

# Høringsvarskjema: Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren

Det vedlagte høringsdokumentet oppsummerer fire tema som vi ønsker tilbakemelding på:

- Strategiens rolle
- Visjon, overordnede mål og målgrupper
- Fem prioriterte strategiske mål med målindikatorer
- Strategisk styring og oppfølging av strategien

Der høringsinstansen har innspill, er det ønskelig med begrunnelse og eventuelt forslag til endringer.

Merk skjemaet med «Saksnummer 22/414», lagre som PDF og send på e-post til [postmottak@ehelse.no](mailto:postmottak@ehelse.no)

Frist: 01.10.2022

## Kryss av for type organisasjon/virksomhet:

- Statlig etat, ombud eller fagråd
- Fylkeskommune/Statsforvalteren
- Kommune/KS
- RHF/Helseforetak
- Fag- og interesseorganisasjoner
- Pasient- og brukerorganisasjon
- Forskning- og utdanningsorganisasjon
- Privatperson
- Privat virksomhet/næringsliv
- Annen enn nevnt ovenfor

## Kontaktinformasjon

Navn på virksomheten (statlig etat, kommune, privatperson osv.): HealthCatalyst AS, et nonprofit selskap som er eid av Oslo Cancer Cluster, Norway Health Tech og Norwegian Smart Care Cluster med like store andeler.

Kontaktperson: Arild Kristensen

E-postadresse: [arild@valide.no](mailto:arild@valide.no)

**1) Kan dere stille dere bak de fem strategiske målene, gitt strategiens rolle for å skape en felles langsiktig og forutsigbar retning for digitalisering på tvers av aktørene i helse- og omsorgssektoren?**

Ja, utdyp gjerne       Nei, utdyp gjerne       Vet ikke, utdyp gjerne

Vi er ikke uenige i hovedmålene og hva man forsøker å oppnå med dem. Men, vi mener at denne strategiprosess gir en unik mulighet til å samtidig sette fokus på utvikling av en ehelse-næring. Strategien bør inneholde et nytt hovedmål som adresserer hvordan vi kan bygge/skalere og eksportere norsk ehelse-teknologi. Derfor har vi lagt til et nytt mål 6: Lykkes med å etablere en e-helseindustri som er internasjonalt konkurransedyktig. Vi har forslag til hvordan denne strategien kan følges opp under punkt 3. Vi bør sammen konkretisere strategien slik at vi allerede i 2025 (vi synes 2030 er for lang horisont i forhold til hvordan våre naboland ruster seg for å ta posisjoner) er rustet til å møte konkurransen i det europeiske markedet. Vi må starte på omstillingen nå slik at vi er klar i 2025. Vi forutsetter at Norge må forholde seg til forordninger fra EU i forhold til håndtering av helsedata. Disse forordningene er beskrevet kort i slutten av dette dokumentet under punkt 4. En nasjonal e-helsestrategi bør i større grad sette søkelys på hvordan vi som nasjon skal implementere forordningene i helsetjenesten slik at innbyggeren får de rettighetene de har krav på, at data åpnes opp for deling mellom aktører og at vi samtidig lykkes med å bygge en e-helse-næring. Dette arbeidet må starte nå, vi har derfor foreslått noen konkrete endringer under hvert strategipunkt.

**2) Har dere tilbakemelding på de fem strategiske målene med målindikatorer?**

Vi synes målene generelt er litt lite målbare og har noen innspill på konkretiseringer:

**Mål 1: Aktiv medvirkning i egen og næres helse**

Målet er fornuftig, men bør spisses med følgende tillegg: Legg til ytterligere to måleindikatorer: 1.5 Utbredelse av digitale frisklivsapplikasjoner i kommunene. 1.6 Utbredelse av digitale verktøy (helseapper) i fastlege-tjenesten. - I tillegg bør det måles i hvor stor grad innbyggere i ulike kommuner tar i bruk digitale verktøy, sammenligne adopsjonen i de ulike kommunen og sette inn tiltak i de kommune der digitaliseringen går langsomt.

**Mål 2: Enklere arbeidshverdag**

Vi opplever at målet er bra, men veldig overordnet. Det bør være mulig å formulere en strategi som viser hvordan vi skal oppnå enklere arbeidshverdag for helsepersonell basert på rammeverket EU nå skisserer. Hvilke nasjonale felles løsninger vi skal ha og hvordan vi skal legge til rette for innovasjon og tjenesteutvikling for å utvikle det som mangler for å nå målene. Strategien bør inneholde en årlig gapanalyse som avdekker utfordringer og planer for å møte disse utfordringene. Vi ønsker oss følgende måleindikatorer i tillegg til de nevnte: 2.3. Årlig kartlegging av utfordringer som hindrer en enklere arbeidsdag. 2.4. Årlige innovasjonsprosjekt sammen med næringslivet for å møte utfordringene. 2.5 Implementering av tiltak og endring av arbeidsprosesser i helsetjenesten.

**Mål 3: Helsedata til fornying og forbedring**

Også her er det overordnede målet bra, men vi savner en strategi for å oppnå målsettingen. Skal vi følge EU er målet å ta i bruk helsedata slik at innbyggeren blir i stand til å følge opp sin egen helse uansett hvor han er i EU. Strategien bør derfor beskrive i større grad hvordan vi skal endre helsetjenesten slik at pasienten opplever en helhetlig og oversiktlig tjeneste. Norge kan, på bakgrunn av nasjonale fortrinn som

helsesdata og biobanker, kombinert med ny teknologi, halvere tiden for klinisk utvikling av ny behandling. Mye av tiden i kliniske studier går nemlig med til å finne pasienter og kontrollere at det gir bedre effekt å få behandling enn å ikke få behandling. I Norge kan vi bruke våre offentlige registre til dette. Gjennom registre får vi oversikt over aktuelle pasienter umiddelbart, og vi bruker deres data som kontroll. På den måten kan vi faktisk ta i bruk ny teknologi mens vi overvåker hvilke pasienter som har nytte av den, vi fortsetter å hente inn kunnskap mens vi justerer bruken etter effekten, og er også villig til å stoppe bruken om dataene tilsier det. Det høres enkelt ut, men mange har prøvd uten å klare det på grunn av manglende data og manglende mulighet til å følge pasientene over tid. Norge kan være først ute med gode nok data til å klare det. En slik målsetning stemmer også med hva helsedatautvalget konkluderte med i 2017:

«Helsesdata bør kunne brukes som dokumentasjonsgrunnlag for en raskere og bedre godkjenning- og evalueringssprosess for legemidler». Rapporten fra utvalget har vi nå en gylden mulighet til å følge opp.

(Rapporten:

[https://www.regjeringen.no/contentassets/1fe9cf37e64344e1a3b3c62f950b100b/170630\\_helsedatalovutvalget.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/1fe9cf37e64344e1a3b3c62f950b100b/170630_helsedatalovutvalget.pdf).)

I Tyskland har lov om digitalisering av helse- og omsorgstjenester (DVPMG) trådt i kraft, sammen med en forskrift (DiGA) som blant annet setter refusjonsordninger på helseapper. Leger kan med andre ord skrive ut helseapper på resept, en finansieringsordning som gjør at helseapper raskt kan tas i bruk. Belgia og Frankrike har etablert lignende refusjonsordninger, og flere land er på vei, eksempelvis Sverige, Danmark og Finland. Norge er fortsatt et stykke unna implementering av lignende refusjonsordninger. Skal vi utnytte denne kraften må vi så raskt som mulig bygge et felles rammeverk for innovasjon og klinisk utprøving der helsenæringen jobber sammen med helsetjenesten for å fornye og forbedre tjenestene til innbyggerne. Vi ønsker oss derfor ytterligere måleindikatorer: 3.3. Bedriftenes evne til å få tilgang til helsedata for bruk i utvikling og klinisk utprøving av nye digitale helseløsninger. 3.4. Innbyggerens evne til å følge opp egen helse gjennom digitale løsninger. 3.5. Myndighetenes evne til å innføre rammebetingelser og refusjonsordninger som stimulerer til innovasjon og nyskaping.

#### **Mål 4: Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling**

Gitt at Norge må forholde oss til forordningene fra EU ønsker vi oss en konkret handlingsplan som viser hvordan vi som nasjon kan implementere kravene og sikre konkurranseevne inn i et europeisk marked. Vi har ikke tid til å vente til 2030 med å få dette på plass når våre naboland allerede er i ferd med å bygge en infrastruktur som er i tråd med rammeverket, vi bør starte nå og ha det meste på plass til 2025. For å komme raskt i gang med samhandling foreslår vi at alle leverandører og aktører bes dele data inn mot et felles helsearkiv, det bør videre lages strategier for at alle leverandører og aktører kan få tilgang til data for videre innovasjonsaktivitet. Deling av data må hele tiden være med bakgrunn i at pasienten selv samtykker til slik deling og derfor blir en digital samtykkeordning sentral. Vi foreslår følgende måleparametre: 4.1. Manglende rammeverk for å møte EU sine krav til deling av data. 4.2. Eksisterende leverandører og aktørers evne til å adoptere det nye rammeverket som stimulerer til deling av data. 4.3. Innbyggerens evne til å eie og kontrollere egne data. 4.4. Innovasjonsaktiviteter som utnytter en nye nasjonal ordning der data tilgjengeliggjøres gratis.

#### **Mål 5: Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft**

Vi er ikke direkte uenig i beskrivelsen av dette målet. Men, vi mangler handlingskraft og konkretisering. Sammenlignet med andre land i EU og våre naboland sakker Norge akterut på e-helsefeltet og vi etterlyser derfor en mer tydelig plan for å styrke vår konkurranseevne. Under punkt 3 har vi derfor beskrevet

hvordan vi mener strategien bør følges opp. I tillegg foreslår vi følgende måleparametre: 5.1. Årlig gapanalyse i forhold til hva som skal på plass for å møte EUs forordninger. 5.2. Måle om innbyggerne er fornøyd med de digitale verktøy de tilbys og om alle har lik tilgang på disse. 5.3. Måle om bedriftene får den innovasjonskraften de trenger for å lykkes med utvikling av e-helseløsninger. 5.4 Måle hvordan helsetjenesten tar i bruk nye digitale løsninger i sin arbeidspraksis.

#### **Mål 6: Lykkes med å etablere en helseindustri som er internasjonalt konkurransedyktig**

Vi ser at flere av våre naboland og andre land i EU utnytter sin e-helsestrategi til å få fart på innovasjon og implementering av digitale løsninger som kommer innbyggeren til nytte og som endrer strukturen i helsetjenesten i form at innbyggerne i større grad tar ansvar for egen helse. Her bør Norge følge etter og så raskt som mulig iverksette lignende ordninger som stimulerer til nyskaping og innovasjon. Det er viktig at AS Norge definerer helseindustri som en strategisk satsing på tvers av direktoratene, og tilrettelegger virkemidler som stimulere til vekst/skalering/internasjonalisering/eksport. Det å få fart på et hjemmemarked er en veldig viktig suksessfaktor. Men for å dra den overordnede helsestrategi inn i e-helsestrategien kan man bruke eksisterende satsinger til og å bygge leverandørindustri. Satsingen på digital hjemmeoppfølging er et godt eksempel. KS sin e-helsestrategi inklusiv en nasjonal markedsplass som til enhver tid viser godkjente løsninger er et annet et eksempel vi vil trekke frem. En nasjonal ordning for godkjenning og implementering av digitale e-helseløsninger som f.eks apper som også blir gyldig i EU et er tredje eksempel som raskt kan realiseres. Testkapasitet var flagget som en barriere i stm. 18 – Helsenæringen. Et nyere bedriftseksempel omhandler både behovet for å ha enklere tilgang til uttesting av ny teknologi i hjemmemarkedet og ønsket om å utvikle nye, DIGITALE løsninger:

**Bedriftseksempel:** Vi vet at ultralyd-systemer genererer en mengde interessante data; både brukerdata, systemdata og kliniske data, som kan nyttiggjøres til forskjellige formål; forstå brukermønster, forebygge tekniske systemfeil og dermed nedetid for brukerne, videre produktutvikling som gir merverdi for helsetjenesten og pasientene. Det norske selskapet Medistim ønsker å koble seg opp mot ultralydapparatene og journalsystemene for å utnytte data til det beste for helsetjenesten. For å utvikle slike løsninger trengte selskapet å gjennomføre PILOTER og kliniske forsøk, og de har i lang tid forsøkt å få til slike på Ullevål og Haukeland. Selskapet opplevde at kirurgene var svært interessert i å få til disse pilotene, men byråkrati fra helseforetakene og manglende IKT-avdelingssupport lokalt, medførte at de ikke fikk fremdrift. Etter å ha jobbet i et år for å få det til, kom de ikke i mål. Selskapet valgte da å sette kursen mot ett av de største Hjertesentrene i Tyskland, og i løpet av 4 uker kom de i gang med en pilot der. Hvordan skal vi klare å stimulere til utvikling av en HelseINDUSTRI i Norge når vi ikke legger bedre til rette for norske selskaper?

Vi foreslår å etablere en Helsekatapult der helsenæringen og helsetjenesten samarbeider om å hjelpe norske selskaper med å teste ut og legge til rette for implementering av digitale helseløsninger. (som beskrevet i et kunnskapsgrunnlag til SIVA i 2020).

Måleparametere: 6.1. Legge til rette for utvikling og uttesting av digitale helseløsninger 6.2.Etablere en nasjonal helsekatapult som får ansvar for å koordinere testinfrastruktur på e-helsefeltet 6.3. Antall innovasjonsprosjekt som årlig benytter tjenester fra Helsekatapult 6.4. Antall kliniske studier innen e-helse som blir gjennomført i Norge 6.5. Antall godkjente e-helseapplikasjoner som er tilgjengelig på markedsplassen 6.6. Helsetjenestens kjøp av e-helseløsninger 6.7. Eksport av e-helseløsninger.

### 3) Har dere tilbakemeldinger på prosessen for hvordan strategien skal følges opp?

Ja, vi mener som sagt at en strategi på e-helseområdet kan ta utgangspunkt i forordningene som allerede er bestemt av EU. Dermed kan strategien bli mer handlingsorientert og konkret i forhold til måloppnåelse. Det er også behov for å ha raskere målsettinger og at mye allerede er på plass innen 2025 for at Norge skal opprettholde vår konkurranse i et Europeisk marked. Vi foreslår derfor følgende arbeidsfordeling.

**1. EU legger premissene for strategien.** Forordningene fra EU legger premisser for e-helsestrategien. Strategien bør derfor handle om hvordan vi som nasjon skal møte kravene fra EU. Vi ønsker oss derfor en strategi som viser hvordan Norge planlegger å møte disse kravene. Strategien bør implementeres raskt for at helsenæringen får de konkurransefordelene andre land nå jobber med.

**2. Departementene bør eie strategien i fellesskap.** Nærings- og fiskeridepartementet, Helsedirektoratet, Digitaliseringsdirektoratet og Direktoratet for e-helse bør ha **et felles ansvar** for å følge opp strategien og tilrettelegge for at det settes av midler til å iverksette denne.

**3. Norsk Helsenett** bør få ansvar for å legge til rette for at data kan utveksles i tråd med de europeiske forordningene. Det bør så raskt som mulig lages en anbefaling og retningslinjer som gir leverandører og offentlige aktører muligheten til å samarbeide om å etablere et felles innovasjonsøkosystem som utveksler data i tråd med rammeverket i EU.

**5. Helseanalyseplattformen og Helsedataservice** bør bygges opp i tråd med forordningen som foreslås i **EHDS** (European Health Data Space) og tilrettelegges for deling (fortrinnsvis gratis) med næringslivet.

**6. Helsekatapult** - Videre bør Helsenæringen representert v/HealthCatalyst etablere en felles innovasjons- og testinfrastruktur, der forskning, akademia og bedrifter vil få hjelp til å teste ut og implementere nye løsninger i tråd med nasjonale strategier og Europeiske forordninger. Dette senteret bør stimuleres med nasjonale midler i form av å opprette en nasjonal Katapult på helse. Norge kan på denne måten bli attraktiv som testasjon i en europeisk sammenheng samtidig som vårt næringsliv får rammebetingelser for å lykkes i et europeisk marked.

#### **Helsekatapult som et datadrevet innovasjonssystem, samhandlingsplattform**

Vi foreslår etablering av en nasjonal Helsekatapult som samarbeider med Norsk helsenett, myndigheter og helsetjenesten. Målet bør være å bygge opp en nasjonal tjeneste som kan bidra til at Norge møter kravene i forordningene fra EU samtidig som vi lykkes med å bygge en industri innen ehelse. Helsekatapulten kan med fordel samarbeide med næringsaktørene som allerede er i markedet slik at de inngår i økosystemet der man tilrettelegger for deling av data. Testsenteret skal jobbe etter følgende kriterier:

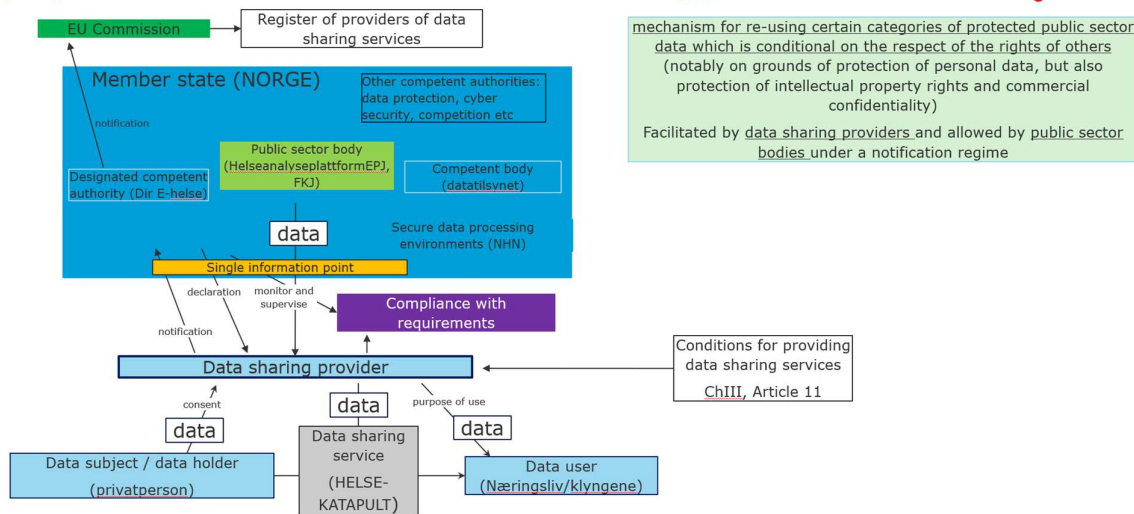
- Lage et testregime i tråd med EU sine forordninger og nasjonale føringer.
- Kvalitetssikre at løsninger som ønsker å etablere seg i nasjonal plattform tilfredsstillende rammeverket for deling av data.
- Sikre tilgang til et Nasjonalt testpanel. Oversikt over pasienter som er tilgjengelige for deltakelse i klinisk utprøving.

- Teste løsninger slik at de bidrar til mer effektiv og bedre helsetjeneste. Samt sjekke at løsningen passer inn i det større bildet, nasjonale strategier og om de møter behov hos helsetjenesten/pasienten.
- Sikre integrasjoner med nasjonale FKJ, EPJ, lovgiving mm
- Sikre at løsningene er trygge i form av pasientsikkerhet, folkehelse, helseberedskap og digital sikkerhet

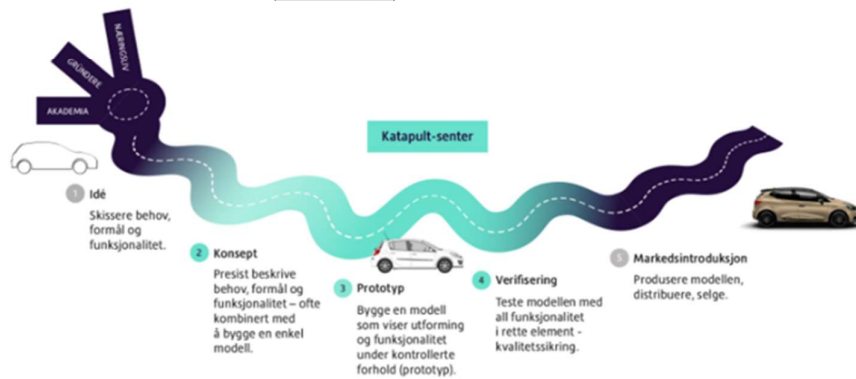
Figuren under viser en mulig modell med ansvarsområder for å følge opp EU sin Data Governance Act som viser rollefordeling mellom myndigheter, en fremtidig Helsekatapult og helsenæringen.

### EU Data Governance Act 2020-0767 proposed notification framework for "data sharing providers"

Also called "data intermediaries"



mechanism for re-using certain categories of protected public sector data which is conditional on the respect of the rights of others (notably on grounds of protection of personal data, but also protection of intellectual property rights and commercial confidentiality)  
Facilitated by data sharing providers and allowed by public sector bodies under a notification regime



#### 4. Andre innspill og tilbakemeldinger?

I vårt innspill over har vi nevnt en del forordninger fra EU som Norge må forholde seg til i forhold til utvikling av en strategi på e-helsefeltet. Disse er derfor beskrevet kort under.

#### Oversikt over EU-regelverk om deling og bruk av data

Mye av regelverket om behandling, deling, bruk og gjenbruk av data kommer fra EU. Gjennom EØS-avtalen, som lar Norge ta del i EUs indre marked, blir dette regelverket også del av norsk lov. Digitaliseringsdirektoratet har laget en oversikt over EU-regelverk på digitaliseringsfeltet som er i kraft eller på trappene og som også gjelder eller vil gjelde i Norge. EU ønsker å være ledende i et datadrevet samfunn. EUs datastrategi fra 2020 lanserte ambisjonen om at Europa skal bli globalt ledende i den datadrevne økonomien ved etableringen av felles europeiske dataområder for en rekke sektorer, blant annet helse. Datastyringsforordningen (Data Governance Act) har som mål å styrke datadelingsmekanismer i hele EU/EØS, og er det første initiativet som har blitt lagt frem i oppfølgingen av strategien. Dette er et av flere sentrale regelverksforslag innen datadeling som vil få stor betydning for fri flyt av data innad i unionen. Etableringen av et europeisk fellesområde for helsedata (European Health Data Space) er en av EUs hovedprioriteringer i dette arbeidet. Målet med etableringen er å fremme grensekryssende utveksling av og tilgang til forskjellige typer helsedata til primær- og sekundærformål. Her deltar Norge og Direktoratet for e-helse aktivt gjennom flere kanaler og prosjekter. Vårt samarbeid med EU gir store muligheter for nasjonal verdiskapning og norsk innflytelse på EU-politikk.

**Personvernforordningen/General Data Protection Regulation (GDPR):** Forordningen ble vedtatt i 2016 og er trådt i kraft i hele EØS-området. Forordningen regulerer blant annet innsamling, bruk, lagring og deling av personopplysninger i både offentlig og privat sektor. Samtidig som alle som behandler personopplysninger tillegges plikter for å håndtere dataene på en trygg måte, gis EØS-borgere utvidede rettigheter til for eksempel innsyn i opplysninger om seg selv, til å få data rettet og til å få data om seg slettet. For noen særlige kategorier av personopplysninger, som informasjon om helse, gjelder særlig strenge regler.

**Åpne data-direktivet/Open Data Directive (ODD):** Direktivet trådte i kraft fra 16. juli 2019 i EU. To hovedprinsipper i direktivet er for det første at **data fra offentlig sektor skal være åpent tilgjengelige for videre bruk for alle som ønsker å bruke dem. For det andre, at data fra offentlig sektor som hovedregel skal gjøres tilgjengelige gratis**, men med visse unntaksregler. Direktivet dekker skriftlig tekst, databaser, lydfiler og film. Noe av hensikten er å legge til rette for rettfærdige konkurransevilkår, slik at ikke bare store etablerte selskaper skal ha mulighet til å kjøpe data fra offentlig sektor. Dataene skal kunne gjenbrukes både for kommersielle og ikke-kommersielle formål.

**Datastyringsforordningen/Data Governance Act (DGA):** Forordningen ble endelig vedtatt 16. mai 2022. Forordningen skal legge til rette for trygg videre bruk av beskyttede data fra offentlig sektor, for eksempel taushetsbelagte data, forretningsdata eller data underlagt opphavsrett. Hensikten er økt deling av data innad i EU og på tvers av sektorer for å bidra til økonomisk vekst, samtidig som man har god kontroll med og skaper tillit til at dataene deles på en forsvarlig måte. **Forordningen åpner også for en ny forretningsmodell med «dataformidlere».** Disse skal tilby trygge måter for firmaer og personer å dele beskyttede data på, som sikrer at dataene gjenbrukes i tråd med regelverket. Privatpersoner skal kunne velge å dele sine data (personopplysninger) for eksempel til forskning, men skal ha full kontroll over hvilke data som deles og med hvem gjennom dataformidleren.

**Dataforordningen/Data Act (DA):** Europakommisjonen la frem lovforslaget 23.2.2022. Det er forventet at forhandlingene kan ta tid. Lovforslaget skal legge til rette for tilgjengeliggjøring og bruk av data, inkludert deling av data mellom næringslivsaktører og fra næringslivet til offentlig sektor, og skal regulere databaser.

Målet er bedre tilgang til data og insentiver for å investere i data, uten å endre de gjeldene reglene for personvern. Lovforslaget skal gjøre det mulig å dele data på en måte som er rettferdig, praktisk og klar, og som bidrar til at vi får et europeisk indre marked for data på tvers av land og sektorer. **Små og mellomstore bedrifter skal få bedre tilgang til data for å kunne utvikle nye tjenester.** Innbyggere skal få bedre kontroll over data de selv generer ved å bruke produkter som samler inn data. Data skal ikke kunne "låses inne" hos de som samler dem inn, og offentlige myndigheter skal få enklere tilgang til data fra privat sektor i krisesituasjoner.

**eIDAS-forordningen:** Vedtatt, men er nå under revisjon. eIDAS-forordningen skal sikre et velfungerende indre marked og et tilfredsstillende sikkerhetsnivå for elektronisk identifikasjon (eID) og tillitstjenester på tvers av EU/EØS-land. Målet er å etablere digitale, sikre og felles aksepterte løsninger som kan brukes grensekryssende til offentlige og private tjenester. Forordningen skal også bidra til at medlemstatene har tillit til hverandres eID-løsninger.

**Kunstig intelligens-forordningen/ Artificial Intelligence Act (AIA):** Kommisjonen la frem forslaget til forordning i april 2021. Forslaget er nå til behandling i Rådet og EU-parlamentet. **Forordningen skal legge til rette for innovasjon og bruk av kunstig intelligens** samtidig som man møter risikoer som kan følge av denne typen teknologi. Reglene vil gjelde for de som utvikler, tilbyr og bruker kunstig intelligens.

**Digitale markeder-forordningen/Digital Markets Act (DMA):** Forordningen trer i kraft oktober/november 2022. Forordningen skal fremme innovasjon, vekst og konkurranse ved å regulere EUs digitale indre marked. EU anser at en del større plattformer opptre som portvoktere (gatekeepers) i digitale markeder. **DMA stiller krav til disse plattformene for å sikre rettferdig og lik markedsadgang og skal gjøre det lettere for små og mellomstore bedrifter og nyetablerte virksomheter å ta del i markedet.** For forbrukere skal dette bety et større utvalg, enklere mulighet til å bytte mellom leverandører og lavere priser. De store plattformene skal fortsatt ha muligheten til å innovere og tilby nye tjenester. Men de vil ikke ha mulighet til å holde på urettferdige praksiser som gir dem selv fordeler på bekostning av mindre virksomheter som er avhengige av portvokternes tjenester for eksempel for å nå ut til kunder.

**EHDS:** European Health Data Spaces. EU utvikler et europeisk fellesområde for helsedata. Den 3. mai 2022 la Kommisjonen fram forslaget til juridisk rammeverk for det europeiske helsedataområdet (European Health Data Space – EHDS). Dette er det første regelverksforslaget fra Kommisjonen for å etablere juridiske europeiske rammeverk for utveksling av data innen gitte politikkområder (såkalte europeiske dataområder –). Kommisjonen argumenterer i sin meddelelse at tilgangen til helsedata vil bidra til styrket helseberedskap, **sette fart på utviklingen av digitale løsninger** for innbyggere og de som arbeider i helse- og omsorgstjenesten, samt legge **grunnlaget for mer og bedre forskning og innovasjon.**

**European Health Data Space del 2 (EHDS2)** vil foregå i perioden 2022-2024. Prosjektet er en praktisk test gjennom ulike bruksmønstre (use cases) for å kartlegge, avdekke og om mulig komme over ulike hindre for tilgang til helsedata for sekundærbruk i EU. Formålet med EHDS2 er å synliggjøre verdien av en samordnet infrastruktur, rettslig rammeverk og økosystem for gjenbruk (sekundærbruk) av helsedata. I tillegg vil man gjennom prosjektet undersøke mulighetsrom og evne til oppskalering til en EU-omfattende infrastruktur, som kjernekomponent i et kommende European Health Data Space.



**Nordic Commons** vil foregå i perioden 2022-2024. Nordic Commons er initiert av Nordisk Ministerråd. Prosjektet forener alle de nordiske landenes helsemyndigheter om felles utfordringer når det kommer til å gi landenes helsevesen, myndigheter, forskere og næringsliv sikker og enkel tilgang til nordiske helsedata. Mål for Nordic Commons er å få på plass hele den såkalte EIF (European Interoperability Framework) modellen med finansieringsordninger, teknisk infrastruktur, semantisk samhandling og standardisering, harmonisering av lover og regelverk, samt organisering og styring. Norge og Finland har tatt førende ansvar i prosjektet, og NordForsk er sekretariat for prosjektet.