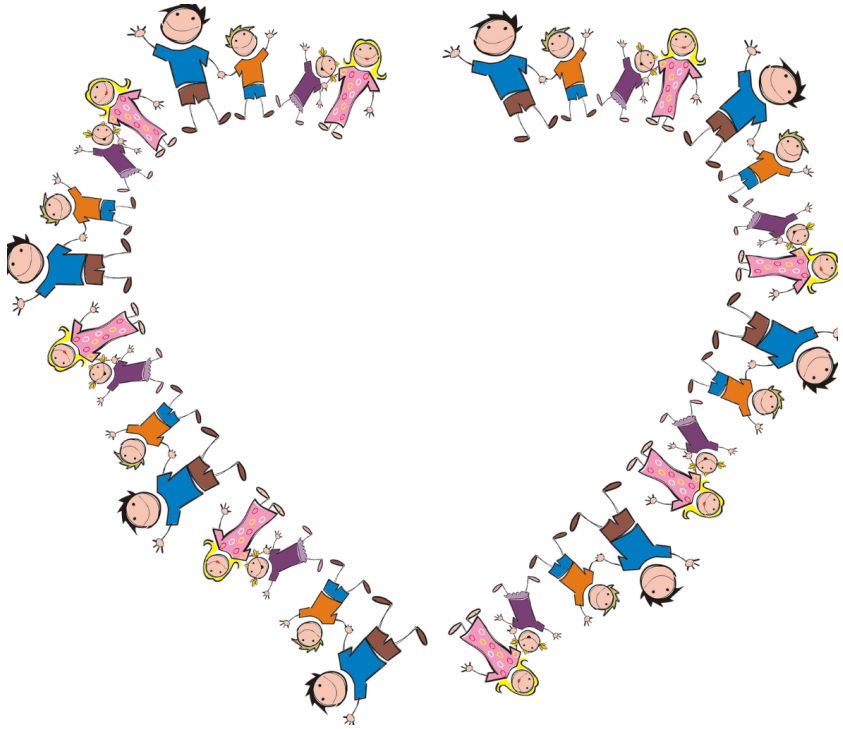
- Gjøre de kommunale allmennlegetjenestene **mer tilgjengelige og tidsriktige** for befolkningen
- **Motvirke** utviklingen av en **todelt helsetjeneste** bidrar til å **avlaste** de etablerte tjenestene
- Innbygger kan få **raskt tilgang til helsehjelp** for tilstander og **problemstillinger som egner** seg godt for en digital konsultasjon.
- **Avlaste fastlegene og legevakten**

# Status – arbeid med utprøvningen

- Utprøvingskommuner fra 1. juli besluttet – Kristiansand og Arendal
- Stortingsmelding om allmennlegetjeneste vedtatt i Stortinget inkl. Utprøving nettlege
- RNB – behandlet i helse- og omsorgskomiteen, beslutning 20. juni
- Faglig innhold og kommunikasjon til innbygger avklares med utprøvingskommuner
- Teknisk – utvikling på HelseNorge og hos journalleverandører
- Dialog med kommuner som vurderer å bli med til høsten

# Foreløpige rammer for innhold

- **Enkle problemstillinger** - krever ikke innsikt i sykehistorie eller behov for oppfølging
- Må kunne **løses digitalt** - ikke mulig med fysisk undersøkelse eller prøvetaking
- **Avgrense mot øyeblikkelig hjelp** - som skal til legevakt
- Ikke **sykmelding**
- Ikke **A og B preparater**
- **Restriktiv forskrivning** knyttet til andre medikamenter - **særlig antibiotika**
- **Restriktiv praksis** for henvisning til spesialisthelsetjenesten
- Bidra til økt helsekompetanse ved å spre informasjon om statlige nettsider, selvhjelp og verktøy
- Sikre informasjonsflyt til fastlege
- **Utvikle kartleggingsløsning (siling av henvendelser) - høsten 2025**



# Eksempler på hvem som kan bruke tjenesten

Anne som er engstelig fordi hun har et barn som stadig hoster og trenger råd.

Bent som har fått et hudutslett og trenger råd om behandling.

Celine som trenger råd om  prevensjon.

Daniyal, som ikke har fått fastlege enda, er usikker på om han bør være bekymret for magesmertene

# Samarbeid med aktører

- **Legeforeningen** har nå trukket seg fra å delta i prosjektet, bekymringen er bla:
  - Det blir ikke god nok kontinuitet i lege-pasient-forholdet
  - Skeptiske til det faglige innholdet i tjenesten
  - Økt ressursbehov hos fastlege (doble konsultasjoner)
- **Kommuner** som ikke ønsker å delta
  - Utfordring med å bemanne tjenesten med leger
  - Kritisk til tjenestebruk og bærekraft
  - Deler Legeforeningens bekymringer
- **Kommuner** som foreløpig ønsker å delta, legger bla vekt på
  - Det gir mulighet for å avlaste fastlege og legevakt
  - De ønsker å bidra til mer bruk av digitale tjenester
  - De ønsker å bidra til utvikling av en mer tilgjengelig allmennlegetjeneste
- **KS**
  - Deltar på jevnlige koordineringsmøter på ledernivå - og gir innspill
  - Deltar aktivt med i rekruteringen og dialog med kommuner – bla ukentlig møter med Kristiansand
  - Gir innspill til faglig innhold av tjenesten – og evaluering

# Kunnskap underveis og etter utprøvning

**Utprøving for å lære**

- Teste i praksis for å vurdere muligheter og risiko
- Justere og videreutvikle tjenesten løpende underveis i utprøvningen

**Innsiktsarbeid og evaluering**

- NHN gjennomfører innsiktsarbeid underveis i utprøvningen
- Utprøvningen  vil følge-evalueres
  - Årlige rapporter som skal bidra til kunnskap underveis i utprøvningen
  - Sluttrapport etter utprøvningen er avsluttet

Kristiansand kommune

Kristiansand kommune

# Kommunal nettlege Kristiansand

# Bakgrunn

- Stortingsmelding 23 (2024–2025) «Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus» presenteres tiltak og pilotprosjekter som tar sikte på å modernisere og tilpasse helsetjenestene til fremtidens behov.
- Piloteringen av en kommunal nettlege gjøres for å utvikle digitale løsninger som skal gjøre helsehjelp mer tilgjengelig for innbyggerne, samtidig som det avlaster eksisterende legevakt- og fastlegetjenester.
- Piloteringen er statlig fullfinansiert og skal iverksettes fra 1. juli 2025.
- Kristiansand er valgt ut til å være den første pilotkommunen

Kristiansand kommune

# Kristiansand legevakt vil delta i piloten fordi

- Vi kjenner oss igjen i problemstillingen;
- håndterer mangeallmennmedisinske problemstillinger på legevakt i dag
- Er nettlegen «the missing link»?
- Legevakten rendyrkes til akutte problemstillinger- rett ressursbruk
- Overslagseffekt til andre prosjekter
  - ✓ Fastlegeliste
  - ✓ Digital legevakt
  - ✓ Andre utviklingsprosjekter
- Framtidens utfordringer må løses i kommunehelsetjenesten – hva fungerer/fungerer ikke?
- Legevakta ønsker å bidra og påvirke utviklingen

Kristiansand kommune

# Mål

- Gjøre de kommunale allmennlegetjenestene **mer tilgjengelige og tidsriktige** for befolkningen.
- **Motvirke** utviklingen av en **todelt helsetjeneste** bidrar til å **avlaste** de etablerte tjenestene.

- Innbygger kan få **rask tilgang til helsehjelp** for tilstander og **problemstillinger som egner** seg godt for en digital konsultasjon.
- **Et supplement til fastlege og legevakten** og inngå som en del av helheten.

Kristiansand kommune

# Faglige rammer - hovedregler

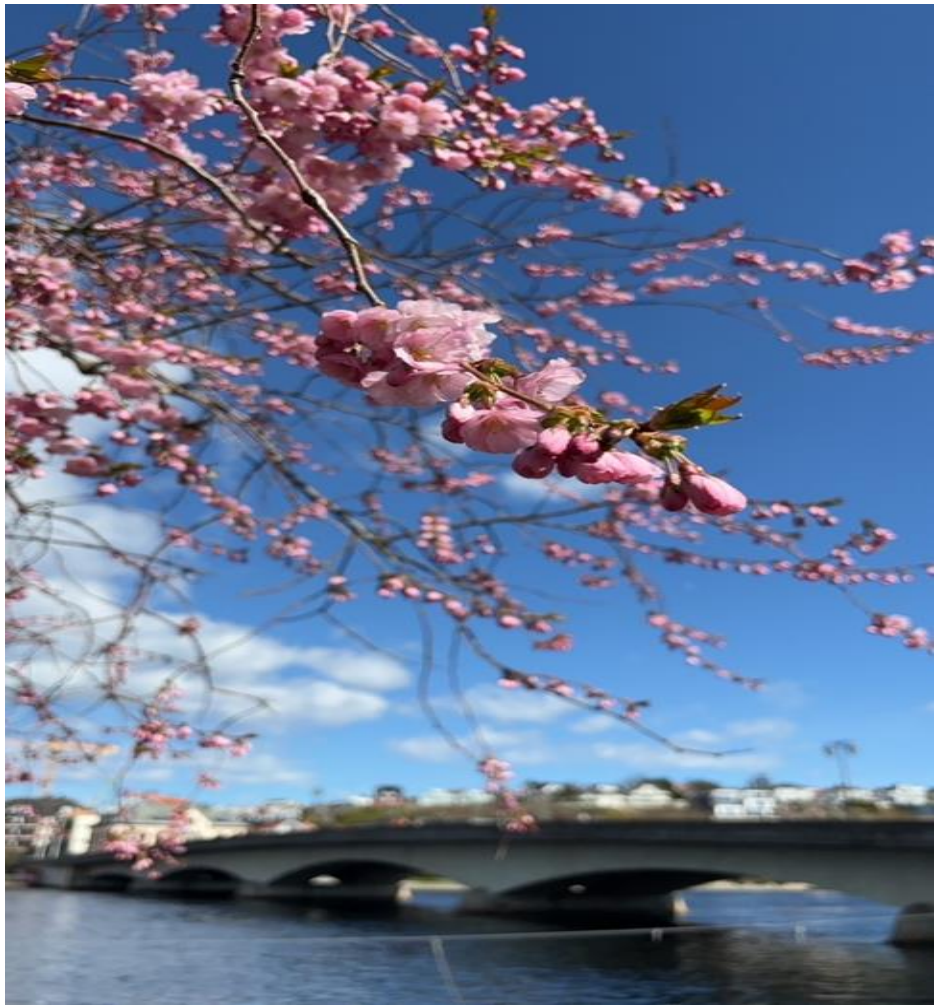
- Enkle problemstillinger som ikke krever inngående innsikt i tidligere sykehistorie eller behov for oppfølging
- Må kunne løses digitalt, ikke mulig med fysisk undersøkelse eller prøvetaking.
- Tjenesten er for tilstander som ikke er akutte, avgrense mot øyeblikkelig hjelp som skal til legevakt
- Ikke sykemelding
- Ikke A og B preparater
- Restriktiv forskrivning knyttet til andre medikamenter og særlig antibiotika
- Restriktiv praksis for henvisning til spesialisthelsetjenesten
- Bidra til økt helsekompetanse ved å spre informasjon om statlige nettsider, selvhjelp og verktøy
- God informasjonsflyt til fastlege

# Budskap til kommunens innbyggere

## Den kommunale nettlegen er for alle innbyggere i kommunen, men ikke alltid og for alt

- Tjenesten er åpen hver dag fra 12-22
- Du bestiller time på Helse-Norge
- Tjenesten er for tilstander som ikke er akutte. Trenger du rask legehjelp for tilstander som ikke kan vente, ring legevakta på telefon 116 117. Ved akutte, livstruende medisinske tilstander, ring 113
- Nettlegen tilbyr konsultasjoner for tilstander som ikke krever fysisk undersøkelser. Dette innbefatter ulike blodprøver og andre laboratorieprøver.
- Nettlegen vil være lokalisert i tilknytning til legevaktssentralen på Valhalla
- Du kan ikke velge hvilken lege du vil ha konsultasjon med. Nettlegen har ikke tilgang til din pasientjournal, og er derfor ikke kjent med din tidligere sykehistorie.
- Nettlegen kan finne årsaker til at du trenger en grundigere fysisk undersøkelse. Dette må da gjøres hos din fastlege, eller eventuelt på legevakta.
- Nettlegen skal som hovedregel ikke skrive ut vanedannende medikamenter, sykemelding eller røntgen-henvisninger.
- For tilstander som krever langvarig oppfølging bør du be om time hos din fastlege.

# Oppsummering



- Utvikling av kommunehelsetjenesten nødvendig
- Pilot med hovedmålsetningen er å få kunnskap om en kommunal nettlegetjeneste
- Piloten skal evalueres fortløpende
- Fullfinansiert
- Kristiansand er i front
- Kommunens legetjeneste til egne innbyggere, som vil avlaste andre tjenester hos fastleger og på legevakta
- Den er billigere å drifte, og gjør det mulig å rekruttere leger som vi ellers ikke får ansatt.

Kristiansand kommune

Kristiansand kommune

Telefon 38 07 50 00
post@kristiansand.kommune.no
Kristiansand.kommune.no

# Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd tar sakene til orientering.

Helsedirektoratet

# Sak 20/25: Eventuelt

Helsedirektoratet

# Takk for i dag!

Neste møte i Nasjonalt e-helseråd er 15. – 16. oktober i Kristiansand.