

Møte i Nasjonalt e-helseråd

Møte	3/2025	
Dato	16. oktober 2025	
Tid	Kl. 09.00 – 15.00	
Sted	Thon Partner Hotel Kristiansand	
Medlemmer	Ørjan Andersen (Helse Vest RHF) Kjell Wolff (Bergen kommune) Per Olav Skjesol (Helse Midt-Norge RHF) Wenche P. Dehli (Trondheim kommune) Bengt Flygel Nilsfors (Helse Nord RHF) Lilly Ann Elvestad (FFO) Rune Simensen (Helse Sør-Øst RHF) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Mariann Hornnes (Helsedirektoratet) Frode Danielsen Hilde Myhren (Helsedirektoratet) (Digitaliseringsdirektoratet) Christine Bergland (Folkehelseinstituttet) Kai Øivind Brenden (Norsk Kristin W. Wieland (KS) Sykepleierforbund) Svein Lyngroth (Oslo kommune) Johan Ronæs (Norsk helsenett SF) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune)	

Sak	Agenda Nasjonalt e-helseråd	Tidspunkt	Sakstype
21/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden	09:00	Godkjenning
22/25	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helseråd 12. juni 2025	09:05	Godkjenning
23/25	Helse- og omsorgsdepartementet orienterer	09:15	Orientering
	Dagsaktuelt	09:45	
	Pause	10:00	
24/25	Helse Nords arbeid med delte behandlingsplaner i samarbeid med utvalgte kommuner	10:10	Drøfting
25/25	Pågående nasjonale tiltak innen digitalisering i helse og omsorg i kommunal sektor	10:50	Drøfting
	Lunsj	11:30	
26/25	Konsekvenser av Helsedataforordningen	12:30	Drøfting
	Pause	13:30	
27/25	Nye mandater for utvalgene i rådsmodellen	13:40	Anbefaling
28/25	Orientering fra Helsedirektoratet	14:40	Orientering
29/25	Eventuelt	14:55	
	Slutt	15:00	

Sak	Agenda	Sakstype
21/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd godkjenner innkalling og dagsorden.	
22/25	Godkjenning av referat fra Nasjonalt e-helseråd 12. juni 2025	Godkjenning
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd godkjenner referatet fra møtet i Nasjonalt e-helseråd 12. juni 2025.	Vedlegg 1: Referat fra møtet i Nasjonalt e-helseråd 12. juni 2025
23/25	Helse- og omsorgsdepartementet orienterer	Orientering
	Helse- og omsorgsdepartementet orienterer om aktuelle saker.	Ingen toppnotat
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd tar saken til orientering.	
	Dagsaktuelt	
	Kort runde hvor medlemmene kan løfte problemstillinger og dilemmaer de står i. Dette kan gi innspill til saker som kan behandles i rådsmodellen i senere møter.	Ingen toppnotat

24/25	Helse Nords arbeid med delte behandlingsplaner i samarbeid med utvalgte kommuner	Drøfting
	I regi av Helse Nord RHF arbeides det videre med delte behandlingsplaner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Saken gir en orientering om det pågående arbeidet. I saken pekes det på behovet for å ha kjernejournalportalen for Delte Behandlingsplaner (DBEP) tilgjengelig i en overgangsfase frem til API integrasjoner er tilgjengelig i de kommunale fagsystemer.	Vedlegg 2: Toppnotat Helse Nords arbeid med delte behandlingsplaner i samarbeid med utvalgte kommuner
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd drøftet saken. Nasjonalt e-helseråd ber Norsk helsenett SF opprettholde driften av portalløsningen for delte behandlingsplaner (DBEP) frem til nødvendige API integrasjoner er bestilt og levert av kommunale journalleverandører.	
25/25	Pågående nasjonale tiltak innen digitalisering i helse og omsorg i kommunal sektor	Drøfting
	Kommunal sektor står overfor store utfordringer, både med hensyn til økonomi og mangel på arbeidskraft, ikke minst helsepersonell. Digitalisering er et virkemiddel som skal bidra til et godt, rettferdig og likeverdig helsetilbud. Dette forutsetter at digitaliseringstiltak legger til rette for å realisere og beholde gevinster lokalt, i form av å legge til rette for økt effektivitet, være personellbesparende, redusere og/eller utsette behov for tjenester. Hensikten med saken er å gi en oversikt over pågående nasjonale tiltak innen digitalisering i helse og omsorg i kommunal sektor og hvordan disse i sum skal bidra til å skape bærekraftige helsetjenester.	Vedlegg 3: Toppnotat Pågående nasjonale tiltak innen digitalisering i helse og omsorg i kommunal sektor
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd drøftet saken med følgende innspill til oppfølging: (skrives i møtet).	
26/25	Konsekvenser av Helsedataforordningen	Drøfting
	Formålet med saken er å orientere Nasjonalt e-helseråd om Helsedirektoratets oppdrag med å utrede konsekvensene av helsedataforordningen. I den forbindelse ønsker vi å drøfte tre temaer som er viktige for Norges tilpasning til nye krav og muligheter for deling og bruk av helsedata i EU/EØS. De tre temaene er e-resept, pasientoppsummering og sekundærbruk. Helsedirektoratet ønsker innspill til konseptbeskrivelser innenfor de tre temaene.	Vedlegg 4: Toppnotat Konsekvenser av Helsedataforordningen
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd drøftet saken. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med å utrede konsekvenser av helsedataforordningen.	
27/25	Nye mandater for utvalgene i rådsmodellen	Anbefaling
	I henhold til mandatet for Nasjonalt e-helseråd skal E-helserådet vedta mandat for NUFA og NUIT, og Helsedirektoratet vedta for Nasjonalt e-helseråd. Helsedirektoratet har utarbeidet forslag til nye mandater, og ønsker med denne saken å få et vedtak på nye mandater for NUFA og NUIT og innspill på mandat for Nasjonalt e-helseråd.	Vedlegg 5: Toppnotat Nye mandater for utvalgene i rådsmodellen Vedlegg 5A: Mandat for Nasjonalt e-helseråd

	Vedleggene med forslag til nye mandater for NUFA, NUIT og Nasjonalt e-helseråd er lenket opp til Nasjonalt e-helseråd sine sider på Helsedirektoratet.no her i agendaen og i toppnotatet.	Vedlegg 5B: Mandat for NUIT Vedlegg 5C: Mandat for NUFA
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd vedtar de nye mandatene for NUFA og NUIT, forutsatt at Helsedirektoratet innarbeider innspillene gitt i møtet. Nasjonalt e-helseråd har også gitt sine innspill til mandatet for Nasjonalt e-helseråd, som de anbefaler innarbeides før Helsedirektoratet vedtar mandatet for dette utvalget.	
28/25	Orientering fra Helsedirektoratet	Orientering
	Helsedirektoratet vil i møte gi en kort orientering om følgende sak: - KI til helserelaterte spørsmål	Vedlegg 6: Toppnotat Orientering fra Helsedirektoratet
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd tar saken til orientering.	
29/25	Eventuelt	

Referat fra møte i Nasjonalt e-helseråd		
Møte	2/2025	
Dato	12. juni 2025	
Tid	Kl. 10.00 – 16.00	
Sted	Helsedirektoratet, Vitaminveien 4, Storo Oslo	
Medlemmer	Bengt Flygel Nilsfors (Helse Nord RHF) Svein Lyngroth (Oslo kommune) Rune Simensen (Helse Sør-Øst RHF) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Mariann Hornnes (Helsedirektoratet) Kjell Wolff (Bergen kommune) Hilde Myhren (Helsedirektoratet) Wenche P. Dehli (Trondheim kommune) Christine Bergland Ivar Halvorsen (Legeforeningen) (Folkehelseinstituttet) Johan Ronæs (Norsk helsenett SF) Kristin W. Wieland (KS)	
Ikke til stede	Per Olav Skjesol (Helse Midt-Norge RHF) Frode Danielsen (Digitaliseringsdirektoratet) Erik Hansen (Helse Vest RHF) Kai Øivind Brenden (Norsk Sykepleierforbund) Lilly Ann Elvestad (FFO)	
Stedfortreder	Eva Buschmann, FFO, for Lilly Ann Elvestad	
Helsedirektoratet	Siv Ingebrigtsen Karen Lima Lucie Aunan Vibeke Jonassen Wang Bente Andersen Sundlo	

Sak	Tittel på sak	Sakstype
11/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
12/25	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helseråd 20. mars 2025	Godkjenning
13/25	Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier	Drøfting
14/25	Vurdering av behov for endring av samtykkebestemmelsene for kjernejournal for et digitaliseringsvennlig regelverk	Drøfting
15/25	Anbefaling til justert prismodell 2026 for de nasjonale e-helseløsningene	Drøfting
16/25	Bruk av store språkmodeller i helse- og omsorgstjenesten	Drøfting
17/25	Endringer i mandat for Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger	Drøfting
18/25	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	Anbefaling
19/25	Orientering fra Helsedirektoratet	Orientering
20/25	Eventuelt	

Sak	Tema	
11/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden.	
	Det kom ingen innspill til innkalling og dagsorden.	
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd godkjenner innkalling og dagsorden.	
12/25	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helseråd 20. mars 2025	
	KS hadde innspill til sak 3/25 Status på Digital samhandling. En utfordring med årets midler fra Helseteknologiordningen var at mange prosjekt fikk midler, men få fikk det de søkte om. Kommunene oppfordrer KS til å arbeide for at midlene neste år i større grad samordnes fylkesvis for å kunne bidra til økt gjennomføringskraft i mer samlede initiativ.	
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd godkjenner referatet fra møtet 5. desember 2024.	
13/25	Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier	
	Helsedirektoratet har fått i oppdrag å etablere en veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier. En første versjon skal være klar innen 1. oktober 2025.	

	Norunn Saure og Per Ludvig Skjerven, Helsedirektoratet, orienterte Nasjonalt e-helseråd om omfanget i første versjon, og ønsket innspill til hvordan ordningen bør videreutvikles. Innspill: - Nasjonalt e-helseråd er glad for at dette kommer på plass, og ga skryt til arbeidet og likte det de så i demonstrasjonen. - Dette er relevant både for kommunal sektor og spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsdimensjonen inn mot kommunene fra spesialisthelsetjenesten er viktig. - Det ble stilt spørsmål til om det vil være en oppfølging av de godkjenningene som er gitt. Helsedirektoratet svarte at det må være et samarbeid mellom leverandør og den som anskaffer. I tillegg vil rammeverket som KS utvikler gi en viss transparens i avtalen. Samtidig er det dialog rundt hvordan følge opp leverandører som endrer på det de allerede har avtalt, og det skal etableres et myndighetsorgan som følge av EHDS-forordningen. - Norsk helsenett SF nevnte at det å være medlem i helsenettet vil også gi en oppfølging opp mot leverandørene. - Det må være en tidsbegrensning på en godkjenning og på en selvdeklarerer. Vilklårene kan endre seg etter hvert som nye krav kommer inn. Dette skal også sammenstilles med annet lovverk, hvor alt ikke er klart enda. - Vi må stille krav til leverandørene. Samtidig må vi passe på å ikke sette en stopper for innovasjon. Den balansen blir viktig. Helsedirektoratet kommenterte at det er positive tilbakemeldinger rundt brukertester hos store leverandører. - Fra et innbyggerperspektiv er det viktig at det er tillit til løsningene som brukes. Vi ønsker innovasjon og stadig bedre innbyggertjenester. - Hovedutfordringen er at leverandørene ikke alltid leverer på krav som er stilt. Noe som igjen forsinker ibruktagelse. Kommunene er tydelige i sine tilbakemeldinger om behovet for at dette følges opp. Det er viktig for tilliten.
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med etablering av veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier.
14/25	Vurdering av behov for endring av samtykkebestemmelsene for kjernejournal for et digitaliseringsvennlig regelverk
	Erik Hedlund, Helsedirektoratet, og Kristin Lyng, Norsk helsenett SF, orienterte Nasjonalt e-helseråd om samtykkebestemmelsene for kjernejournal og behovet for endring av disse. Det var ønskelig med innspill til dette og få Nasjonalt e-helseråd sin vurdering av viktigheten av arbeidet. Innspill: - Nasjonalt e-helseråd anbefaler å starte prosessen med å endre ordlyd i pasientjournalloven nå. - Helsesektoren har behov for et digitaliseringsvennlig regelverk. - Dagens bestemmelser har vært til hinder for mye av det kommunene har ønsket å få til. - Leverandørene forholder seg til EU. Det at vi i Norge har noe særnorsk gjør det mer krevende. - Grundig og god informasjon ut til både innbyggere og helsepersonell om bestemmelsene er en forutsetning for å lykkes, og for å bevare tilliten. - Reservasjonsretten må forenkles og markedsføres godt. - Tillit til helsetjenesten er viktig. Samtidig ser vi at pasienter forutsetter at helsepersonell har tilgang til viktige opplysninger om pasienten. De få som ønsker å reservere seg er ofte velinformert om det. - Taushetsplikten er viktig. Differensiert tilgangsstyring må det jobbes med, og det må ligge strenge krav rundt autorisasjon.
	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.
15/25	Anbefaling til justert prismodell 2026 for de nasjonale e-helseløsningene
	Norsk helsenett SF har fått i oppdrag å vurdere justeringer i prismodellene som omfatter betaling for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. Kari Jørgensen og Randi Halle-Knutzen Øien la frem saken for drøfting med Nasjonalt e-helseråd. Det ble anbefalt justeringer i prismodell for følgende løsninger: - Pasientens prøvesvar - Kjernejournal - Helsenettet inkludert Grunndata og HelseID for gruppen "øvrige aktører" (alle aktører unntatt kommune og HF). Under dette punktet tydeliggjøres det blant annet at hver selvstendig fastlege ansees som en juridisk ansvarlig, dataansvarlig og har en egen medlemsavtale med Norsk helsenett Innspill: • Vedrørende Fastlegers betaling til helsenettet, inkludert Grunndata og HelseID, er det en usikkerhet knyttet til det å legge det juridiske ansvaret og databehandleransvaret på den enkelte lege, om det vil øke kvaliteten. Regningen må ikke nødvendigvis henge sammen med det juridiske ansvaret. • Det er krevende for kommunene å betale for fastleger. Kommunene har ikke økonomi til det. • Det er tvil om hvorvidt alle kan ta i bruk Pasientens prøvesvar innen 2026. Da er det urimelig med betaling. • Vi må få mer kunnskap om bruken og nyttevurderinger. Vi ønsker å øke kunnskap om nytte og transaksjonsstatistikk før innføring. • KS opplever at prismodellen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten er fordelt skjevt. KS mener at prismodellen må følge helt lik fordelingsnøkkel/prismodell uavhengig av løsning. De viser til at kommunene ilegges 50% ansvar for løsninger som ikke er breddet eller på plass enda, mens spesialisthelsetjenesten betaler ikke for VKP. • KS og kommunene mener at nytten bør vektlegges i fordelingen i prismodellene. Modellene i dag oppleves som et "piske-element" for kommunene, for å få opp bruken. • Helsedirektoratet informerte om at det er gjennomført en internasjonal kunnskapsoppsummering fra NSE om nytte av tilsvarende funksjonalitet som de nasjonale e-helseløsningene representerer i andre land. Link til denne sendes til E-helserådet. • Det er viktig med transparens rundt risikopåslaget på 5% som Norsk helsenett SF legger på drift- og forvaltningskostnader. Norsk helsenett SF kommenterte at de legger frem sine tall for Teknisk beregningsutvalg hvert år. I tillegg tilbakefører de ubrukte midler, som gir en reduksjon på betalingen året etter.
	Vedtak oppdatert: Nasjonalt e-helseråd drøftet foreslåtte prismodeller og ba Norsk helsenett SF ta med seg innspill inn i videre arbeid. Rådet ber om at saksunderlaget til neste års behandling beskriver mer om bruken og det som foreligger av nyttevurderinger.
16/25	Bruk av store språkmodeller i helse- og omsorgstjenesten
	Som del av Felles KI-plan har Helsedirektoratet levert en rapport om store språkmodeller i helse- og omsorgstjenesten. Sveinung Tornås, Helsedirektoratet, presenterte rapporten for Nasjonalt e-helseråd, og ønsket en drøfting av anbefalingene i rapporten med medlemmene. Rune Simensen, Helse Sør-Øst RHF, og Tobias Iveland, Legeforeningen, holdt hvert sitt innlegg knyttet til behov for norske språkmodeller.

	Innspill: - Aktørene i sektoren ønsker et rammeverk og rådgivning for å kunne ivareta sitt ansvar på en god måte. Rammeverket og anbefalinger blir viktig og nyttig for en trygg og sikker bruk av KI. - Legevaktene har en markant økning på telefon fra yngre, med relativt enkle problemer. Her kan KI være besparende for helsepersonell. - Bruken hos helsepersonell må vektas høyt i anskaffelser av KI-verktøy. Det er viktig med de ikke-funksjonelle kravene. - Vi må få mer kunnskap om EU-arbeidet knyttet til når direktivet slår til. - Kommunene er allerede aktive rundt KI. Dette bør tydeliggjøres i arbeidet. - Det må tydeliggjøres hvordan vi skal styre utviklingen og operasjonaliseringen når utviklingen går så fort - Det er ikke helt tydelig hvem som skal være kvalitetsansvarlig for et KI-verktøy. Reelt sett er det virksomheten som blir ansvarlig. Noe som kan være krevende å regulere. - Vi må bruke andre rammeverk for innføring som vi ellers bruker, også til implementering og bruk av KI. Er det funnet å være trygt og nyttig, sett opp i forhold til kostnadene. Vi må søke kunnskap, søke samarbeid med forskning utenfor eget land, og vi må være med på å generere kunnskapen selv. - Følgforskning må tydeligere frem i rapporten. - Det må avklares hva vi som sektor skal gjøre, og hvem som skal gjøre hva. - Vi må se på KI som en integrert del av alt vi gjør i helsetjenesten. - Hvordan KI vil treffe pasientene må tydeliggjøres. Innbyggere vil ha en trygg helsetjeneste. I dag har innbyggere høy tillit til helsepersonell.
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd støtter de foreslåtte tiltakene. Innspillene fra diskusjonen i E-helserådet tas med i det videre arbeidet.
17/25	Endringer i mandat for Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger
	Siv Ingebrigtsen, Helsedirektoratet, ønsket å drøfte med Nasjonalt e-helseråd forslag til endring i mandatet for Teknisk beregningsutvalg, samt 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. Innspill: Forslaget til endringer i mandat for Teknisk beregningsutvalg fikk støtte av Nasjonalt e-helseråd.
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd ga innspill til og stiller seg bak foreslåtte endringer i mandat for Tekniske beregningsutvalg.
18/25	Evalueringsmodell for e-helse
	Helsedirektoratet gjennomfører en evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse. I møte 20. mars anbefalte Nasjonalt e-helseråd at E-helserådet spisses i en mer strategisk retning, NUFA beholdes, og NUITs rolle vurderes. På bakgrunn av dette utarbeidet Helsedirektoratet tre alternative modeller som ble sammenstilt med dagens modell. Siv Ingebrigtsen, Helsedirektoratet, la frem saken i Nasjonalt e-helseråd og ønsket å få deres anbefaling på valg av modell. Videre var det ønskelig å drøfte og få en anbefaling på om vi bør se på andre nasjonale råd og utvalg, og hvordan disse forholder seg til rådsmodellen. KS hadde i forkant av møtet sendt inn et skriftlig innspill til saken, som ble distribuert til medlemmene på forhånd. KS mener at det store antallet råd og utvalg er til hinder for å koordinere, samordne og forankre arbeidet med helseteknologi og digital samhandling, og

	foreslår å slå sammen flere utvalg, og i større grad se sammenhengen mellom Helsedirektoratet og Norsk helsenett. Innspill: - Aktørene ønsker å fortsette med en tredelt modell. Dette har kommet tydeligere og tydeligere frem i løpet av evalueringen. Det er i andre råd og utvalg rundt rådsmodellen mye har skjedd den siste tiden. - KS tok opp behovet for å rasjonalisere og få en tydelighet over hvor beslutningene tas. - Det bør alltid vurderes å gjenbruke eksisterende arenaer før nye etableres. - Samspillet mellom Norsk helsenett SF og Helsedirektoratet er i dag utydelig. Samhandlingen må utnyttes bedre. - Kommunebehovene er blitt tydeligere kommunisert i rådsmodellen gjennom årene. Rådsmodellen er kommunens mulighet til å være med på å drøfte og gi råd til de statlige aktørene og departementet. - Mandatene til de ulike utvalgene i rådsmodellen kan bli tydeligere. - KS og kommunene balanserer sin representasjon i rådsmodellen mellom helsefag og teknologi. Dette bør også gjenspeiles hos RHF-ene. De ulike faglige tjenestene må møtes, på tvers av kommune og spesialisthelsetjenesten. - Det er det nasjonale perspektivet som må løftes frem. - Dersom noen råd og utvalg skal legges ned eller samles, må vi være tydelige på årsaken til det. - Det er en bekymring knyttet til fart og fremdrift i det å lage de sentrale utvalgene store. Helse- og omsorgssektoren må ha operasjonell fart. - Utvalgene må skille mellom den operative gjennomføringen og de strategiske beslutningene. - Helsedatarådet til FHI må inn i den totale oversikten over nasjonale råd og utvalg. - Helsedirektoratet ønsket en gjennomgang av de ulike råd og utvalg rundt rådsmodellen for å gå opp grensegangene mot rådsmodellen. KS sitt innspill tas med inn i dette arbeidet.
	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 gjennomgår og tydeliggjør grenseflaten mot rådsmodellen i dialog med Helsedirektoratet.
19/25	Orientering fra Helsedirektoratet
	Lucie Aunan, Helsedirektoratet, ga Nasjonalt e-helseråd en orientering om følgende saker: - Konsekvensvurdering av europeisk helsedataområde (EHDS) - Nettlege – utprøving av en kommunal digital allmennlegetjeneste - Camilla Dunsæd, Kristiansand kommune, orienterte Nasjonalt e-helseråd om deres ønske med å være prøvekommune og hvordan de har rigget seg for dette. Innspill: - Det er fint å ha en aktiv utprøving. - Det er få i dag som velger videokonsultasjon når de skal bestille time hos fastlegen. - Det kan være krevende å ha personell som skal fylle denne rollen. - Dette er en fin start, men helt sikker ikke den endelige løsningen. - Dette kan bidra til økt selvhjelp og kompetanse. - Det er viktig at perspektivene fra Legeforeningen blir tatt med inn i arbeidet. Fastlegene er ønsket inn i dette.
	Vedtak:

	Nasjonalt e-helseråd tok sakene til orientering.
20/25	Eventuelt
	Camilla Dunsæd, Kristiansand kommune, informerte Nasjonalt e-helseråd om at Datatilsynet har gitt de en bot på 250.000 kr. Etter gjennomført tilsyn med Alarmtelefonens nettside 116111.no. I tilsynet påpekes at sporingspiksler fra firmaene Meta og Snap har vært i bruk, og ført til innsamling av informasjon fra personene som har brukt nettstedet. Kristiansand kommune tok tak i saken umiddelbart. All bruk av sporingsverktøy som leverer informasjon til tredjeparter ble stengt for dette nettstedet.

Til Møte 3/25
Dato 16.10.2025
Saksnummer 24/25
Innretning Drøfting

Sakseier Bjørn Nilsen, Helse Nord RHF
Saksbehandler Ken Gunnar Mathisen, Helse Nord IKT HF; Bjørn Nilsen, Helse Nord RHF

Helse Nords arbeid med delte behandlingsplaner i samarbeid med utvalgte kommuner

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd drøftet saken. Nasjonalt e-helseråd ber Norsk Helsenett SF opprettholde driften av portalløsningen for delte behandlingsplaner (DBEP) frem til nødvendige API integrasjoner er bestilt og levert av kommunale journalleverandører.

Hensikt med saken

I regi av Helse Nord RHF arbeides det videre med delte behandlingsplaner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Saken gir en orientering om det pågående arbeidet. I saken pekes det på behovet for å ha kjernejournalportalen for Delte Behandlingsplaner (DBEP) tilgjengelig i en overgangsfase frem til API integrasjoner er tilgjengelig i de kommunale fagsystemer. Portalløsningen er et virkemiddel for å visualisere til helsepersonell hvorledes de fremtidige arbeidsprosessene arte seg samt bygge tillitt mellom nivåene. Noe som er nødvendig før utvikling av API integrasjoner i de kommunale fagsystemene er igangsatt. Støtte for tett integrasjon og oppdatert funksjonalitet for slike forløp vil bli utviklet som en del av spesialisthelsetjenestens systemer (API integrasjon).

Norsk helsenett SF legger nå ned driften av portalløsningen, noe som medfører at Helse Nord på selvstendig grunnlag må forsøke å bygge tilsvarende portal som tidligere har vært stilt til rådighet av Norsk Helsenett SF for å visualisere og stimulere til nye måter å samhandle på mellom kommuner og sykehus.

Nasjonalt e-helseråd bør diskutere om tjenesten levert av Norsk Helsenett SF bør og skal opprettholdes til nødvendige API integrasjoner er bestilt relatert til de kommunale fagsystemene. Behandlingen av saken bør sees i sammenheng med Helseminister Vestres ønske om å bryte ned grensene mellom sykehus og kommuner.

Bakgrunn

Det forventes at helsetjenestens behandlingsforløp er koordinerte og helhetlige. En oversikt over den planlagte behandlingen bør enkelt kunne deles med pasient, behandlere og andre som trenger den. Dessverre har ikke helsepersonell tilgang til digitale løsninger som gjør det mulig å enkelt dele slik

informasjon. Helsetjenesten preges av utfordringer med utveksling av informasjon mellom ulike tjenestenivå og lite helhetlig tankegang.

Den manglende oversikten og sammenhengen i behandlingen kan gi mindre effektiv behandling, dårligere utnyttelse av ressurser og kan i verste fall være farlig for pasienten. Pasientene må ofte selv koordinere egen behandling på tvers av sine behandlere.

I helsepersonellkomisjonens rapport *Tid for handling* [3] står det at "Digitaliserte løsninger i samhandling er en forutsetning for å håndtere helhetlige pasientforløp på tvers av forvaltnings- og omsorgsnivåer. Så langt er potensialet for å realisere gevinster i liten grad tatt ut" ([NOU 2023:4](#)). En av grunnene til den manglende gevinstrealiseringen er, ifølge rapporten, at de digitale løsningene ikke har tatt utgangspunkt i de reelle behovene.

Prosjekt *Digital behandlings- og egenbehandlingsplan* (DBEP) har fra 2021-2023 utviklet og prøvd ut en løsning og et løsningskonsept som gjør det mulig å samarbeide om pasientens behandlingsplan på tvers av helsevesenet og journalsystemer og med pasienten selv. Løsningen har blitt utviklet smidig og brukernært, og er prøvd ut med reelle pasienter og behandlere i Helse Nord og kommunene Alta, Tromsø, Bodø og Rana, inkludert fastleger. Første versjon (MVP) ble realisert i form av portalløsning på kjernejournal og for pasienten på [helsenorge.no](#). Helse Nord gjennomfører nå et nytt innsiktsarbeid med utvalgte foretak for videreutvikling av løsningskonseptet utviklet av Helsedirektoratet. Men nå mer målrettet mot samhandlingsmønster som antas gi verdi for samtlige aktører i samhandlingskjeden.

Innsiktsarbeidet i Helse Nord peker på at deling mellom sykehus og primærhelsetjenesten er det som gir størst gevinst i pasientbehandlingen. Hovedfokuset i Helse Nord vil derfor være på samhandlingskjeden sykehus-kommune men hvor fastlegene samtidig skal kunne ivareta egen rolle.

God og riktig mat er grunnleggende for god helse og livskvalitet gjennom hele livet. Regjeringen ønsker gjennom strategien «God og Riktig mat hele livet» ([God og riktig mat hele livet - regjeringen.no](#)) å bidra til å skape gode måltidsopplevelser og redusere feil- og underernæring blant eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester i tråd med målene i *Meld. St. 15 (2018-2019) Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*.

«Med en økende andel eldre vil det bli flere med ernæringsutfordringer. I dag er det for få som får vurdert sin ernæringsstatus. Det er derfor behov for mer oppmerksomhet, kompetanse og systematikk i mat- og ernæringsoppfølgingen, slik at den enkelte kan få et individuelt tilpasset mat- og ernæringstilbud. Regjeringen ønsker å legge til rette for et systematisk ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Systematisk ernæringsarbeid betyr at god ernæringspraksis er satt i system. Målet med god ernæringspraksis er at pasienter og brukere får vurdert sin ernæringsstatus slik at de som er i risiko fanges opp og får tilpassede tiltak, for å forebygge feil-underernæring og sykdom som følge av dette».

I Helse Nord vil vi sammen med utvalgte kommuner, jobbe videre med å realisere delte behandlingsplaner innenfor området ernæring. Vi har to pågående samhandlingsprosjekter i regionen. Et på Ernæringscenteret på UNN i samarbeid med Tromsø kommune, samt et prosjekt i Helsefelleskap Finnmark som ser på sammenhengende forløp for pasienter med underernæring. Begge disse prosjektene er i tråd med regjeringens satsning på systematisk ernæringsarbeid.

Det er ingen tvil om behovet for deling av behandlingsplaner, men vi trenger å finne ut hvordan behandlere kan jobbe sammen om delte behandlingsplaner i praksis. Siden samhandling på tvers er en lite utbredt arbeidsmåte i dag, samt at de færreste har jobbet sammen om detaljerte behandlingsplaner, er det behov for prosedyrer og informasjon: Hvordan opprettes en plan? Hvordan kommuniseres det underveis i forløpet? Hvilken informasjon skal deles med hvem og på hvilken måte. Dette er kunnskap det er vanskelig å tilegne seg gjennom teoretisk gjennomgang av pasientforløp. Det er først når

helsepersonell får prøve ut hva som fungerer og ikke fungerer i praksis, at vi kan si hvordan tjenesten bør være. Den tekniske løsningen er ikke det viktigste her, og man kan gjerne ta i bruk noe som ikke er fullstendig i den hensikt å visualisere til klinikere og andre hvorledes et digitalt forløp kan arte seg.

Portalløsning kan være et godt alternativ fordi:

- Den er utviklet og har vist at samhandling kan fungere gitt (forutsetninger/begrensninger)
- Den er den eneste fungerende løsningen hvor et bredt antall behandlere kan få tilgang til de samme opplysningene (tilgjengelig på kjernejournal), og den må ikke anskaffes fra en leverandør.

Forutsetningen er at vi starter med et begrenset antall pasienter i et kontrollert miljø, hvor alle involverte behandlere og pasienter er kjente før vi går i gang.

Gjennom å legge utviklingen opp mot ulike samhandlingsprosjekter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF får prosjektet Digitale innbygger og samhandlingstjenester (DIS) direkte tilgang til fagmiljø som jobber konkret med samhandling på tvers, og samhandlingsprosjektene får tilgang til et verktøy de kan bruke til å løse sine problemstillinger med. Siden disse prosjektene allerede er i gang og skal gå i en begrenset periode, er det tidskritisk at vi kan tilby dem et arbeidsverktøy. Tilgang til portalløsningen vil derfor være nødvendig da man ikke kan ha en fungerende integrasjon i fagsystem på plass innen disse prosjektene skal være avsluttet. Dette betyr at tilgangen på viktig fagressurser til utviklingen er tidsbegrenset og at vi derfor må bruke de verktøyene vi har tilgjengelig nå.

Når vi har løst den tekniske og organisatoriske utfordringen med å dele behandlingsplaner innenfor et fagfelt (ernæring) kan vi enklere ta dette videre til andre viktige områder, eksempelvis sårstell og andre fagområder hvor sykepleiere ved sykehus samhandler tett med den kommunale helsetjenesten. Etter hvert som vi får åpnet for deling av behandlingsplaner for flere fagfelt kan vi begynne å se på sammenstilling av disse for å skape en overordnet behandlingsplan for pasienten.

Norsk Helsenett SF har gitt signaler på at de i første omgang vil fokusere på å dele egenbehandlingsplaner mellom DHO leverandør og fastlege. Noe som medfører at de ikke bruke ressurser på å opprettholde portalløsningen som i sin tid ble utviklet i Helsedirektoratets DBEP prosjektet. Denne er slik vi forstår det av en e-post fra 10.09 planlagt nedlagt og vil derfor ikke være tilgjengelig for utprøving. På grunn av usikkerheten rundt eksistensen til DBEP portalen har vi satt en hel rekke utprøvinger på vent. Disse må vi nå finne alternativ teknisk løsning for. Det er derfor svært uheldig dersom tilgang til KJ portal avsluttes, før det er utviklet et tilsvarende eller bedre alternativ for flere fagsystem. Kjernejournal portal for DBEP bør derfor opprettholdes for sektor.

Oppsummering

Med alt som foregår på samhandlingsområdet i Helse Nords nedslagsfelt, mener vi at alt ligger til rette for en god utvikling av delte behandlingsplaner i samarbeid med utvalgte kommuner. Vi har sikret tilgang til helsepersonell ved alle behandlernivå som vil jobbe med samhandling. Vi har med oss kommunal ledelse gjennom helsefelleskapene som sikrer kontakten mot kommunale EPJ leverandører.

Dessverre uten tilgang til kjernejournalportalen for DBEP i utviklingsfasen som verktøy for å visualisere samhandlingen rundt ernæring og andre områder. Noe som Helse Nord i så fall må finne kompenserende løsning for.

Helseminister Vestres ønske om å bryte ned grensene mellom sykehusene og kommunene tilsier at sektoren burde ha en gjensidig interesse i å understøtte det arbeidet som nå pågår i Helse Nord. Samt sikre at eksisterende portalløsning for delte behandlingsplaner holdes i drift frem til nødvendige API integrasjoner er bestilt og levert av leverandører i kommunal sektor. API integrasjon for sykehus vil

bestilles som en del av Helse Nord prosjekt gjeldende DIPS ASA gjeldende ernæring. Erfaringer her kan gjenbrukes ovenfor kommunale leverandører.

I vedlegg 1 finnes en nærmere beskrivelse av ønsket pasientforløp innen ernæring med tilhørende GAP analyse som planlegges realisert i tett dialog med fagmiljøene. Utvikling skal gjøres brukernært med så stor grad av visualisering av forløpene som mulig slik at helsepersonellet forløpende kan gi innspill på forbedring av samhandlingsmønsteret. Prosjektet skal understøtte en tillitsbasert samhandling mellom nivåene.

Videre saksprosess

Det er ikke planlagt videre saksprosess.

Vedlegg 1:

Dette dokumentet handler om hvordan vi kan forbedre samarbeidet rundt ernæringssvikt i helsetjenesten. Sammen med Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og kommunen har vi laget et pasientforløp som viser hvordan ernæringsarbeidet bør gjennomføres. Dette forløpet er brukt som grunnlag for en GAP-analyse, som skal vise hva som mangler i dagens praksis og hva som kan gjøres bedre. I tillegg ser vi på hvordan den digitale løsningen pasientens plan kan bidra til bedre informasjonsflyt og samarbeid mellom ulike deler av helsetjenesten.

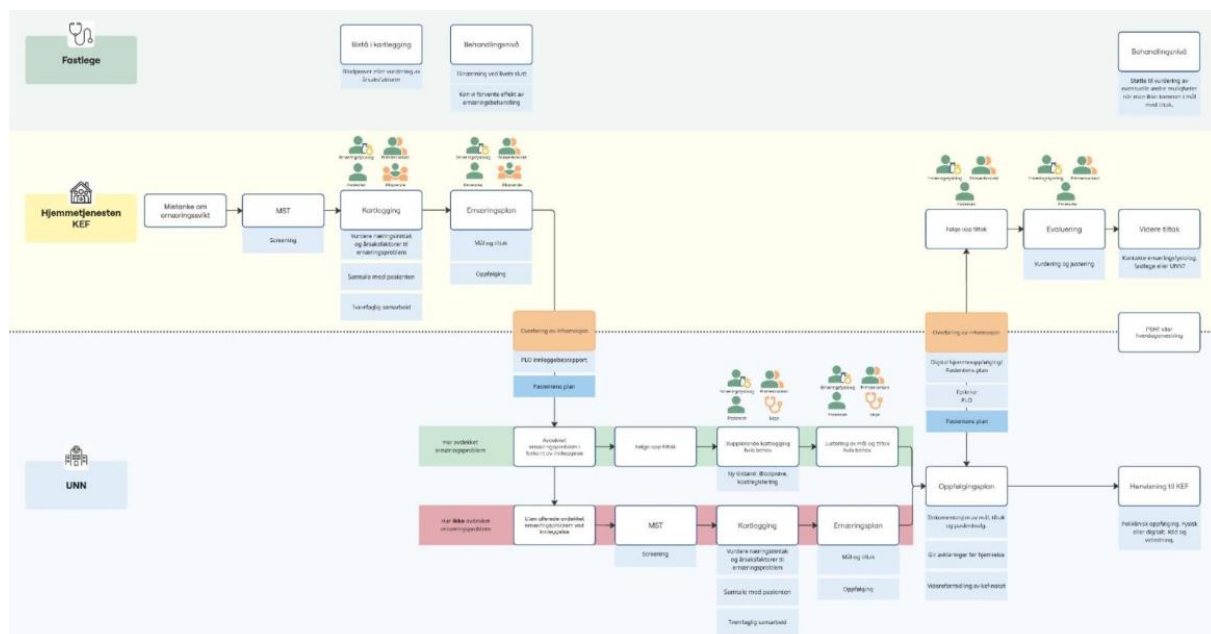
Leverandørdialogen med Norsk Helsenett (NHN) viser at det fortsatt er behov for løsningen, selv om NHN har valgt å ikke gå videre med utviklingen. Det er særlig behov for bedre integrasjon med journalsystemene og funksjoner som gjør det lettere å samarbeide på tvers.

Pasientforløpet

Pasientforløpet for ernæring er laget i samarbeid med UNN og kommunen. Vi har hatt flere møter der vi har snakket om hvordan arbeidet fungerer i dag, hvilke utfordringer som finnes og hva som bør bli bedre. Målet har vært å lage et tydelig og praktisk forløp som tar vare på pasientens behov og gjør det enklere for fagpersoner å samarbeide.

Forløpet inneholder tidlig oppdagelse av ernæringssvikt, kartlegging, planlegging av tiltak, oppfølging og vurdering. Det legger vekt på tydelige roller, god dokumentasjon og informasjonsdeling mellom nivåene i helsetjenesten. Det er basert på hvordan vi ønsker at det skal fungere i dag.

Gjennom arbeidet har vi fått bedre innsikt i hvor det svikter og hva som mangler for dette skal fungere i praksis. Dette gir oss en klarere forståelse av hvor pasientens plan kan gjøre en forskjell, og hvordan den kan bidra til bedre informasjonsflyt og koordinering.



GAP-analysen

GAP-analysen bygger på pasientforløpet og viser forskjellen mellom hvordan arbeidet med ernæringssvikt burde fungere i dag. Den hjelper oss med å se hvor det mangler rutiner, verktøy eller samarbeid og hva som må til for å forbedre arbeidet.

Analysen er delt inn i ulike deler av forløpet som screening, kartlegging, planlegging og oppfølging. For hver del ser vi på hva som gjøres i dag, hva som er ønsket praksis og hvilke tiltak som kan bidra til å tette gapet. Dette gir et tydelig bilde av hvor utfordringene ligger og hva som må til for å få til bedre samhandling.

Et viktig mål med analysen er å forstå hvordan pasientens plan kan brukes som støtte i arbeidet. Selv om løsningen er nevnt i forløpet, er det ikke klart hvordan den skal brukes i praksis.

Leverandørdialogen med NHN viser at det finnes behov for bedre integrasjon med journalsystemene og at løsningen må utvikles videre for å fungere godt for både helsepersonell og pasienter.

GAP-analysen viser at pasientens plan kan være nyttig på flere områder:

- Den kan bidra til at alle aktører jobber i samme plan og har tilgang til oppdatert informasjon.
- Den kan gjøre det lettere å følge opp tiltak og evaluere fremgang.
- Den kan gi pasienten bedre oversikt og mulighet til å være aktiv i egen oppfølging.

Fase i forløpet	Dagens situasjon	Ønsket situasjon	Gap	Hvordan Pasientens plan kan bidra
Mistanke om underernæring	Ulik praksis for å fange opp risiko	Tidlig og systematisk identifisering	Manglende rutiner og verktøy på tvers	Kan gi oversikt over tidligere vurderinger og informasjon
Screening (MST)	Utføres sporadisk	Standardisert og regelmessig screening	Manglende struktur og oppfølging på tvers	Kan dokumentere screeningresultater og dele med UNN og kommunen
Kartlegging	Ulik kvalitet og dokumentasjon	Helhetlig og tverrfaglig kartlegging	Manglende felles tilgang og struktur	Kan samle kartlegging fra ulike aktører
Ernæringsplan	Varierende innhold og ansvar	Individuell plan med mål og tiltak	Uklart ansvar og manglende oppfølging	Kan være felles arbeidsdokument for alle involverte
Oppfølging og evaluering	Lite systematisk	Regelmessig evaluering og justering	Manglende rutiner og dokumentasjon	Kan gi oversikt over tiltak og fremdrift
Informasjonsflyt og samhandling	Fragmentert mellom nivåer	Sømløs samhandling	Manglende teknisk og organisatorisk støtte	Kan være felles kanal på tvers hvis man kan integrere Pasientens plan med EPJ og Helsenorge

For at dette skal fungere så må løsningen være enkel å bruke, integrert i systemene som helsepersonell allerede jobber i og ha tydelige rutiner for ansvar og oppfølging.

Til Møte 3/25
Dato 16.10.2025
Saksnummer 25/25
Innretning Drøfting

Sakseier Kristin Weidemann Wieland, KS
Saksbehandler Terje Wistner

Pågående nasjonale tiltak innen digitalisering i helse og omsorg i kommunal sektor

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd drøftet saken med følgende innspill til oppfølging:
(Skrives i møtet)

Hensikt med saken

Kommunal sektor står overfor store utfordringer, både med hensyn til økonomi og mangel på arbeidskraft, ikke minst helsepersonell. Digitalisering er et virkemiddel som skal bidra til et godt, rettferdig og likeverdig helsetilbud. Dette forutsetter at digitaliseringstiltak legger til rette for å realisere og beholde gevinster lokalt, i form av å legge til rette for økt effektivitet, være personellbesparende, redusere og/eller utsette behov for tjenester. Hensikten med saken er å gi en oversikt over pågående nasjonale tiltak innen digitalisering i helse- og omsorg i kommunal sektor og hvordan disse i sum skal bidra til å skape bærekraftige helsetjenester.

Bakgrunn

Selv i en presset kommuneøkonomi er det stor aktivitet på digitalisering og innføring av ny teknologi innen helse- og omsorg. Dette er basert på hypotesen om at pågående digitaliseringstiltak skal gi konkrete gevinster, med spesiell vekt på økonomisk bærekraft.

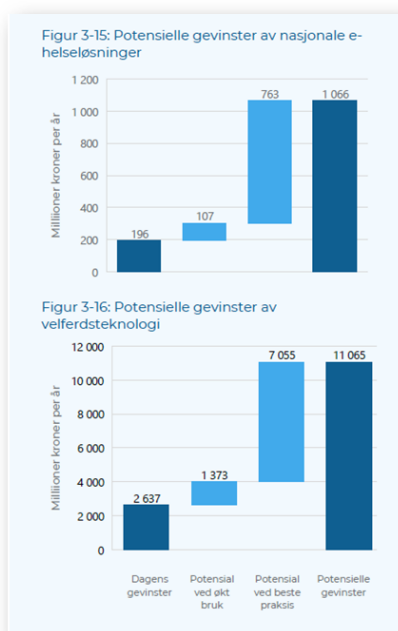
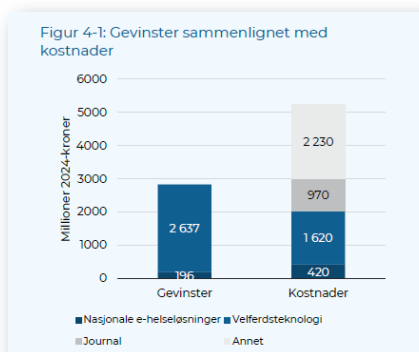
Utfordringsbildet er godt kjent med mangel på helsepersonell, økte kostnader innen digitalisering og en rekke barrierer som forsinker gevinstrealisering. Ikke minst beskriver mange kommuner utfordringer med anskaffelsesprosesser, der det er lite samsvar med de de bestilte og det de fikk. Det er viktig at løsningene som tas i bruk i kommunal sektor er tilpasset kommunenes behov – dette gjelder ikke bare de lokale løsningene, men også de nasjonale e-helseløsningene.

Videre, 80% av kommunene beskriver gevinstrealisering ved digitalisering som ett av de mest utfordrende områdene som arbeidsgivere. Ettersom nær 50% av kommunene er under 5000 innbyggere er det også krevende for den enkelte kommune å oppfylle alle krav til kompetanse ved digital transformasjon.

KS har et særskilt mandat til å ivareta samordning og samstyring innen digitalisering, for alle de 357 kommunene og 15 fylkeskommuner. I tillegg skal KS være pådriver for fellesløsninger og være premissgiver for arkitektur og standarder. Dette gir et godt utgangspunkt for samarbeid på tvers av kommunal sektor som bidrar til felles prioritering om tiltak som gir reell effekt for innbygger og ansatte.

En FoU gjennomført av Oslo Economics, på vegne av KS, viser at vi ikke har tatt ut potensialet ved digitalisering innen helse. De peker spesielt på at det er to områder som det bør legges vekt på for å bidra til økt gevinstrealisering; 1) større volum og skalering av helseteknologi som en del av tjenesteutviklingen, 2) beste praksis ved bruk av helseteknologi – lære av de beste og justere egne tjenester for å ta ut gevinster.

Gevinstene er i sum mindre enn kostnadene, men kan økes ved systematisk arbeid med beste praksis (*forutsatt at løsningene er tilpasset kommunenes behov*)



Med bakgrunn i dette har KS har sammen med medlemmene iverksatt en rekke tiltak som skal understøtte digitalisering innen helse- og omsorg, som en del av et felles journal- og velferdsteknologiløft:

1. Felles og samlet prioritering av innføringsklare løsninger og løsninger som fortsatt er til utprøving, der prioriteringen forutsetter at løsningene gir reelle effekter i kommuner og fylkeskommuner
2. Felles rammer og anbefalinger som støtter kommunal sektor ved fremtidige anskaffelser av journalsystemer og velferdsteknologi¹
3. Felles modell for utprøving, innføring og nettverk som støtter kommunene ved utbredelse og gevinstrealisering av nye løsninger²
4. Selvedeklareringsløsninger som understøtter nasjonale tiltak med godkjenningsordninger
5. Helhetlig tjenestemodell som bidrar til å heve kompetansen for hva som skal til for å lykkes med innføring av helseteknologi i kommunene, med spesiell vekt på roller, ansvar og oppgaver
6. Utvikling og utprøving av informasjonsdelingstjenester som kommunale tjenester og NEWS 2³
7. Felles og samlet leverandørdialog for anskaffelse av felles funksjonalitet og grensesnitt

¹ <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/e-helse/felles-rammer-og-anbefalinger-ved-anskaffelser/om-felles-rammer-og-anbefalinger/>

² <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/e-helse/ks-nettverk-e-helse/>

³ <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/journalloft/utproving-av-felles-samhandlingstjenester/>

I tillegg vurderer KS sammen med medlemmene flere nye tiltak som:

1. Beste praksis senter som en tjenestenær og aktiv støtte til kommunene om innføring og gevinstrealisering av helseteknologi
2. Vurdere nye finansieringsmodeller som bidrar til å redusere kostandstrykket og øke gjennomføringskraften
3. Rammeavtaler gjennom KS Digital for å legge til rette for raskere anskaffelsesprosesser i sektoren, og derved øke takten for innføring og bruk av ny teknologi – spesielt på velferdsteknologiområdet
4. FoU om KI-helse for å vurdere muligheten for skalering av vellykkede KI-initiativ
5. Nordisk erfaringsdelingsarena for å øke bevisstheten om nye muligheter og tiltak for kommuner og fylkeskommuner sammen med næringslivet. Ikke minst se dette inn mot EHDS og «single market» tilnærming.

I hovedsak er det mye som pågår parallelt, ikke minst på den nasjonale arenaen med samhandlingsløsninger. Dette er bra, men det er også viktig at tiltakene kommer i en rekkefølge og på en slik form at summen av tiltak gir reelle gevinster. Vi har ikke råd til å bruke mye tid på prosjekter som har usikre gevinster og som krever mye kapasitet i sektoren. Det pågår mye arbeid med anskaffelse av nye journallløsninger, som krever mye tid i kommuner og fylkeskommuner, og som kan gå på bekostning av kapasitet tilgjengelig for nasjonale prosjekter. Dette fører til et behov for å prioritere sammen med sektoren som helhet. Når vi også opplever at leverandørene mangler kapasitet på grunn av mange og ukoordinerte bestillere skaper vi en situasjon der vi mangler styringsevne for egne tiltak.

KS ønsker med denne saken å orientere Nasjonalt e-helseråd om de tiltakene som er iverksatt i kommunal sektor, og som skal bidra til bedre og mer bærekraftige helsetjenester. Samtidig ønsker KS en drøfting i Nasjonalt e-helseråd om følgende:

1. Hvordan sikre at prioriteringene i sektoren harmoniseres slik at de gir en økt gjennomføringskraft og mulighet for gevinstrealisering
2. Hvordan samarbeide om tiltak inn mot leverandørmarkedet slik at kapasiteten er rettet mot sektorens egne prioriteringer
3. Hvordan videreutvikle modeller i fellesskap for støtte virksomhetene ved innføring og gevinstrealisering, som ved nasjonale beste praksis sentre
4. Hvordan sikre skalering av vellykkede informasjonsdelingstjenester, både innad og mellom kommuner, men også med spesialisthelsetjenesten

Videre saksprosess

Saken drøftes i Nasjonalt e-helseråd og det vurderes eventuelle felles tiltak og initiativ som bør tas med i den nasjonale e-helsestrategien. Saken tas tilbake til Nasjonalt e-helseråd før sommeren 2026 for en statusoppdatering.

Til Møte 3/25
Dato 16.10.2025
Saksnummer 26/25
Innretning Drøfting

Sakseier Lucie Aunan
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

Konsekvenser av Helsedataforordningen

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd drøftet saken. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med å utrede konsekvenser av helsedataforordningen.

Hensikt med saken

Formålet med saken er å orientere Nasjonalt e-helseråd om Helsedirektoratets oppdrag med å utrede konsekvensene av helsedataforordningen. I den forbindelse ønsker vi å drøfte tre temaer som er viktige for Norges tilpasning til nye krav og muligheter for deling og bruk av helsedata i EU/EØS. Temaene krever nasjonal avklaring og berører blant annet tekniske, organisatoriske og juridiske forhold ved implementering. De tre temaene er e-resept, pasientoppsummering og sekundærbruk. Helsedirektoratet ønsker innspill til konseptbeskrivelser innenfor de tre temaene.

Bakgrunn

Helsedataforordningen (EHDS) trådte i kraft i EU 26. mars 2025, og kommer til anvendelse i EU fra 26. mars 2027. Forordningen er EØS-relevant, og EØS-behandlingen pågår. Departementet tar sikte på at forordningen skal komme til anvendelse i Norge samtidig som i EU. Flere tiltak må gjennomføres de kommende årene for å være klare til implementering.

Helsedirektoratet har i tillegg til tildelingsbrev for 2025 fått tre oppdrag knyttet til utredning av konsekvensene av helsedataforordningen:

- Innspill til høringsnotat om økonomiske og administrative konsekvenser (frist 15.11)
- Innspill til budsjettforslag for 2027 med forenklet samfunnsøkonomisk analyse (frist 15.11)
- Fullstendig samfunnsøkonomisk analyse som bygger på deloppdrag 2 (frist 1.5.2026)

Arbeidet er organisert i innsatsområder knyttet til nasjonale løsninger og oppgaver som blir påvirket av innføring av forordningen, i henholdsvis 2027 og 2029. Innsatsområdene er e-resept, pasientoppsummering, innbyggers rettigheter, sekundærbruk, myndighetsfunksjoner og markedskrav.

Helsedirektoratet samarbeider med flere aktører (De regionale helseforetakene, KS, Apotekforeningen, Legeforeningen, Tannlegeforeningen, Norsk fysioterapiforening, Folkehelseinstituttet, Direktoratet for medisinske produkter, Norsk Helsenett SF) gjennom Fellesmøter ledet av Helse- og omsorgsdepartementet. Viktige problemstillinger og funn legges frem for nasjonal rådsmodell utover høsten. Direktoratet deltar også i Norsk helsenetts fora knyttet til helsedataforordningen.

Krav i helsedataforordningen som er relevant for tiltakene

Det pågår vurderinger av hvordan kravene i helsedataforordningen skal forstås. Under følger en overordnet beskrivelse av direktoratets forståelse av de kravene som er relevant for konseptene som beskrives i dette saksgrunnlaget. Det vil også være en presentasjon av dette i møtet.

E-resept og pasientoppsummering

E-resept og pasientoppsummering er to av fem prioriterte kategoriene av helseopplysninger¹ som det knytter seg rettigheter og plikter til etter helsedataforordningen. Pasientoppsummering kan inneholde 18 hovedkategorier av opplysninger, hvor legemiddellisten er en av disse. EU-kommisjonen skal innen mars 2027 fastsette tekniske spesifikasjoner i gjennomføringsrettsakter for de prioriterte kategoriene. Gjennomføringsrettsaktene for pasientoppsummering og e-resept kommer til anvendelse i EU fra 26. mars 2029.

Helsedataforordningen stiller krav til at helsepersonell, uavhengig av medlemsstat, skal ha tilgang til de prioriterte kategoriene av helseopplysninger, hvorav e-resept og pasientoppsummering skal være tilgjengelig fra 26. mars 2029. Pasientoppsummeringen og e-resepter skal kunne deles nasjonalt og til andre EU/EØS-land. Tilgangen skal skje gjennom én eller flere tilgangstjenester for helsepersonell, og utvekslingen over landegrensene skal skje på et felles europeisk utvekslingsformat (EU-format) og via nasjonale kontaktpunkt og MyHealth@EU. Dette innebærer at forordningen gir medlemslandene handlingsrom til å bestemme hvordan delingen skal løses internt. Forordningen stiller ikke krav om EU-format ved nasjonal deling. Forordningen innebærer ikke at helsepersonellet og virksomhetene plikter å registrere opplysningene direkte på EU-format. Det er uklart om gjennomføringsrettsaktene vil stille krav til hvilke legemiddelgrunndata som skal benyttes i e-resepter. Forordningen berører ikke nasjonale rettigheter til refusjon knyttet til resepter og forvaltning av disse.

Etter helsedataforordningen skal fysiske personer fra mars 2029 ha følgende rettigheter knyttet til e-resepter og pasientoppsummeringer gjennom elektroniske innbyggertjenester:

- rett til digitalt innsyn
- rett til å be om å få nedlastet en kopi på EU-formatet
- rett til å overføre nedlastet kopien til selvvalgt helsevirksomhet
- rett til å be om en helsevirksomhet overfører disse til en helsevirksomhet i et annet EU/EØS-land via nasjonalt kontaktpunkt og MyHealth@EU
- rett til å registrere egen informasjon

I helsedataforordningen er det stilt krav om at pasientjournalssystemer blant annet skal inneholde en interoperabilitetskomponent, som er en programvarekomponent som innebærer at de prioriterte kategoriene kan utveksles på EU-formatet. Direktoratets foreløpige vurderinger er at disse kravene gjelder for produsenter og andre markedsaktører av pasientjournalssystemer som enten skal plasseres på markedet eller skal tas i bruk for første gang i EU/EØS fra det tidspunktene bestemmelsene kommer til anvendelse (dvs. fra 26. mars 2029 for e-resept og pasientoppsummering). Dersom et pasientjournalssystem blir vesentlig endret eller oppgradert kan det på visse vilkår bli vurdert til å være et nytt produkt. I tillegg gjelder disse kravene, fra 26. mars 2031, for pasientjournalssystemer som er utviklet og i bruk i helseinstitusjoner eller som er tilbudt som en tjeneste til en fysisk eller juridisk person i EU etter (EU) 2025/1535.

¹ E-resepter og utleveringsinformasjon, pasientoppsummeringer, resultater av medisinske undersøkelser inkludert bl.a. laboratoriesvar, billediagnostiske undersøkelser med svarrapporter, utskrivningsrapporter

Sekundærbruk

Et av formålene med helsedataforordningen er å tilrettelegge for sikker og effektiv tilgjengeliggjøring av helsedata til sekundære formål som forskning, innovasjon og politikkutforming. Helsedatainnehavere pålegges å gjøre tilgjengelig en rekke kategorier av elektroniske helsedata (ref. artikkel 51). Definisjonen av helsedatainnehaver i artikkel 2 nr. 2 bokstav t) er bred og mange aktører i helsesektoren vil omfattes av plikten til å gjøre helsedata tilgjengelig. Dette gjelder data fra pasientjournal, prøvesvar, legemidler, billeddiagnostikk, genetiske og biologiske data, data fra kliniske studier, medisinsk teknisk utstyr med mer. En del av kategoriene finnes i dag i norske registre og andre eksisterende systemer.

Medlemsland, inkl. EØS-stater, skal utpeke minst ett organ for tilgang til helsedata (Health Data Access Bodies, HDAB), i tråd med artikkel 55, for å utføre oppgavene og pliktene som følger av artiklene 57, 58 og 59. HDABene kan være nye eller eksisterende organer. I stater som velger å utpeke flere organer, skal én fungere som koordinerende HDAB. I juni i år ble FHI offisielt utpekt som koordinerende Health Data Access Body (HDAB) i Norge. Det er behov for å avklare hvordan HDABs oppgaver og ansvar skal håndteres og organiseres i Norge.

Tiltak som blant annet må iverksettes for å imøtekomme kravene i helsedataforordningen

Som en del av den samfunnsøkonomiske analysen av konsekvensene av helsedataforordningen ser Helsedirektoratet på ulike veivalg (konsepter) for hvordan kravene til helsedataordningen kan oppfylles i Norge. Under følger en kort og overordnet beskrivelse for de tre områdene. Arbeidet er foreløpig og fortsatt under arbeid.

E-resept

Kravene i helsedataforordningen er omfattende og treffer flere aktører på e-reseptområdet, og det må gjennomføres flere tiltak for å oppfylle dem. Helsedirektoratet ser på ulike konsepter for hvordan kravene til e-resept og legemiddellisten i pasientoppsummeringen kan oppfylles i Norge, og ser dette i sammenheng med innføring og videreutvikling av pasientens legemiddelliste, e-multidose og e-resept.

Helsedataforordningen vil blant annet stille krav til interoperabilitet for utveksling av opplysninger om e-resept og legemiddeldata i pasientoppsummeringer fra mars 2029. For at helseopplysningene skal kunne utveksles mellom pasientjournalssystemer må disse være compatible med og støtte det felles europeiske utvekslingsformatet. Helsedirektoratet har foreløpig identifisert tre alternative konsepter for å oppfylle kravene i helsedataforordningen:

- Konsept 1: Konvertering ved grensen
- Konsept 2: Nasjonal samhandling på EU-format
- Konsept 3: Nasjonal samhandling på EU-format og forenkle samhandlingen

Pasientoppsummering

Pasientoppsummering er et sett av de mest nødvendige helseopplysninger om pasienten for å raskt få oversikt og sikre god pasientbehandling. Behovet for en pasientoppsummering er spesielt nyttig ved uplanlagte sykdomsforløp, men også for å få raskt oversikt i planlagte forløp. Vi forutsetter at pasientoppsummeringen holdes løpende oppdatert, gjøres tilgjengelig fra en sentral infrastruktur, og at vi i størst mulig grad bygger videre på eksisterende løsninger og initiativ (som f.eks. digital samhandling).

Innholdet som en antar blir obligatorisk i 2029 er følgende: Implantater og annet medisinsk utstyr, kritisk informasjon utenom allergier og intoleranser, Allergier og intoleranser, Legemiddel-oppsummering, Helseproblemer, Inngrep og andre prosedyrer, der det i de to siste kategoriene ikke finnes en ferdig oppsummert kilde i dag. I arbeidet med konsepter, fokuseres det derved mest på disse områdene i denne fasen av arbeidet.

I arbeidet med konsepter er det etablert noen felles forutsetninger:

- Vi definerer en pasientoppsummering som en felles, dynamisk oppsummering for en pasient med helseopplysninger fra flere kilder, ikke et statisk dokument.
- Der det finnes kilder til ferdig oppsummerte helseopplysninger som passer med pasientoppsummeringer, skal disse kildene benyttes.
- Tilgang til en felles pasientoppsummering skal skje via en sentral infrastruktur for både helsepersonell og innbygger, og ikke system til system. Sentral infrastruktur skal også benyttes for sammenstilling og videre bearbeiding som mapping eller oversetting.
- Dokumentasjon og visning av helseopplysningene i en pasientoppsummering skal skje i dagens klinikerløsninger og innbyggerløsninger.

Helsedirektoratet har foreløpig identifisert fire konsepter som alle bruker eksisterende kilder til oppsummerte helseopplysninger (pasientens kritiske informasjon og pasientens legemiddelliste), men etablerer nye kilder til seksjonene "Helseproblemer" og "Inngrep og andre prosedyrer". Konseptene er bygget opp etter fordeling av ansvar, samt hvor og hvordan helseopplysningene i disse to seksjonene blir oppsummert, og er som følger:

- Konsept 1: Fastlege vedlikeholder oppsummering i eget EPJ - forutsetter utvikling hvert EPJ-system og ny arbeidsprosess for fastlegene
- Konsept 2: Automatisk oppsummering fra nasjonale kilder (KPR og NPR). Usikkert om kvalitet av opplysningene blir gode nok.
- Konsept 3: Nasjonale kilder med redigerte opplysninger og sentral lagring, herav samme løsningsmønster som kritisk informasjon i kjernejournal. Medfører ny arbeidsprosess for helsepersonell.
- Konsept 4: Automatisk innhenting fra lokale EPJ-systemer, forutsetter at alle EHR-systemer implementerer harmonisert interoperabilitets-komponent på EU-format

Alle konseptene er avhengig av at pasientens legemiddelliste og kritisk info er innført og i bruk nasjonalt, og at de kan tilpasses eller konverteres til EU-format. Vi har lagt vekt på løsninger som bruker eksisterende kilder, unngå store endringer i arbeidsprosesser og gjenbruke nåværende teknisk infrastruktur mest mulig. Vi forventer at konsepter som ikke er avhengig av store endringer i hvert EHR-system og som ikke innebærer endringer av helsepersonellens arbeidsprosesser medfører lavere total kostnader enn andre.

Sekundærbruk

Helsedatainnehavere, en bred gruppe aktører, må gjøre ulike typer elektroniske helsedata tilgjengelig, f.eks. pasientjournal, prøvesvar, legemidler, billeddiagnostikk, genetiske og biologiske data, data fra kliniske studier med mer. En del av kategoriene finnes i dag i norske registre og andre eksisterende systemer. Medlemsland, inkl. EØS-stater, skal også utpeke minst ett organ, Health Data Access Body (HDAB), for å håndtere tilgang til helsedata. I Norge ble FHI i juni utpekt som koordinerende HDAB, men videre organisering er uavklart og er vurdert som det viktigste området å ta stilling til i det videre arbeidet.

Tre konsepter for videre HDAB-organisering i Norge er foreslått vurdert:

- Konsept 1: Desentralisert organisering av roller og plikter for HDAB: Mange HDABer med ansvar for ulike datakategorier, koordinert av FHI. Krever mye koordinering, men likner dagens modell.
- Konsept 2: Delvis sentralisert organisering av roller og plikter for HDAB: Noen oppgaver sentraliseres til FHI, færre HDABer vurderes. anbefalt løsning som kan utvikles trinnvis og gi mulighet for bedre koordinering.
- Konsept 3: Sentralisert organisering av roller og plikter for HDAB: Én HDAB håndterer alle oppgaver og plikter. Enhetlig, men dyrt og ressurskrevende, kan utfordre personvern.

Videre arbeid og saksprosess

Det vil jobbes videre med å konkretisere innholdet i konseptene, da disse vil danne utgangspunktet for det videre arbeidet med den forenklede samfunnsøkonomiske analysen der det skal gjøres en vurdering av kostnader og nytte av tiltakene sammenlignet med dagens situasjon (nullalternativet). Den forenklede samfunnsøkonomiske analysen skal oversendes Helse- og omsorgsdepartementet den 15. november 2025.

Helsedirektoratet vil drøfte oppdraget i NUFA 30. oktober 2025. I tillegg vil deloppdrag 3 (en fullstendig samfunnsøkonomisk analyse) bli drøftet i e-helserådet første før oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet 1. mai 2026.

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Saksnummer	Møte og dato	Tittel på sak	Vedtak
31/25	NUIT 11.09.25	Orientering fra Helsedirektoratet	NUIT tar saken til orientering

Til Møte 3/25
Dato 16.10.2025
Saksnummer 27/25
Innretning Anbefaling

Sakseier Lucie Aunan
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

Nye mandater for utvalgene i rådsmodellen

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd vedtar de nye mandatene for NUFA og NUIT, forutsatt at Helsedirektoratet innarbeider innspillene gitt i møtet. Nasjonalt e-helseråd har også gitt sine innspill til mandatet for Nasjonalt e-helseråd, som de anbefaler innarbeides før Helsedirektoratet vedtar mandatet for dette utvalget.

Hensikt med saken

I henhold til mandatet for Nasjonalt e-helseråd skal E-helserådet vedta mandat for NUFA og NUIT, og Helsedirektoratet vedta mandat for Nasjonalt e-helseråd. Helsedirektoratet har utarbeidet forslag til nye mandater, og ønsker med denne saken å få et vedtak på nye mandater for NUFA og NUIT og innspill på mandat for Nasjonalt e-helseråd.

Bakgrunn

Helsedirektoratet har gjennomført en evaluering av rådsmodellen, med formål å sikre at vi har en aktuell og effektiv modell. Evalueringen har vært behandlet i både NUFA, NUIT og Nasjonalt e-helseråd.

I møte 12. juni anbefalte Nasjonalt e-helseråd at rådsmodellen fortsetter med tre nivåer, men at det utarbeides nye mandater for hvert utvalg. Helsedirektoratet har utarbeidet nye mandater, og drøftet disse i NUFA og NUIT. Tilbakemeldingene er gjengitt under.

Bakgrunn for forslagene til endringer i mandatene

En tilbakemelding fra evalueringen er at flere av sakene blir drøftet i alle tre utvalgene med forholdsvis lik innretning, og at utvalgene oppleves mer og mer like. Spesielt oppleves NUIT og Nasjonalt e-helseråd like. Vi ønsker derfor å tydeliggjøre formål og oppgaver og ansvar i mandatene slik at forskjellene kommer bedre frem. Nasjonalt e-helseråd skal anbefale strategisk retning, mål, prioriteringer, rammer mv., mens NUIT skal gi råd om digitaliseringstiltak og følge opp gjennomføringen av nasjonal e-helsestrategi gjennom plan for realisering (veikart for nasjonal e-helsestrategi og strategiske indikatorer) og nasjonal e-helseportefølje. For NUFA har vi tydeliggjort at NUFA skal gi faglige råd vedrørende digitalisering knyttet til sentrale problemstillinger innen tjenesteutvikling, samhandling og arkitektur.

For å unngå at saker gjentas unødig, foreslår vi å ta bort at NUIT som hovedregel skal behandle saker som skal til E-helserådet. Det bør heller vurderes fra sak til sak hva NUIT bør gi råd om, før behandling i E-helserådet. For å tydeliggjøre ansvarsfordelingen foreslår vi også at NUIT ikke lenger omtales som prioriteringsrådet, da det er E-helserådet som skal anbefale prioriteringer.

Evalueringen pekte også på viktigheten av at digitaliseringen skal understøtte utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Dette er tatt inn i formålene til både NUFA, NUIT og E-helserådet.

For at sakene i større grad skal ta utgangspunkt i helse- og omsorgstjenestens og innbyggernes behov, er vi avhengig av at flere aktører fremmer saker til rådsmodellen. For å oppnå dette foreslår vi at NUIT får ansvar for å anbefale saker til rådsmodellen fra sektor, som er viktige for å knytte digitaliseringen og tjenesteutviklingen tettere sammen. Dette kan være saker som skal behandles i NUFA, NUIT eller E-helserådet.

I evalueringen var det også mange innspill på at rådsmodellen må ha større fokus på gevinstrealisering og at vi får ønskede effekter ut i helse- og omsorgstjenesten. Vi foreslår at NUIT får et eget ansvar for å drøfte hvordan gevinster kan realiseres.

Innspill fra NUFA og NUIT

NUFA ga innspill på endringer i formål, oppgaver og ansvar og representasjon for NUFA i møte 28. august. NUFA var opptatt av at mandatet spisses mot helsefag og arkitektur. NUFA ønsket også en tydelighet rundt hvem de gir råd til, og hva som skjer med sakene etter behandling i rådsmodellen. En beskrivelse av dette er innarbeidet i alle tre mandatene. Begrepet tjenesteutvikling, som er brukt i formålet til NUFA, ble av noen opplevd som teknisk. Med dette menes utviklingen som skjer ute i tjenestene. Digitaliseringen skal understøtte utviklingen av helse- og omsorgstjenestene.

Angående representasjon ble det påpekt at NUFA er et stort utvalg, men at dette har en stor verdi for å få frem ulike perspektiv. Det ble foreslått at flere klinikere og Direktoratet for medisinske produkter deltar. Det ble stilt spørsmål ved om en representant for leverandørene bør delta, men her ble det som et alternativ foreslått å invitere leverandørene til en temadag.

NUIT ga innspill på formål og oppgaver og ansvar for både NUIT og Nasjonalt e-helseråd i møte 11. september. Det ble også gitt anledning til å gi skriftlige innspill i etterkant av møtet.

NUIT uttrykte behov for å øke gjennomføringsevnen og å få de ønskede effektene ut i helse- og omsorgstjenesten. NUIT kan ta et større ansvar for dette, noe som bør synliggjøres i mandatet. I møtet ble det foreslått å endre fra "følge opp" nasjonale e-helseportefølje og e-helsestrategi til å "operasjonalisere" disse, jf. andre og tredje kulepunkt under oppgaver og ansvar. "Følge opp" oppleves som for passivt. NUIT ønsker å samle seg om felles tiltak, sette mer kraft bak de prioriterte tiltakene og i større grad forplikte medlemmene til å gjennomføre. Skriftlig fikk vi tilbakemelding om at "operasjonalisere" er et krevende og litt for forpliktende uttrykk å bruke all den tid representantene i NUIT ikke kan forplikte de aktørene de representerer. «Være pådriver for» ble foreslått i stedet. I vedlagte mandat foreslår Helsedirektoratet at NUIT følger opp nasjonal e-helseportefølje og *tilrettelegger for at de* prioriterte, felles tiltakene gjennomføres, og er *pådriver for* måloppnåelse av nasjonal e-helsestrategi.

NUIT ga også innspill på at formålene for NUIT og E-helserådet er for like, og at forskjellene bør komme tydeligere fram. NUIT ga ingen konkrete forslag til endringer. En skriftlig tilbakemelding gir støtte til fordelingen mellom NUIT og E-helserådet slik det var foreslått. *"Vi slutter oss til at det er rådet som foretar de strategiske veivalgene, og at NUIT har mer oppmerksomhet på gjennomføring og framdrift"*. Vi har derfor ikke gjort noen endringer på formålene, men ber om E-helserådets tilbakemelding.

NUIT ga også innspill på det at digitaliseringen skal understøtte utviklingen av helse- og omsorgstjenestene, bør komme frem i oppgavene. Dette ligger i formålene for NUIT og E-helserådet. Formålet er overordnet, og bør være gjeldene for alle oppgaver, selv om det ikke gjentas. Vi ønsker E-helserådets tilbakemelding på om det er nødvendig å tydeliggjøre dette i oppgavene.

Helsedirektoratets forslag om at "investeringer og tiltak i nasjonal e-helseportefølje som medfører endring i kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene" kun behandles i E-helserådet, ble ikke anbefalt av NUIT. De mente at det er nødvendig at NUIT behandler dette i forkant av E-helserådet, slik det står i dagens mandat. Dette er derfor fortsatt inkludert i NUITs mandat.

I et forsøk på å redusere det totale antall råd og utvalg, har Helsedirektoratet tatt initiativ til å vurdere om det fortsatt er behov for et eget *samarbeidsorgan for digital helseberedskap (SODH)*¹, eller om aktuelle saker heller kan behandles i rådsmodellen. Dette ble drøftet i SODH 28. august. Tilbakemeldingen var at digital helseberedskap er et viktig tema, men det er bra hvis antall råd og utvalg kan reduseres. Rådsmodellen kan benyttes for å behandle sakene fremover, men SODH bør aktiveres igjen ved kriser. NUIT stilte seg bak å overta oppgavene, men var opptatt av at SODH aktiveres og overtar ved en krise.

Forslag til endringer i sammensetning

Direktoratet for medisinske produkter representeres med ett medlem i hvert av de tre utvalgene. Legeforeningen er økt fra ett til to medlemmer i NUFA, for å sikre deltakelse fra flere klinikere. Fylkeskommuner representeres i NUIT med ett medlem. Fylkeskommunene er nevnt som sentrale for oppgavene innen digital helseberedskap, som NUIT overtar.

Etter eget ønske går pasient- og brukerforeningene ut av NUIT og NUFA. E-helserådet fortsetter med to representanter fra pasient- og brukerforeningene. Helsedirektoratet vil i stedet i større grad benytte Helsedirektoratets brukerråd til å få innspill i saker.

Helsedirektoratet har ansvar for en hensiktsmessig sammensetning av utvalgene, og sikrer i dialog med medlemmer i utvalgene en løpende vurdering av dette. Digitaliseringen skal understøtte utviklingen av helse- og omsorgstjenestene, og vi vil spesielt legge vekt på å sikre en bedre balanse mellom helsefag og teknologi. Dette gjelder i hovedsak representasjon fra de regionale helseforetakene, som ikke har hatt denne balansen etter at AD-ene gikk ut av E-helserådet. De regionale helseforetakene bør delta med to fra helsefagsiden og to fra IKT-siden i E-helserådet og NUIT. Medlemmene i E-helserådet skal representere toppledelsen i sin region.

Helsedirektoratet foreslår at Helsedirektoratet leder Nasjonalt e-helseråd. Rådsmodellen er en konsensusmodell, og ikke et styre. Helsedirektoratet har sekretariatsfunksjonen, planlegger møtene og har dermed større mulighet til å se sammenhengen mellom sakene og sette seg inn i dem. Vi foreslår at Helsedirektoratet får to medlemmer + leder i NUIT og E-helserådet. Helsedirektoratet reduserer egen representasjon i NUFA fra fire til tre medlemmer (to medlemmer + leder).

Navneendring?

Begrepet e-helse blir i mindre grad benyttet i sektoren i dag. Digitaliseringen skal understøtte utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Vi har derfor byttet ut e-helse på relevante steder i mandatene. Vi ønsker innspill fra E-helserådet på om vi bør endre navnet på Nasjonalt e-helseråd og selve rådsmodellen (Nasjonal rådsmodell for e-helse), og i så fall hva vi bør endre det til.

NUIT sto opprinnelig for Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse og omsorgssektoren, men har de senere årene kun blitt benevnt NUIT eller prioriteringsrådet. I og med at NUIT ikke er et prioriteringsråd, ønsker vi også tilbakemelding på om vi skal endre navnet på NUIT, eller om vi heretter kun kan kalle det NUIT, som er et vel etablert navn i sektoren.

Videre saksprosess

Helsedirektoratet vil innarbeide innspillene, vedta nytt mandat for E-helserådet og publisere de nye mandatene

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/rad-og-utvalg/samarbeidsorgan-for-digital-helseberedskap>

Vedlegg

Vedleggene med forslag til nye mandater for NUFA, NUIT og Nasjonalt e-helseråd er lenket opp til Nasjonalt e-helseråd sine sider på Helsedirektoratet.no

[Vedlegg 5A Mandat for Nasjonalt e-helseråd](#)

[Vedlegg 5B Mandat for NUIT](#)

[Vedlegg 5C Mandat for NUFA](#)

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Saksnummer	Møte og dato	Tittel på sak	Vedtak
30/25	NUIT 11.9.25	Nye mandater for utvalgene i rådsmodellen	NUIT har gitt sine innspill på forslag til endringer av mandat for NUIT og E-helserådet. Helsedirektoratet tar med innspillene til Nasjonalt e-helseråd, som vedtar mandatene for NUFA og NUIT. Helsedirektoratet vedtar mandatet for Nasjonalt e-helseråd.
21/25	NUFA 28.09.25	Endring av mandat for NUFA	NUFA har gitt sine innspill på forslag til endringer av mandat for NUFA. Helsedirektoratet tar med innspillene til Nasjonalt e-helseråd, som vedtar mandatene for NUFA og NUIT.
18/25	E-helserådet 12.06.2025	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	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 gjennomgår og tydeliggjør grenseflaten mot rådsmodellen i dialog med Helsedirektoratet.
21/25	NUIT 15.05.2025.	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	NUIT har gitt sine tilbakemeldinger på evalueringen av nasjonal rådsmodell for e-helse. Helsedirektoratet tar med innspillene fra NUIT til drøfting i Nasjonalt e-helseråd.
15/25	NUFA 23.4.2025	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	NUFA har gitt sine tilbakemeldinger på ulike forslag til endringer av nasjonal rådsmodell for e-helse, og NUFAs rolle i modellen. Helsedirektoratet tar med innspillene til

			videre drøfting i NUIT og Nasjonalt e-helseråd.
9/25	E-helserådet 20.3.2025	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	Nasjonalt e-helseråd har gitt sine innspill til hvordan sakene, møtene og selve rådsmodellen kan forbedres. Helsedirektoratet tar tilbakemeldingene og forslagene med i det videre arbeid med å videreutvikle modellen.
9/25	NUIT 13.2.2025	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	NUIT har gitt sine tilbakemeldinger på hvordan sakene, møtene og selve rådsmodellen kan forbedres. Helsedirektoratet tar tilbakemeldingene med til videre drøfting i Nasjonalt e-helseråd og i sitt videre arbeid med evaluering av rådsmodellen.
7/25	NUFA 22.1.2025	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	NUFA har gitt sine tilbakemeldinger på rådsmodellen, som Helsedirektoratet tar med til videre drøfting i NUIT og Nasjonalt e-helseråd og i sitt videre arbeid med evaluering av rådsmodellen.

Til	Møte 3/25
Dato	16.10.2025
Saksnummer	28/25
Innretning	Orientering

Sakseier	Lucie Aunan
Saksbehandler	Hilde Lovett

Orientering fra Helsedirektoratet

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd tar saken til orientering.

Hensikt med saken

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

- KI til helserelaterte spørsmål

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet om å gjøre innledende vurderinger for etablering av en offentlig KI-tjeneste som svarer på helserelaterte spørsmål fra innbyggerne. Besvarelsen har frist 8. oktober. Regjeringen har skrevet om bestillingen [her](#), og den er gjengitt nedenfor.

Offentlig KI-tjeneste for helserelaterte spørsmål på Helsenorge

Departementet viser til Helsedirektoratets arbeid med kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten og ber direktoratet lage en innledende vurdering for en offentlig KI-tjeneste som svarer på helserelaterte spørsmål fra innbyggere. Målet er en tjeneste som ivaretar norske helsefaglige anbefalinger, helselovgivning og behandlingstradisjon, etikk og kultur.

Bakgrunn: Det er en rask utvikling innen KI og innbyggerne tar raskt og i stor grad i bruk KI-baserte tjenester fra internasjonale aktører. Innbyggerne har i liten grad mulighet til å vurdere kvalitet i KI-tjenestene, det er begrenset innsyn i datagrunnlag og vurderinger som ligger til grunn og KI-tjenestene er ikke underlagt offentlig tilsyn av kvalitet rådene som gis. I St. Meld. 23 (2024-2025) Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, framgår det at regjeringen er opptatt av å utforske potensialet som ligger i kunstig intelligens, for blant annet å bistå innbyggerne slik at de i større grad kan mestre egen helse.

Formål: En nasjonal KI-tjeneste på Helsenorge skal sikre at den offentlige helsetjenesten tilbyr trygge digitale løsninger.

KI-tjenesten skal bygge på bokmål, nynorsk og samisk språk og anerkjente norske og internasjonale kilder, underlagt norsk regelverk/tilsyn og forvaltes med bistand fra norske fagmiljøer. Tjenesten skal ha som mål å gi individuell helsehjelp, men bygges ut trinnvis der første trinn kan være en tjeneste som ikke er definert som helsehjelp.

NHN har i foretaksmøtet for 2025 fått et oppdrag om å ta i bruk KI for å forenkle tilgangen til generell informasjon og verktøy som finnes på Helsenorge. NHNs oppdrag er avgrenset til helseinformasjon. Med denne bestillingen ønsker departementet en vurdering av tjenester som også inkluderer helsehjelp. Det er overlapp mellom oppdragene for området som dekker ren helseinformasjon, og de to oppdragene må ses i sammenheng der NHN-oppgaven kan være en første fase.

Besvarelsen skal peke på hvilke prinsipielle problemstillinger som må avklares, blant annet knyttet til organisering, teknologivalg og fleksibilitet med tanke på den raske teknologiske utviklingen. Departementet ønsker også en vurdering av om nye organiserings- og ansvarsmodeller er aktuelt å i videre arbeid.

Erfaringsinnhenting fra andre land skal inngå i det videre arbeidet. Det foreslås en trinnvis utvikling, og besvarelsen skal inneholde en vurdering av hva som skal til for rask etablering av en første versjon med forslag til neste steg. Videre skal besvarelsen vise til hvilke aktører som er relevante å involvere, særlig mht. å avstemme arbeidet med behov hos innbygger og forankring i fagmiljøene.

I arbeidet skal Helsedirektoratet inkludere NHN og DMP, og offentlige aktører som gir generelle helserelaterte råd inkluderes, eksempelvis FHI og DSA.

Frist: 2. oktober 2025 (4 uker etter sendt bestilling). På bakgrunn av dette vil departementet ha en dialog om videre arbeid.