

Møte i Nasjonalt e-helseråd

16. Oktober 2025

Thon Partner Hotel Kristiansand



Endringer i representanter i Nasjonalt e-helseråd

Vi ønsker nytt medlem velkommen i Nasjonalt e-helseråd:

- Ørjan Andersen, Helse Vest RHF. Han erstatter Erik Hansen.
- Lill Stabell, Vestvågøy kommune. Hun erstatter Jan Hugo Sørensen.

Stedfortredere til dagens møte

- Lucie Aunan, Helsedirektoratet, stiller for Mariann Hornnes.
- Liv Heidi Brattås Remo, Helsedirektoratet, stiller for Hilde Myhren.
- Odd Martin Solem, Norsk helsenett SF, stiller for Johan Ronæs.

Agenda Nasjonalt e-helseråd 16. oktober 2025

Saksnr	Agenda	Presenter saken	Tid	Sakstype
21/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Rune Simensen, Helse Sør-Øst RHF	09:00	Godkjenning
22/25	Godkjenning av referat fra Nasjonalt e-helseråd 12. juni 2025	Rune Simensen, Helse Sør-Øst RHF	09:05	Godkjenning
23/25	Helse- og omsorgsdepartementet orienterer	Lars Bjørgan Schrøder, Helse- og omsorgsdepartementet	09:15	Orientering
	Dagsaktuelt	Alle	09:45	
Pause			10:00	
24/25	Helse Nords arbeid med delte behandlingsplaner i samarbeid med utvalgte kommuner	Bjørn Nilsen og Ken Gunnar Mathisen, Helse Nord RHF	10:10	Drøfting
25/25	Pågående nasjonale tiltak innen digitalisering i helse og omsorg i kommunal sektor	Terje Wistner, KS	10:50	Drøfting
Lunsj			11:30	
26/25	Konsekvenser av Helsedataforordningen	Lucie Aunan og Randi Lilletvedt, Helsedirektoratet Christine Bergland, FHI	12:15	Drøfting
Pause			13:30	
27/25	Nye mandater for utvalgene i rådsmodellen	Siv Ingebrigtsen, Helsedirektoratet	13:40	Drøfting
28/25	Orientering fra Helsedirektoratet	Lucie Aunan, Helsedirektoratet	14:40	Orientering
29/25	Eventuelt	Rune Simensen, Helse Sør-Øst RHF	14:55	

Sak 21/25: Godkjenning av innkalling og dagsorden



Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd godkjenner innkalling og dagsorden.

Sak 22/25: Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helseråd 12. juni 2025



Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd godkjenner referatet fra møte i
Nasjonalt e-helseråd 12. juni 2025.

Sak 23/25: Helse- og omsorgsdepartementet orienterer





Helse- og
omsorgsdepartementet

Statsbudsjett og planer for 2026

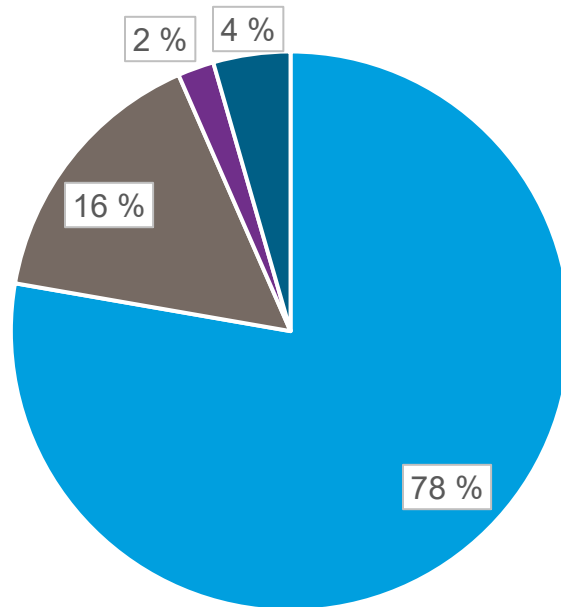
Ekspedisjonssjef Lars Bjørgan Schrøder

Nasjonalt e-helseråd, 16. oktober 2025



Budsjettforslag: 305,3 milliarder kroner

- Regionale helseforetak
- Helserefusjoner
- Sentral helseforvaltning inkl. IKT og beredskap
- Andre tilskudd mv.



Sentral helseforvaltning	5,4 mrd.
IKT mv.	0,6 mrd.
Beredskap og internasj. samarbeid	0,4 mrd.

Andre tilskudd mv. 13,6 mrd.

Kommunale helse- og omsorgstjenester	7,0 mrd.
Psykisk helse og rusarbeid	2,8 mrd.
Folkehelse, vaksiner mv.	1,5 mrd.
Forskning, kunnskap og kompetanse	0,9 mrd.
Tannhelsetjenester	0,5 mrd.

Helsetjenester, folketrygden 47,9 mrd.

Legemidler på blå resept	15,6 mrd.
Egenandelstak	8,7 mrd.
Allmennlegehjelp	7,9 mrd.
Spesialisthjelp	3,3 mrd.
Tannbehandling	3,2 mrd.
Medisinsk forbruksmateriell	2,6 mrd.
Fysioterapi	1,9 mrd.

Sentrale kapitler og poster

- Del I: Innledende del
 - Kapittel 1: Helse- og omsorgspolitikken
 - Kapittel 2: Profilen i budsjettforslaget
- Del II: Budsjettomtaler
 - Kapittel 701: Digitalisering i helse- og omsorgstjenesten
 - Post 21: Digital samhandling, Digitalt helsekort for gravide, Helseteknologiordningen
 - Post 70: Norsk helsenett SF
 - Post 60: Tilskudd til helseteknologi i kommunal helse og omsorgstjeneste
 - Post 73: Tilskudd til digitalisering i kommunal helse- og omsorgstjeneste
 - Post 74 (ny post): Rammefinansiering av fellestjenester levert av Norsk helsenett SF
 - Kapittel 732: Regionale helseforetak
 - Kapittel 740: Helsedirektoratet
 - Kapittel 745: Folkehelseinstituttet
 - Kapittel 760: Kommunale helse- og omsorgstjenester



Digital samhandling

•Digital samhandling – 187 mill. kroner

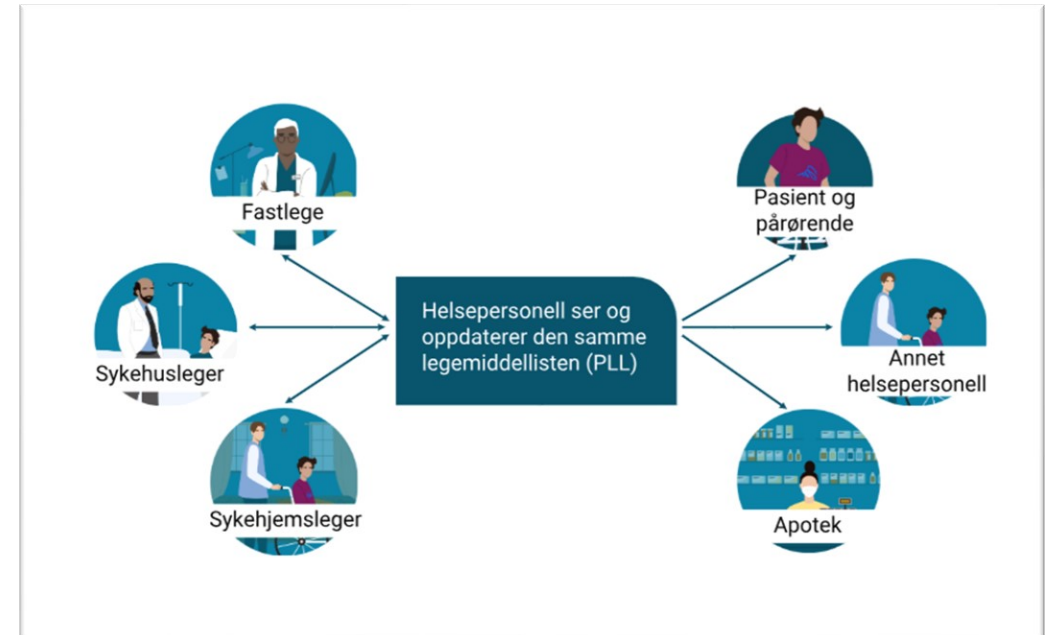
- 2025: «Utprøvingsåret»
- 2026: En viktig oppgave er å øke aktørenes bruk av tjenestene (innføring)
- Helsedirektoratet - tydeligere rolle som pådriver for innføring
- Gevinstuttak fra aktørene som over tid tilsvarer statens kostnader. Tilbakebetaling gjøres gjennom gravis opptrapping i perioden 2030-2043 (14 år)

•Digitalt helsekort for gravide – 26 mill. kroner

- Utprøving i gang i 2025
- Ambisjon om å starte innføring i hele landet fra 2026

•Helsedataforordningen

- Det nasjonale digitaliseringsarbeidet skal ses i sammenheng med det europeiske arbeidet



Helseteknologiordningen

- Totalt 179, 1 mill. kroner i 2026:
 - Tilskudd for å ta i bruk teknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (72,6 mill. kroner)
 - Tilskudd til nettverk for innføring i kommunal sektor i regi av KS (45,4 mill. kroner)
 - Tilskudd til utprøving og innføring av digitale samhandlingsløsninger og tilpasning av pasientjournalssystemene (30 mill. kroner)
 - Veilednings- og godkjenningsordning og standardiseringsarbeid (21,7 mill. kroner)
 - Oppfølging av ordningen og myndighetsoppgaver (8,4 mill. kroner)
 - Tilskudd til standardiseringsorganisasjoner som styrker kompetanse og gjennomfører tiltak mot kommunene, inkludert tilskudd til Standard Norge (1,0 mill. kroner)
- KS' innføringsnettverk og leverandørdialog
 - 2025: Videreutviklet nettverkene
 - 2026: Vurdere tiltak for å styrke bestillerkompetansen i kommunene, bidra til mer koordinert leverandørdialog og inkludere allmennlegetjenesten i nettverkene



Kunstig intelligens

- Redusere ventetider
- Spare tid for helsepersonell
- Styrke innbyggers mulighet til å meste egen helse
- KI på Helsenorge
 - Generell helseinformasjon
 - Helserelaterte spørsmål



Vestre med KI-løfte til norske sykehus: Vil øke investeringene til tre milliarder årlig

Helseminister Jan Christian Vestre (Ap) vil innføre et nytt krav om at alle norske sykehus må bruke tale til tekst-verktøy.



Overlege Christian Gartmann (til høyre) ved Lovisenberg Diakonale Sykehus viser hvordan han bruker et tale til tekst-verktøy som sparer ham for mye ekstraarbeid i arbeidshverdagen. Helseminister Jan Christian Vestre og leder av Legeforeningen Anne-Karine Rime følger med mens teksten popper opp på dataskjermen. (Foto: Gunnar Lier)



Modernisere allmennlegetjenesten

- Kommunal nettlege (65 mill. kroner)
 - Utprøvingen startet opp i Kristiansand 1. juli
 - Utvides til Arendal og tilhørende kommuner i november. Oslo følger etter første halvår 2026.
- Digital tilgang til allmennlegetjenester
 - Forslag til plikt for fastleger til å tilby digitale legekonsultasjoner på video, tekst og telefon for henvendelser som er egnet for det.
 - Forslag til plikt for fastleger til å tilby timebestilling via helsenorge.no.



Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd tar saken til orientering.

Dagsaktuelt



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.

Pause – oppstart igjen kl. 10.10

—

Sak 24/25: Helse Nords arbeid med delte behandlingsplaner i samarbeid med utvalgte kommuner



Nasjonalt eHelsestyre

Behandlingsplaner



Sammen om helse i nord

 Sykehus
 Psykiatrisk sykehus

Nordlandssykehuset

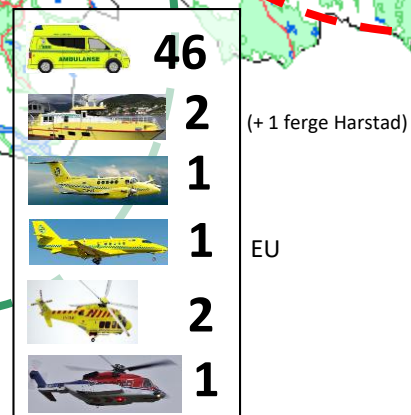


Helgelandssykehuset



Finnmarkssykehuset

Universitetssykehuset Nord-Norge



AMBULANSE-RESSURSER

Totalt



Prioriterte samhandlingsprosjekter

Navn på prosjekt	Helsefellesskap	Prioritering helsefellesskap	Tildelt beløp (alle år).	Kummulative tildelingsbeløp
			Tall i 1000 kr.	Tall i 1000 kr.
Interkommunalt innsats- og vurderingsteam for Helgeland	Helgeland	1	4 657	4 657
Invocare som fasilitator for implementering av regionale og nasjonale e-helseløsninger	Lofoten, Vesterålen, Salten	1	5 000	9 657
Integrerte helsetjenester - sammenhengende pasientforløp for pasienter med underernæring	Finnmark	1	1 700	11 357
Forprosjekt: Utredning av piloter for samordning av psykisk helsevern og rusbehandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten	Troms og Ofoten	1	3 400	14 757
Fremtidens pasientforløp: Enhet for samhandling og digital oppfølging Helgeland	Helgeland	2	3 954	18 711
Utredning av samhandling rundt akutt pasienter mellom kommunene i Vesterålen og Nordlandssykehuset	Lofoten, Vesterålen, Salten	2	4 000	22 711
Effektiv utnyttelse av firepartssamarbeidet i Hammerfest sykehus	Finnmark	2	6 000	28 711
Forprosjekt: Observasjonspost Sør-helgeland	Helgeland	3	1 800	30 511
Homecare - En integrert Hjemmehelse for en Søsles Pasientreise	Lofoten, Vesterålen, Salten	3	2 223	32 734
Digital pasientforløp for fedme og sykkelig overvekt	Finnmark	3	2 063	34 797
Felles innsats for implementering av digital støtte i pasientforløp og samhandling	Troms og Ofoten	3	5 000	39 797
Forprosjekt - tverrelatlig rehabilitering	Helgeland	4	2 000	41 797
Det trygge boalternativet	Troms og Ofoten	4	1 700	43 497
Helgelandspsykiaterens utdanning, rekruttering og stabilisering av sykepleiere på Helgeland	Helgeland	5	10 000	53 497
Kliniske observasjonskompetanse som samhandlingsverktøy	Finnmark	5	4 726	58 223
Holterprosjektet	Finnmark	6	740	58 963
Bedre i lag i Troms og Ofoten	Troms og Ofoten	6	1 173	60 136
Hvor er samhandlingsrommet?	Troms og Ofoten	7	2 200	62 336
Trygg akuttmedisin*	Felles alle 4 helsefellesskap			
Sum			62 336	

Samhandlingsprosjekter med behov for IKT støtte:

- Større andel av prosjektene.
- Flere har behov for delte behandlingsplaner
- Har behov for nasjonale samhandlingskomponenter m/testmiljø
- Utgjør rundt 300 millioner kroner av samlet portefølje knyttet til samhandlingsmidler – 2025
- Andre pågående prosjekter har tilsvarende behov.
 - Digitale innbygger og samhandlingstjenester: andel av 170 millioner
 - Sharelt: 20 millioner via forskningsrådet.
 - Ulike forsknings-/innovasjonsprosjekter
- Nasjonale komponenter må på plass innen ett år.(tillitsrammeverk mm)

Hvilke rammebetingelser eksisterer for god og effektiv deling av helseinformasjon mellom nivåene?



- Det finnes i dag ingen støtte for realisering av digitale forløp rundt pasientens planer eller for sanntidsoverføring av data mellom sykehus og kommuner.
- NHN arbeid med tilrettelegging for behandlingsplaner, retter fokus mot egenbehandlingsplan (DHO) og helsekort for gravide.
- Kjernejournalportalens løsning for behandlingsplan (HDIR) er lagt ned i test.
- Datadeling har stoppet opp grunnet uenigheter rundt tillitsrammeverket (bruk eller ikke av helsepersonells attest).
- Ikke lenger tilstrekkelig tilgang for leverandører til testmiljø NHN for tillitsrammeverket grunnet endringer i tilgjengelig funksjonalitet. Stopper småskala leverandør til leverandørsamarbeid (utvikling i iterasjoner sammen med kunder – nødvendig rammer for ShareIT)
- +++?

Pasientens planer - ernæring

«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-og underernæring og sykdom som følge av dette». («God og riktig mat hele livet»)

Dele pasientens planer mellom helsepersonell



Deling av behandlingsplaner gir mulighet for bedre samhandling



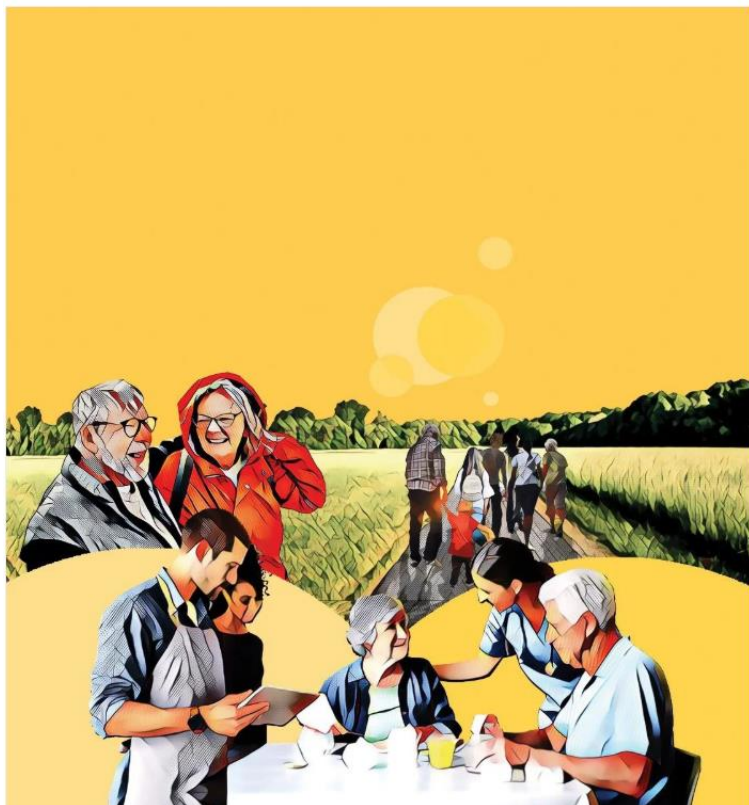
Helsepersonell må lære å samhandle



Må ha tilgang til digitalt verktøy for å lære i praksis

Fokus på ernæring

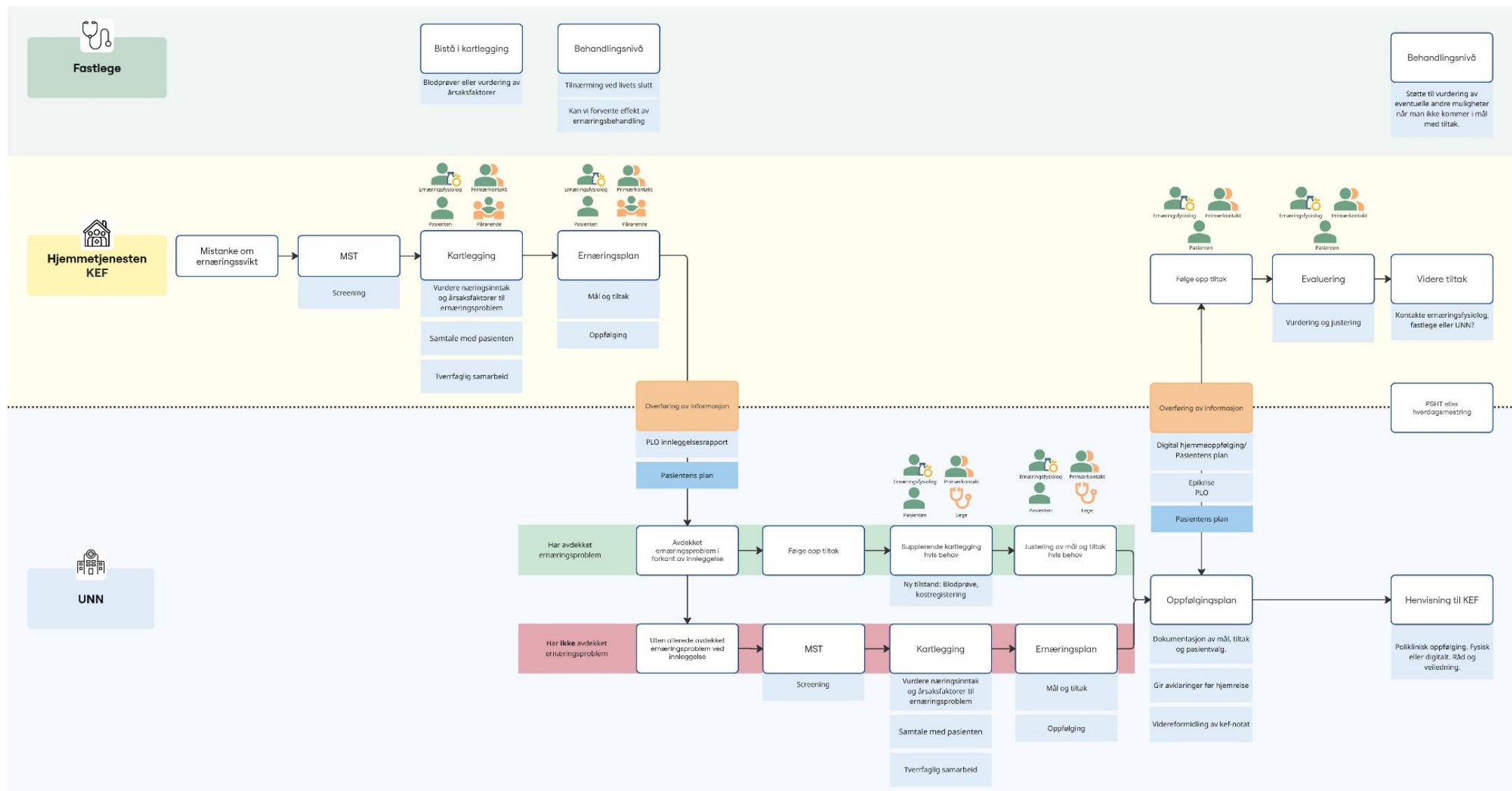
Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester



- I tråd med regjeringens strategi og satsinger
- Ernæring en viktig faktor for bedre helse
- Stort problem hos multisyke
- Vi har fagmiljøene tilgjengelig nå
- Behandlingsplaner for ernæring finnes i DIPS

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/god-og-riktig-mat-hele-livet/id2849251/>

Pasientens plan ernæring



Gapanalyse ernæring

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 screeningresultatene 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

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd tar saken til orientering. Nasjonalt e-helseråd erkjenner behovet for å dele behandlingsplaner, særlig for de multisyke. Nasjonalt e-helseråd ber Helse Sør-Øst RHF presentere MILA-prosjektet i neste møte.

Sak 25/25: Pågående nasjonale tiltak innen digitalisering i helse og omsorg i kommunal sektor





Digitalisering innen helse og omsorg

Terje Wistner, avdelingsdirektør eHelse

16. oktober 2025



Sammen for et felles løft!

Landstinget 12. februar 2020
KS oppgaver på digitaliseringsområdet:

Samordning og samstyring

Representere sektor og dens interesser

Pådriver for:

- kompetanse, utvikling og utbredelse av felles løsninger
- digitaliseringsvennlig regelverk og premissleverandør av felles standarder

Samarbeidsavtale med KS:

Saman om å styrke digital samhandling og raskare innføring av helseteknologi

Nyheit | Dato: 15.03.2024

Dette innhaldet er meir enn 1 år gammalt.

Regjeringa og KS inngår ein samarbeidsavtale om digitalisering i helse- og omsorgstenestene. – Vi treng ein felles innsats for å hjelpe kommunane i ei heilt nødvendig digital omstilling. Derfor er eg glad for å ha KS med på laget,



Forsterket styring av digitaliseringspolitikken

Status

Retning frem mot 2030

Regjeringen vil

- styrke samordningen av, og gjennomføringskraften i digitaliseringstiltak som går på tvers av sektorer
- sørge for en helhetlig og langsiktig prioritering av digitaliseringstiltak i offentlig sektor
- styrke medfinansieringsordningen for samfunnsøkonomisk lønnsomme statlige tiltak
- identifisere nye områder for samarbeid om digitalisering mellom offentlig og privat sektor
- videreutvikle samarbeidet med KS om digitalisering i offentlig sektor
- få på plass veiledning om regelverksutvikling innen digitalisering, datadeling og KI
- styrke arbeidet med digitaliseringsvennlig regelverk og klart lovspråk

Hvor bratt er fjellet -
egentlig?

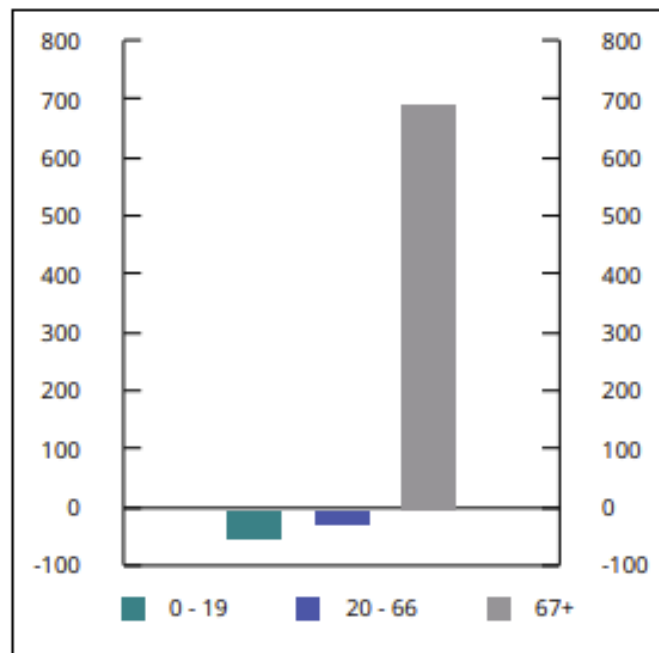


Meld. St. 31

(2023–2024)

Melding til Stortinget

Perspektivmeldingen 2024



Figur 1.2 Endring i befolkning etter aldersgrupper.
1 000 personer. 2024–2060

Kilder: Statistisk sentralbyrå og Finansdepartementet.

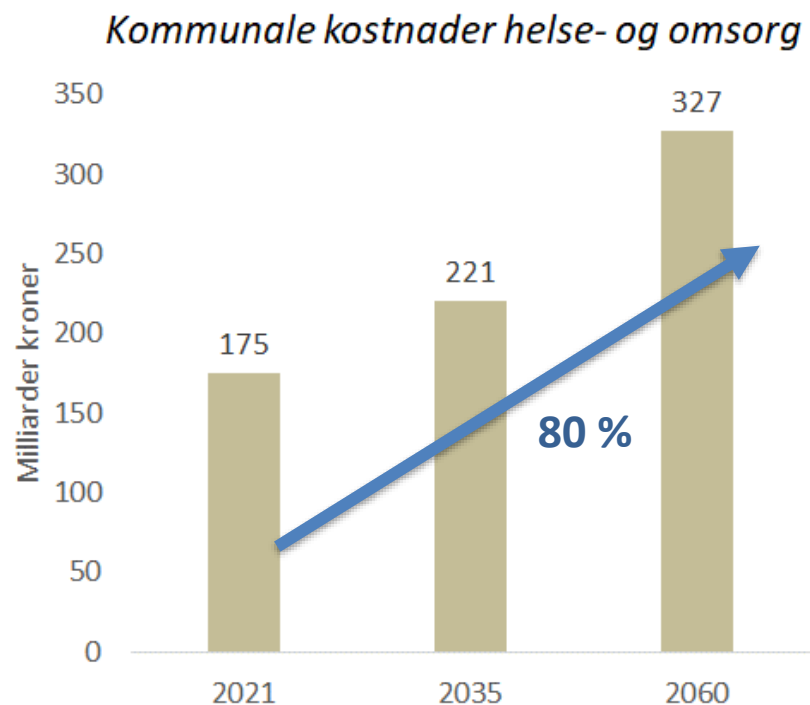


TRENGER FLERE: Illustrasjonsbilde Ahus. Helsepersonell. Tone Herregården

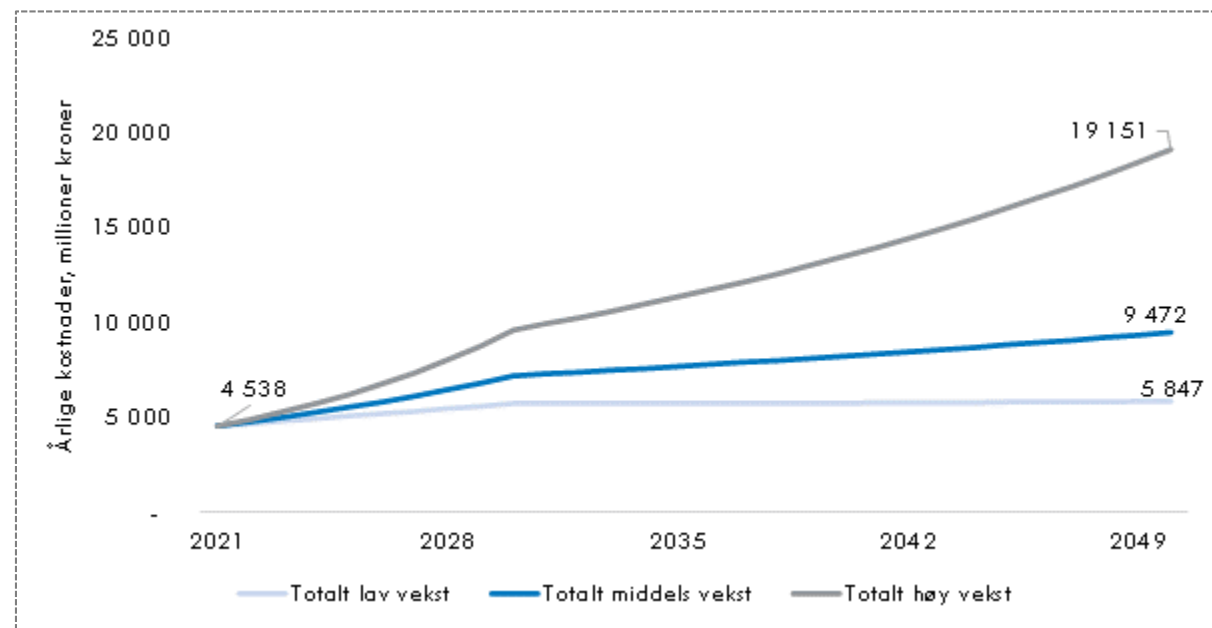
Perspektivmeldingen: Behov for over 180.000 flere ansatte i helse- og omsorgssektoren fram mot 2060

Årsaken til det store behovet for arbeidskraft i denne sektoren er en raskt økende andel eldre i befolkningen. Meldingen anslår at vi kommer til å være 700.000 flere eldre i 2060 enn vi er i dag.

80 prosent av kommunene oppgir gevinstrealisering ved digitalisering som meget utfordrende eller ganske utfordrende, KS arbeidsgivermonitor 2023



Framskrivning av kostnader for e-helse i kommunene, 2021-2050



Kostnad 2021 hentet fra SSBs Kostra-tall. Framskrivningen er gjort i henhold til SSBs fremskrivning av bemanningsbehovet i omsorgstjenesten. 2021-kroneverdi er benyttet.



Hvordan drive gevinstrealisering av velferdsteknologi?

Sammendrag fra FoU-prosjekt nr. 224008



sopra+steria

Velferdsteknologiprogrammet – Barrierer som hindrer eller forsinker gevinstrealisering

Interne barrierer		Eksterne barrierer	
Organisatoriske	1. Helhetlig tjenestemodell. 2. Manglende roller og ansvar i drift hindrer skalering av implementering.	Tekniske	1. Et marked i utvikling. 2. Mangelfull informasjonsdeling. 3. Mangelfull mobildekning. 4. Manglende sertifiseringsordninger. 5. Mangel på konkrete råd om skyløsninger.
Kulturelle	1. Organisatorisk motstand. 2. Kulturell motstand. 3. Teknologisk motstand. 4. Etisk mostand.	Regulatoriske	1. Egenbetaling for velferdsteknologi. 2. Inngripende teknologi og samtykke. 3. Drifts- eller investeringsbudsjett.
Kompetanse	1. Lederkompetanse 2. Kompetanse blant ansatte 3. Strukturelle utfordringer	Finansielle	1. Fragmentert finansiering. 2. Takstproblematikk.

Noen funn fra intervjuer med ledere i kommunene:

- Noen peker på negative erfaringer med, og mangelfulle, anskaffelsesprosesser
- Noen peker på mangelfull støtte og ekspertise til å evaluere teknologi og leverandørmarkedet

«Vi var veldig mange som trodde vi fikk noe annet enn det vi fikk, så det har vært veldig mye utviklingsarbeid for å komme dit vi er i dag»



Hvordan skape
muligheter i fellesskap?



Et godt, rettferdig og likeverdig helsetilbud

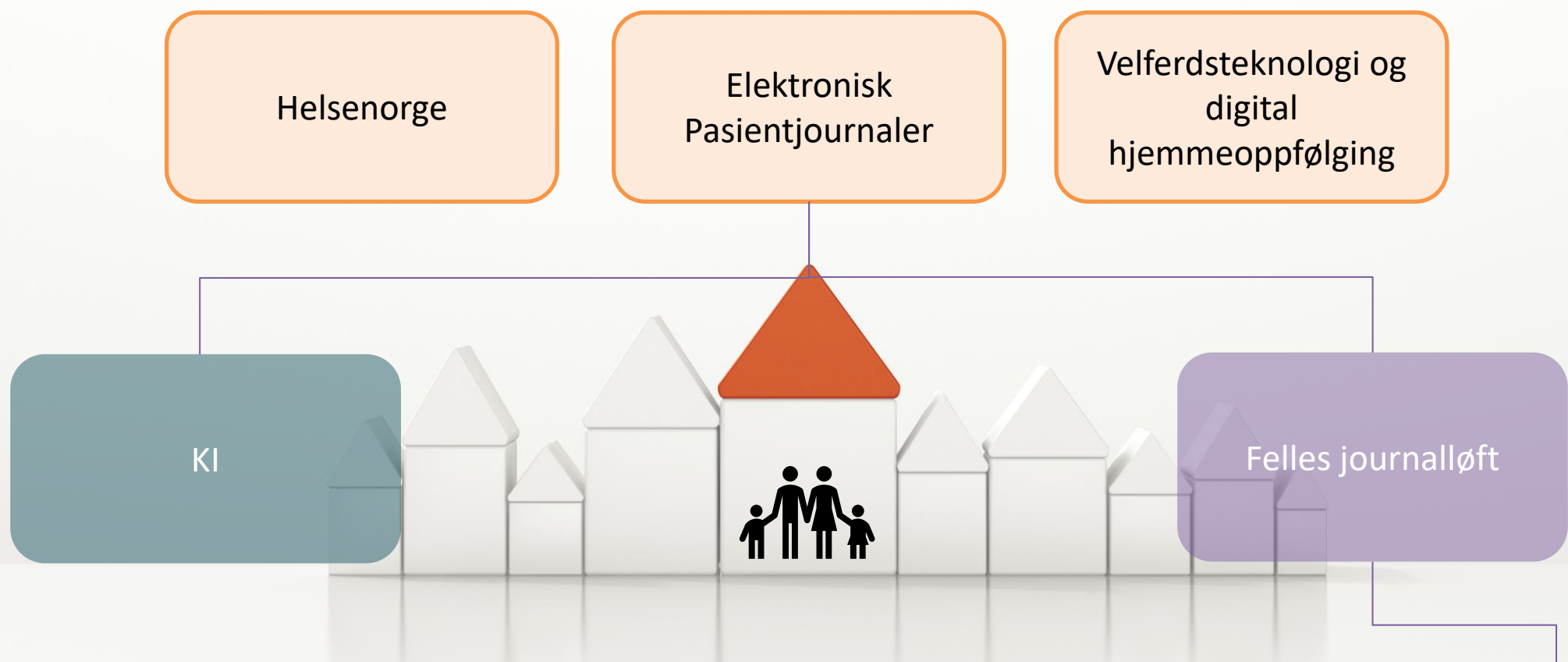


«Dersom digitalisering og teknologi utvikles, implementeres og anvendes riktig, kan det bidra til økt effektivitet og til at minimumsfaktoren i helse og omsorgstjenesten – personellet – i enda større grad brukes til å ivareta kjerneoppgavene sine.»



«...stimulere til lokal gjennomføring av tiltak for en bedre arbeidshverdag for dem som jobber i tjenesten, innføring av personellbesparende digitale løsninger og teknologi, bedre pasientforløp og mer effektiv ressursbruk.»

Digitalisering innen helse- og omsorg der tilgang til helseinformasjon i sanntid, tilpasset kommunenes behov, er avgjørende



eReseppter
og
eMultidose

Pasientens
legemiddel-
liste

Helsekort for
gravide

Pasientens
journal-
notater

Kritisk
informasjon

Pasientens
prøvesvar

Kjerne-
journal

Sentral
forskrivnings
modul

Pasientens
måledata

Beredskap

Samhandlings
tjenester i
kommunal
sektor + VKP

Oppgjør,
registre
mm

Forutsetninger for effektiv samhandling mellom kommune og helseforetak, lokalt, regionalt og nasjonalt

- **Teknisk funksjonalitet**
 - Det må finnes sikre, driftede og forvaltede løsninger som gjør det mulig å dele informasjon på tvers av virksomheter og nivåer i helsetjenesten.
- **Tilgjengeliggjort informasjon**
 - Informasjonen må legges inn og oppdateres ved kilden, og være tilgjengelig når den trengs.
 - Det krever strukturering, standardisering og systemer som gjør deling mulig.
- **Informasjon tilrettelagt for brukeren**
 - Den delte informasjonen må være relevant, oppdatert og lett å finne for helsepersonell i sin arbeidshverdag.
 - Det handler både om brukervennlighet og integrasjon i arbeidsprosesser.
- **Bruk av informasjon i tjenesten**
 - Informasjonen må faktisk tas i bruk i klinisk praksis.
 - Det innebærer at arbeidsprosesser, rutiner og kultur støtter aktiv anvendelse, ikke bare at informasjonen er teknisk tilgjengelig
- **Vurdere samtidighet ved utprøving og innføring**
 - Vurdere behov for samstyring og felles prioritering (lokalt og regionalt)





Er det gevinster å
hente fra
helseteknologi?

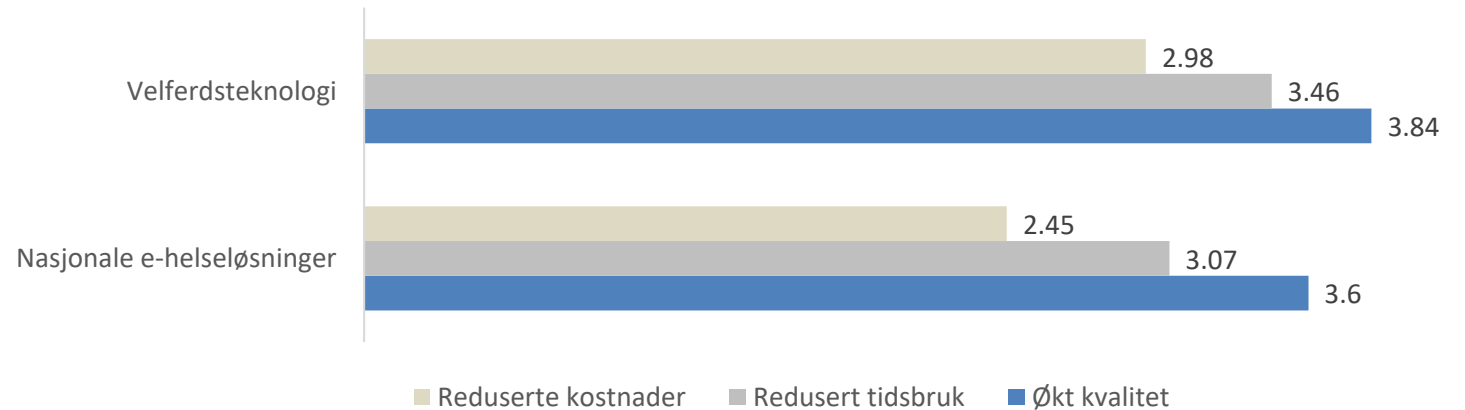
KS FoU 224004 - Gir helseteknologi forventede gevinster



KS FoU 224004 er oppfølging av tidligere KS-oppdrag der kommunenes e-helsekostnader ble kartlagt.

Oppdraget gjennomføres av Oslo Economics, og sluttført høsten 2024.

Kommunene opplever i størst grad kvalitative gevinster, og aller mest fra digitalt tilsyn



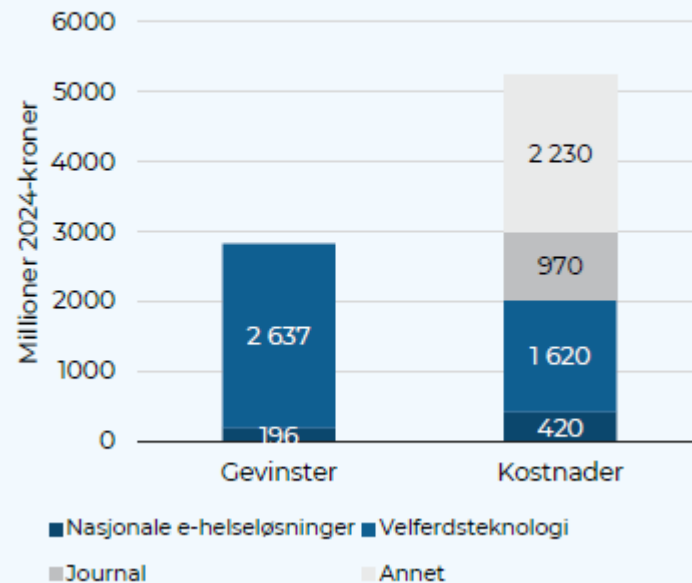
En spørreundersøkelse blant kommuner, med 115 respondenter, har avdekket overordnet bruk og opplevd nytte av e-helseløsninger blant kommunene.

På en skala fra 1 til 5, der 1 er ingen gevinst og 5 er svært stor gevinst, fremkommer svarene som vist under. Som vi ser opplever kommunene størst gevinster i form av økt kvalitet, dernest i form av redusert tidsbruk, og i minst grad i form av reduserte kostnader. Gevinstene oppleves som noe høyere for velferdsteknologi sammenlignet med nasjonale løsninger.

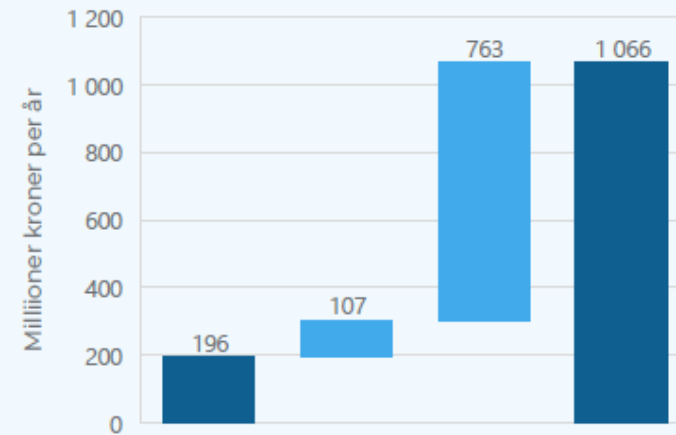
Digitalt tilsyn fremstår som enkeltløsningen med høyest gevinst.

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

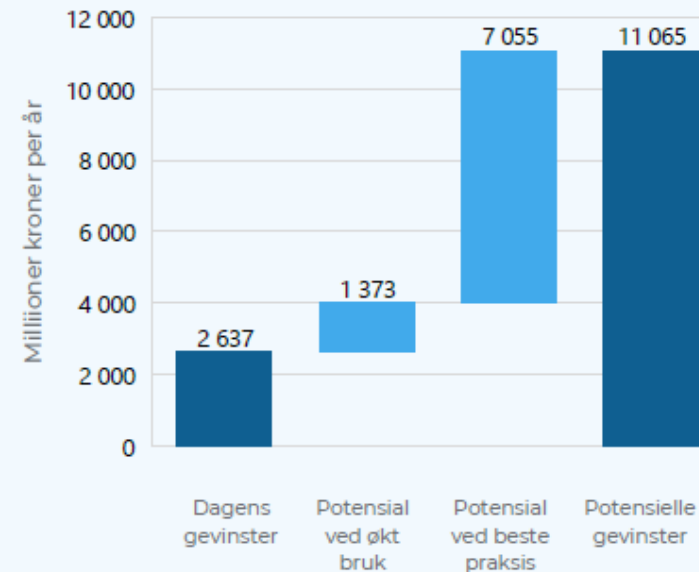
Figur 4-1: Gevinster sammenlignet med kostnader



Figur 3-15: Potensielle gevinster av nasjonale e-helseløsninger



Figur 3-16: Potensielle gevinster av velferdsteknologi



Behov for en stor bredde av fagkunnskaper og ferdighet ved digital transformasjon





Hvordan skal vi samarbeide for å
lykkes med digitalisering?

Samarbeid om utbredelse, skalering, informasjonsdeling og beste praksis for å lykkes lokalt og nasjonalt

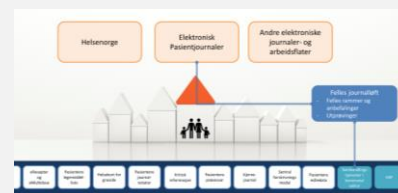
Prioritere i fellesskap - kommunal sektors ambisjoner og portefølje på e-helseområdet



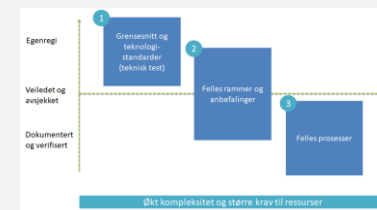
Felles kommunal portefølje og samlet leverandørdialog



Forvalte felles rammer og anbefalinger



Utvikling og utprøving samhandlingstjenester og kunstig intelligens



Sertifisering og godkjenningsordninger og samspillsnormer



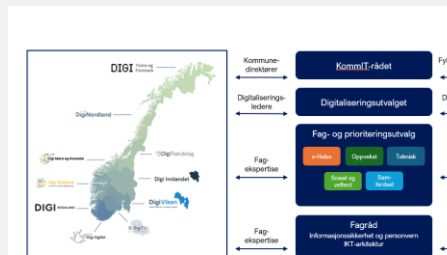
Innføringsmodeller, nettverk og gevinstrealisering



Informasjon- og samspillsarenaer



Helseteknologiordningen og andre virkemidler

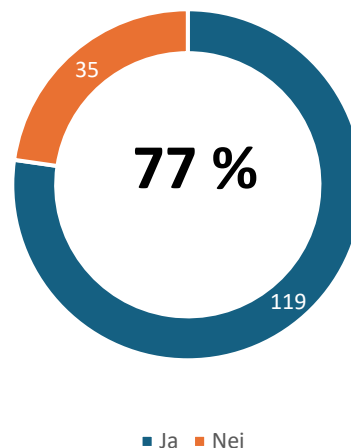


Felles standarder, kodeverk, terminologi

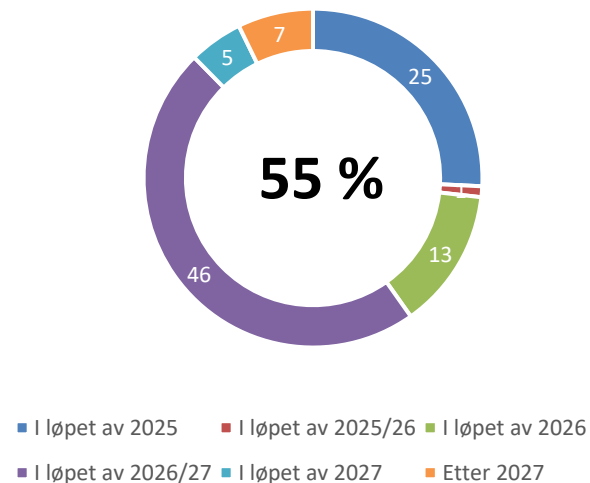
Kartlegging av anskaffelser - pleie og omsorg kommunal sektor 2025

Registrerte svar
representerer **154**
kommuner

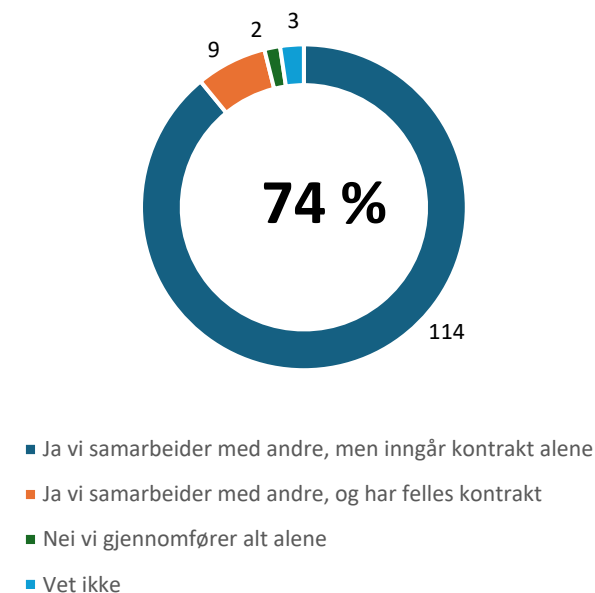
Pågår det **anskaffelse** av nytt journalsystem for pleie og omsorgstjenestene i din kommune?



Når planlegger kommunen å gå i anskaffelse(r)?

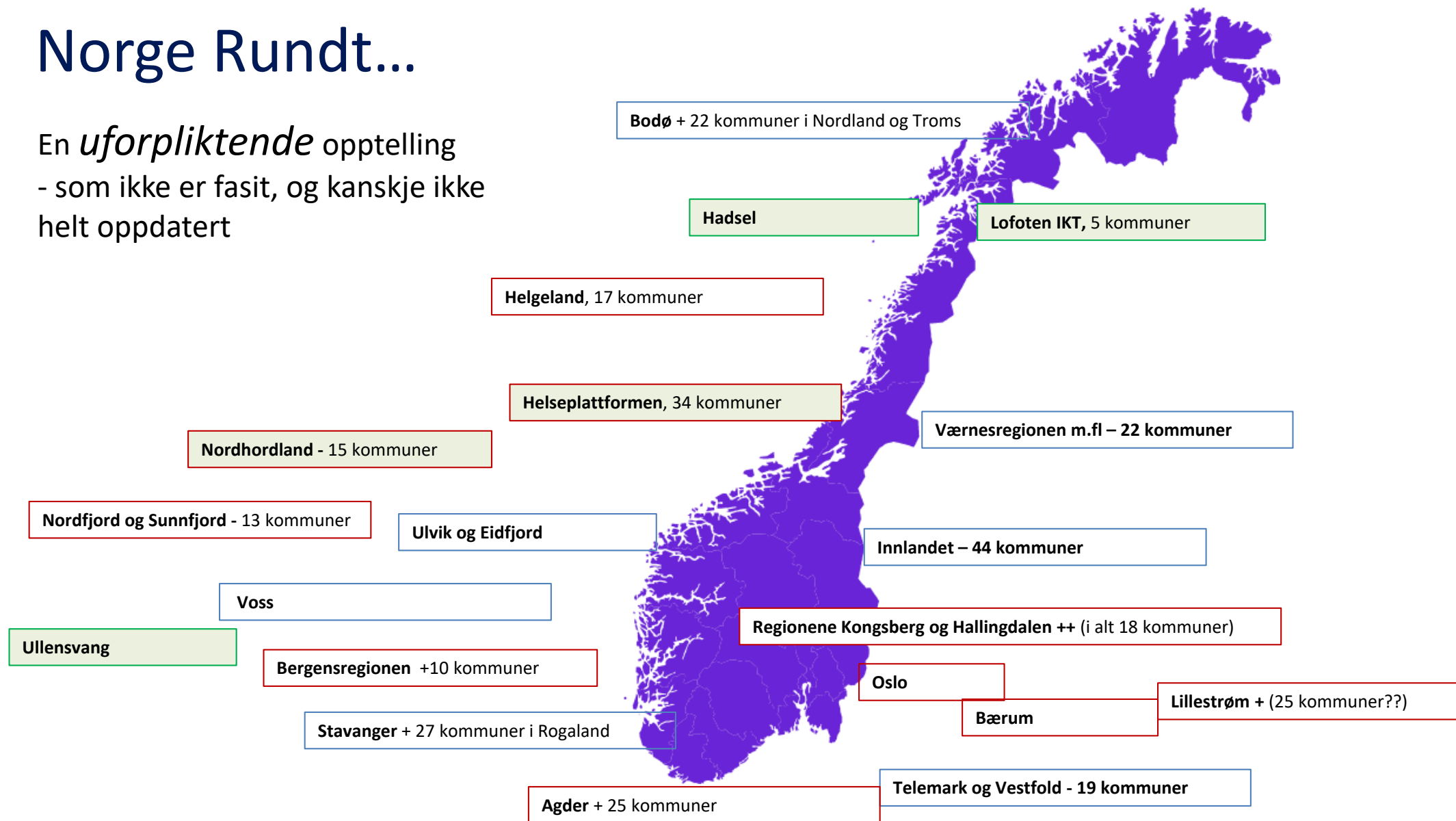


Inngår dere i **samarbeid** med andre kommuner i anskaffelsesprosessen?



Norge Rundt...

En *uforpliktende* opptelling
- som ikke er fasit, og kanskje ikke
helt oppdatert



Modell for bistand ved anskaffelser



Oppdatering av Felles rammer og anbefalinger

Utvidelse og forbedring av rammeverket:

- eksisterende anbefalingene mer utførlig beskrevet, med bedre kontekst
- flere nye områder som gjenspeiler den teknologiske utviklingen og endringer i kommunenes behov
- bruk av kunstig intelligens som stiller krav til ansvarlig og gjennomtenkt bruk i kommunal sektor

KS mener Prosjekter og verktøy FoU-rapporter Kommunespeilet Forventningsgapet

Hjem | Digitalisering og smart teknologi | Digitale fellesløsninger | E-helse | Felles rammer og anbefalinger ved anskaffelser | Felles rammer og anbefalinger for anskaffelser av journalsystemer er oppdatert

Felles rammer og anbefalinger for anskaffelser av journalsystemer er oppdatert

KS og den rådgivende ekspertgruppen, som bidrar til å kvalitetssikre videreutviklingen av felles rammer og anbefalinger har nylig oppdatert rammeverket. Send oss innspill.



Foto: shutterstock

Modell for bistand ved anskaffelser





Livssyklus: Systemer fordelt på fase



Forvaltning: ROS utført: 26/45 | DPIA utført: 28/45 | Leverandør skjema tilordnet: 27/45

[Vis detaljer →](#)



Oversikt systemer i forvaltning

	Kritiske systemer	Mindre kritiske	Ikke kritiske	DPIA	Databehandleravtale	Leverandørskjema
Hele kommunen Aktive systemer: 67 Mangler ROS: 36	10/15	10/15	11/37	32/67	27/67	30/67
Administrasjon og samfunnsutvikling Aktive systemer: 22 Mangler ROS: 8	5/6	5/7	4/9	14/22	10/22	11/22
Helse og omsorg Aktive systemer: 10 Mangler ROS: 3	2/3	3/3	2/4	5/10	7/10	6/10
Kultur og fritid Aktive systemer: 2 Mangler ROS: 0	0/0	0/0	2/2	1/2	2/2	1/2



Egenerklæringer

Oversikt over alle innsendte egenerklæringer.

Filtrer på stikkord

SAS

Selskap: None

Stikkord: AsAS

Sist oppdatert: 2025-06-16 09:26:34

- Innledende spørsmål
- Identifisere og kartlegge
- Beskytte og opprettholde
- Oppdage
- Håndtere og gjenopprette
- KI og automatisering

Revisjon

Alle besvart

Selskap: Stort Norsk Firma

Stikkord: Test

Sist oppdatert: 2025-05-15 12:54:42

- Innledende spørsmål
- Identifisere og kartlegge
- Beskytte og opprettholde
- Oppdage
- Håndtere og gjenopprette
- KI og automatisering

Ubetydlig: 1 OK: 1 Revisjon

ProPro sparkesykkel

Selskap: Stort Norsk Firma

Stikkord: HS med stil, 720W

Sist oppdatert: 2025-03-26 14:23:11

- Innledende spørsmål
- Identifisere og kartlegge

Revisjon

Tetrasys Mixmaster

Selskap: Stort Norsk Firma

Microsoft 720

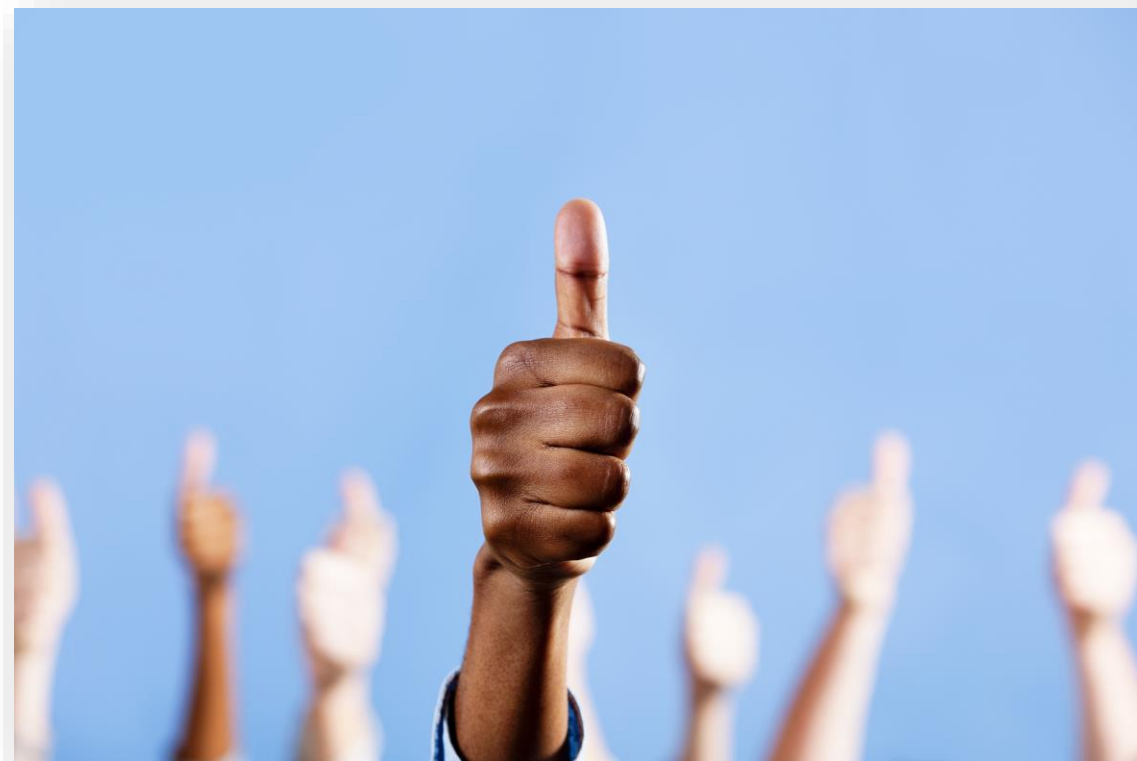
Selskap: Stort Norsk Firma

HealthTECH super

Selskap: Stort Norsk Firma

Selvdeklareringsløsning – samarbeid med Helsedirektoratet

- **Prototyp** for rammeverket som helheten er på plass
- Selvdeklareringsdeling av rammeverket tilpasses Veilednings- og Godkjenningsordningen (VGH)
- Målsetning om prototype for egen VGH modul før nyttår (2025)
- Tar sikte på utprøving med utvalgte leverandører primo 2026
- Tar sikte på lansering 1. januar 2026
- Konkretisering av tidsplan pågår



Modell for bistand ved anskaffelser



Felles leverandørdialog: Anskaffe felles funksjonalitet / grensesnitt – i fellesskap

KS

- Eier av tiltaket
- Mottar eventuelle tilskudd
- Administrerer prioritering av funksjonalitet
- Samler og dokumentere behov
- Gjennomfører forankring i kommunal samstyrringsstruktur
- Gir oppdraget for anskaffelse til KS Digital

KS Digital

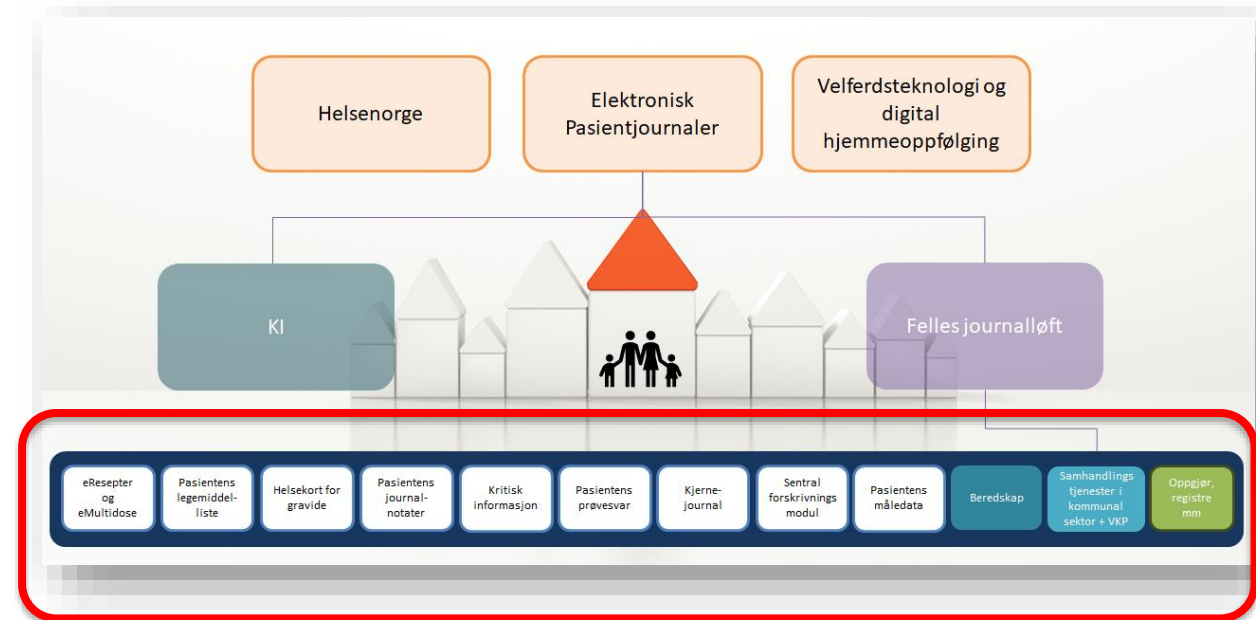
- Ansvarlig for å gjennomføre anskaffelser
- Leverandøroppfølging

Kommuner

- Ta i bruk funksjonaliteten som utvikles (kommunene vil ikke være forpliktet)

Staten

- Eventuelt bidrar med finansiering

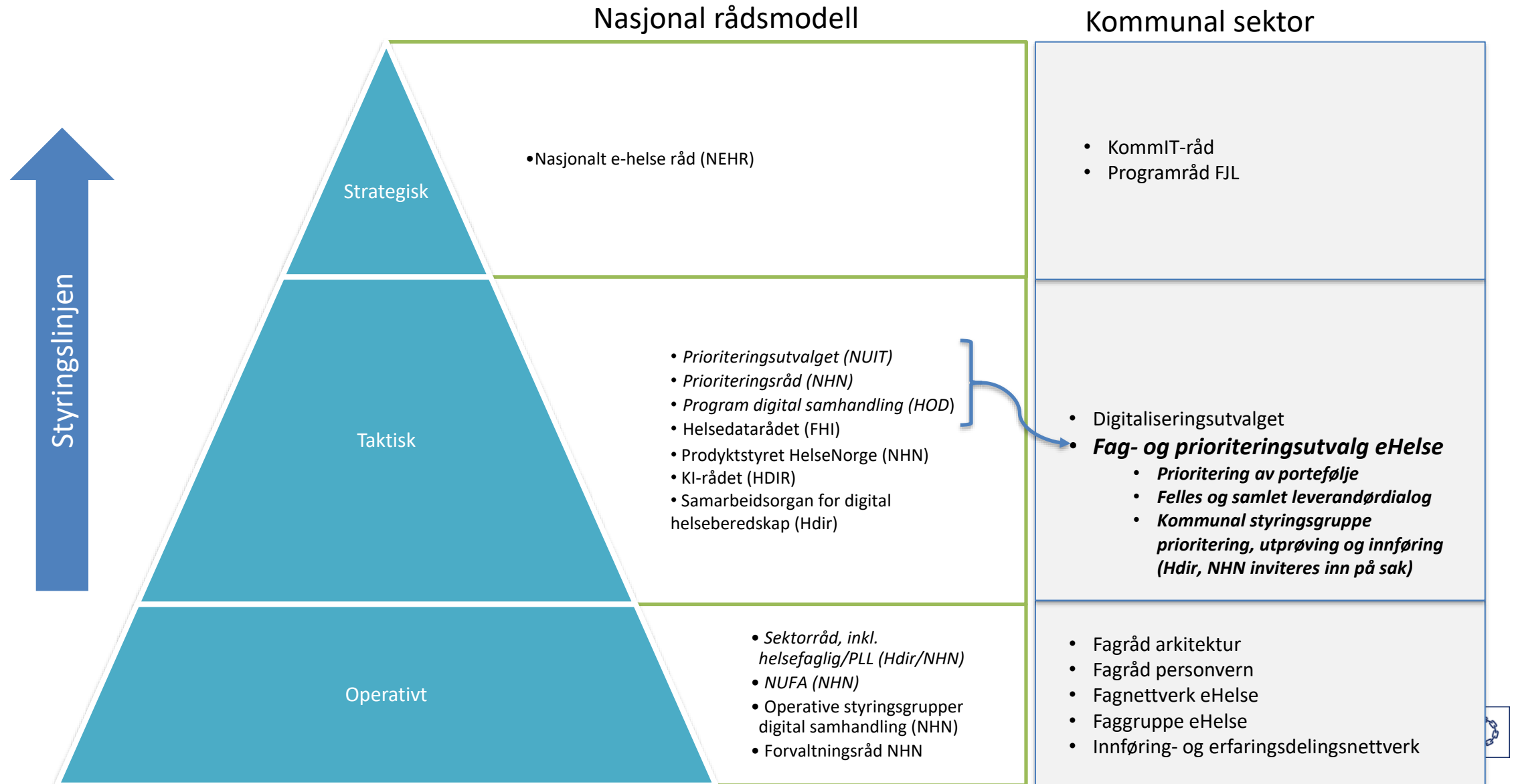


Oppdatering av felles rammer og anbefalinger

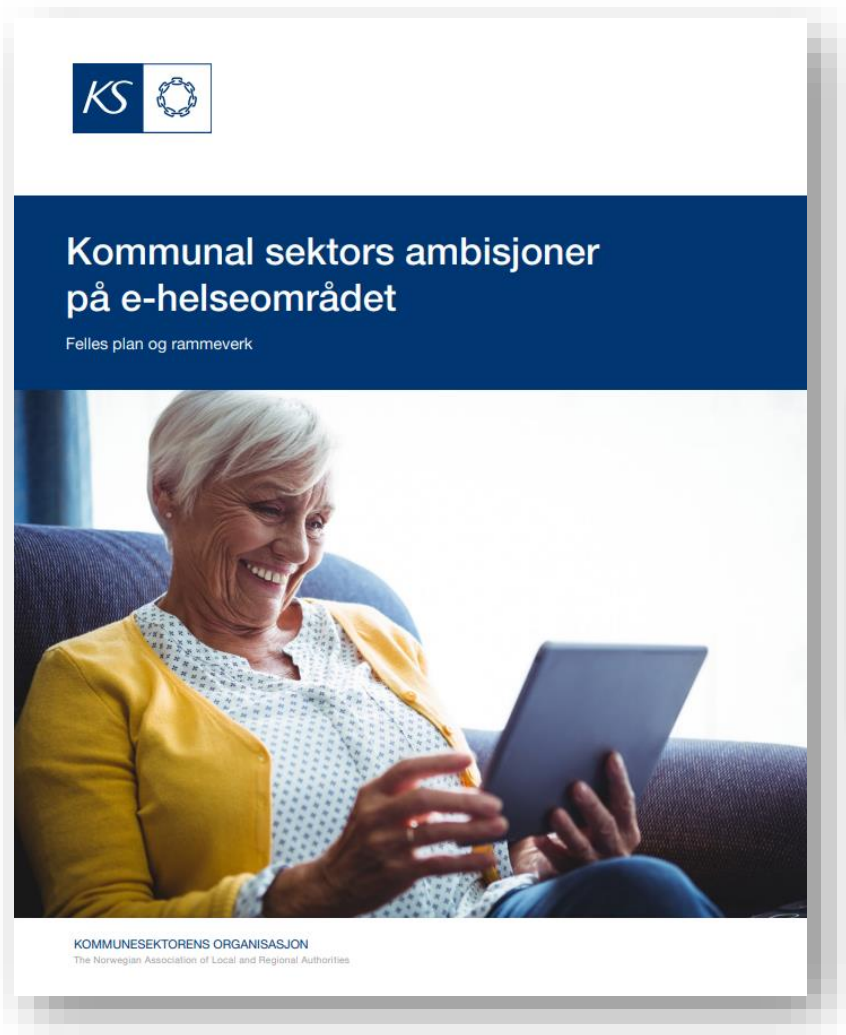
Eksempel på tekst som kan inntas i kontrakten (trolig i relasjon til kontraktens endringsbestemmelser):

- "Leverandøren skal akseptere at KS Digitale Fellestjenester AS eller en annen aktør, som en del av felles og samlet leverandørdialog i regi av KS og som ivaretar kommunesektorens interesser, på vegne av [NAVN PÅ OPPDRAGSGIVER], kan bestille videreutvikling/forbedring eller ny funksjonalitet i [LØSNINGEN]. Betingelsene skal i så fall være tilsvarende som om det var [NAVN PÅ OPPDRAGSGIVER] som bestilte endringen."

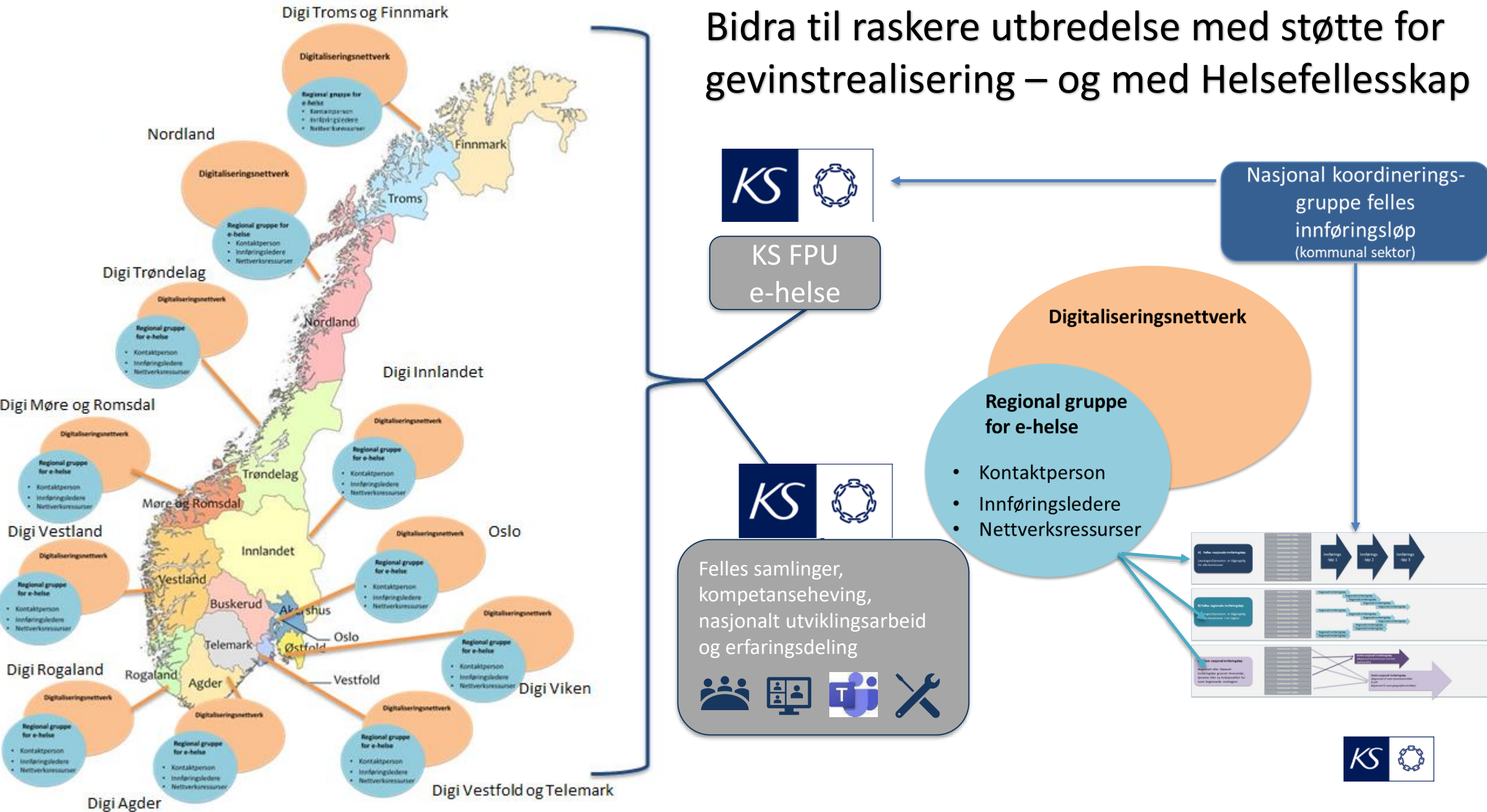
Kommunal sektor sett inn mot nasjonale rådsmodell – styringsgruppen for FSLD



Prioritere i fellesskap - kommunal sektors ambisjoner og portefølje på e-helseområdet



Bidra til raskere utbredelse med støtte for gevinstrealisering – og med Helsefelleskap



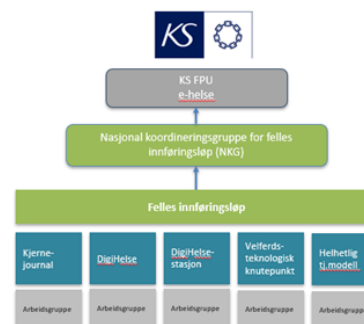
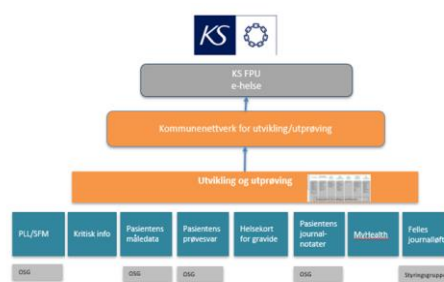
Se sammenhenger – ett steg av gangen

Definisjon av
behov og gevinster

Utvikling/utprøving

Innføring

Forvaltning- og
gevinstrealisering



Forvaltningsapparatet



- Oversikt over pågående tiltak og behov
- Finansieringskilder

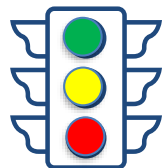
- Koordinering, samordning og kunnskapsoverføring
- Behovsbeskrivelser og krav til overføring til innføring
- Behov for leverandørdialog

- Prioritering av løsninger som er klar til bruk og gir reelle gevinster
- Behov for leverandørdialog
- Kompetanseprogram

- Omforente modeller for forvaltning, inkl. leverandøreroppfølgning
- Systematiske og felles tiltak på gevinstrealisering

Overgang til innføring med vekt på realisering av gevinster – fra minimumsløsning til kontinuerlig utvikling

Utvikling/utprøving

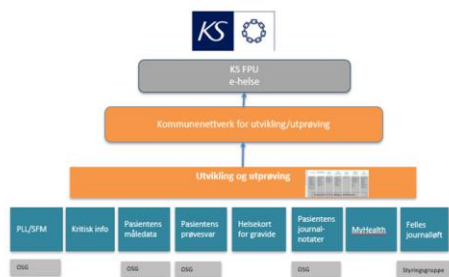


Verifisering av gevinster og kvalitet i *arbeidsflaten (EPJ)*:

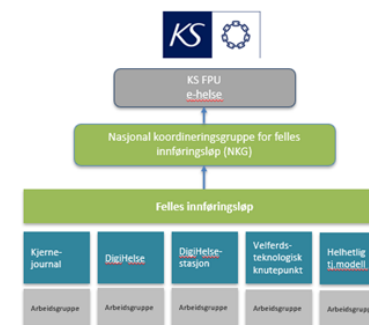
- Personellbesparende
- Økt effektivitet
- Utsette behovet for tjenester
- Helsefaglig vurdering



Innføring



Starte under utprøving





Hvordan bidrar vi
til økt
gjennomføring og
gevinstrealisering?

Det er summen av
mange tiltak som gir
størst verdi!

*Hvordan skalering av utvalgt
helseteknologi (og KI) kan øke
gjennomføringskraft og
gevinstrealisering?*

Innovasjon- og anskaffelsesstøtte



LUP
Innovative anskaffelser

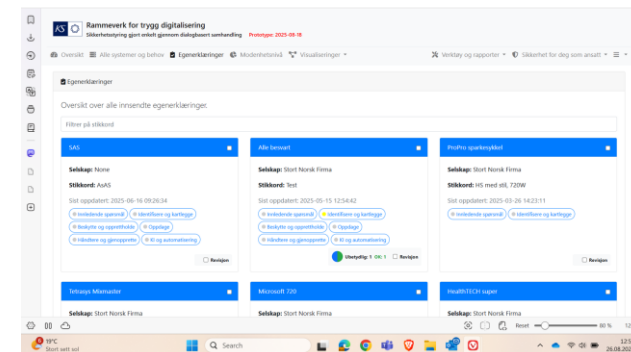


Det er summen av
mange tiltak som gir
størst verdi!

*Hvordan skalering av utvalgt
helseteknologi (og KI) kan øke
gjennomføringskraft og
gevinstrealisering?*

Godkjenningsordning –
selvdeklarerer + verifisering

Innovasjon- og anskaffelsesstøtte



Det er summen av
mange tiltak som gir
størst verdi!

*Hvordan skalering av utvalgt
helseteknologi (og KI) kan øke
gjennomføringskraft og
gevinstrealisering?*

«Helsedirektoratet skal kartlegge kostnader i digital hjemmeoppfølging, med sikte på å implementere kostnadsberegnete vektorer i ISFordningen fra 2026. Arbeidet inkluderer vurdering av innholdsdefinisjoner av digital hjemmeoppfølging, og hva slags styringsinformasjon som kan være hensiktsmessig for området.»

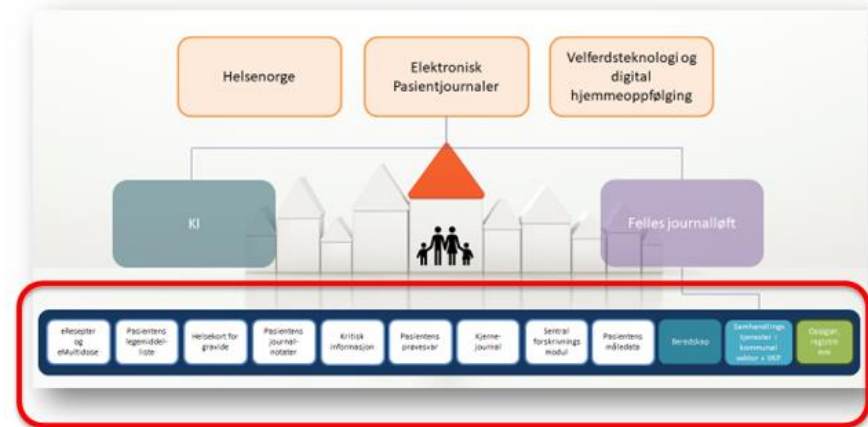
Finansieringsordninger

Godkjenningssordning –
selvdeklarerer + verifisering

Innovasjon- og anskaffelsesstøtte

Det er summen av
mange tiltak som gir
størst verdi!

*Hvordan skalering av utvalgt
helseteknologi (og KI) kan øke
gjennomføringskraft og
gevinstrealisering?*



Felles og samlet leverandørdialog

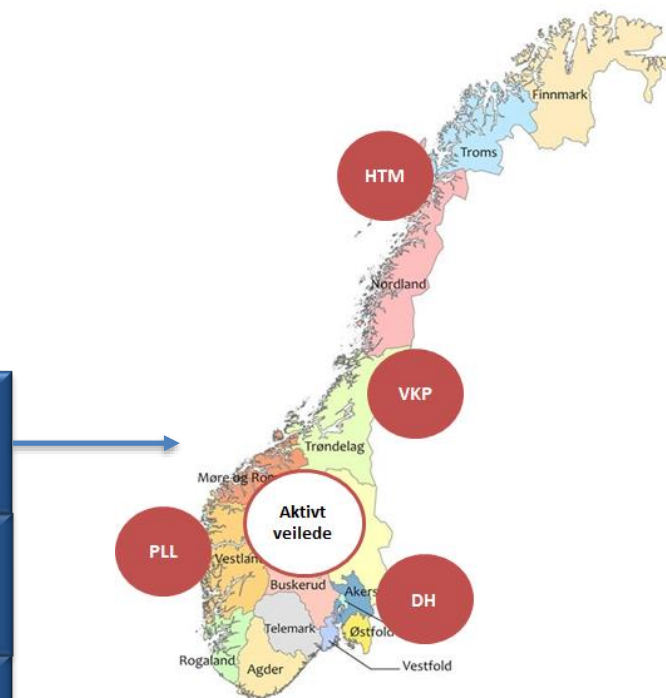
Finansieringsordninger

Godkjenningsordning –
selvdeklarerer + verifisering

Innovasjon- og anskaffelsesstøtte

Det er summen av
mange tiltak som gir
størst verdi!

*Hvordan skalering av utvalgt
helseteknologi (og KI) kan øke
gjennomføringskraft og
gevinstrealisering?*



Det er summen av
mange tiltak som gir
størst verdi!

*Hvordan skalering av utvalgt
helseteknologi (og KI) kan øke
gjennomføringskraft og
gevinstrealisering?*

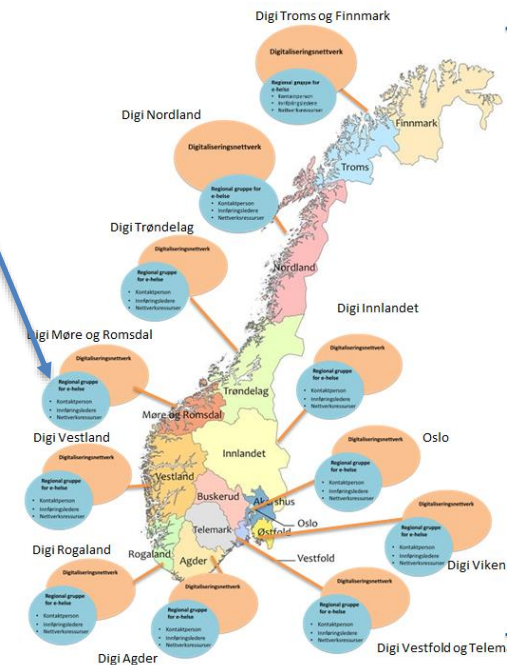
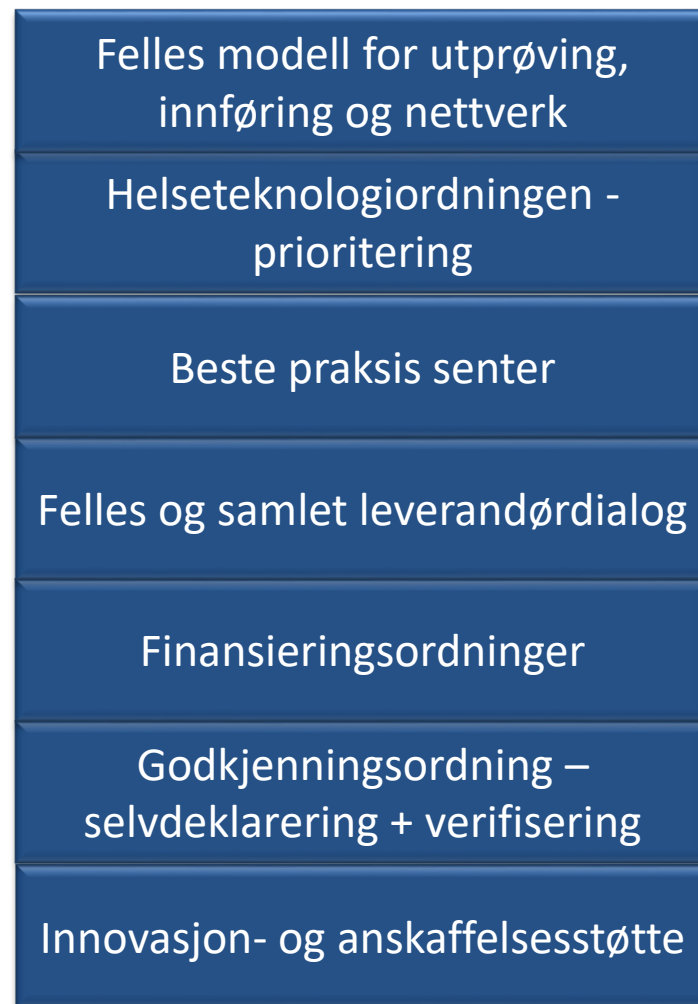


**Helseteknologiordningen:
Tilrettelegging for å ta i bruk teknologi
i den kommunale helse- og
omsorgstjenesten**

Ordningen skal tilrettelegge for innføring av teknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I 2024 vil tilskudd gis til områdene velferdsteknologi, digital hjemmeoppfølging og journalløsninger. Ordningen vil kunne bygges ut over tid, og skal på sikt kunne omfatte alle typer helseteknologi.

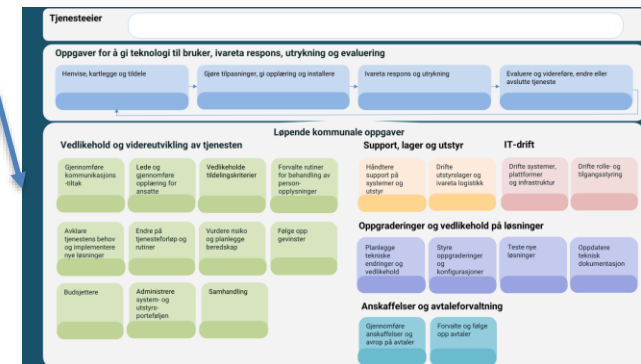
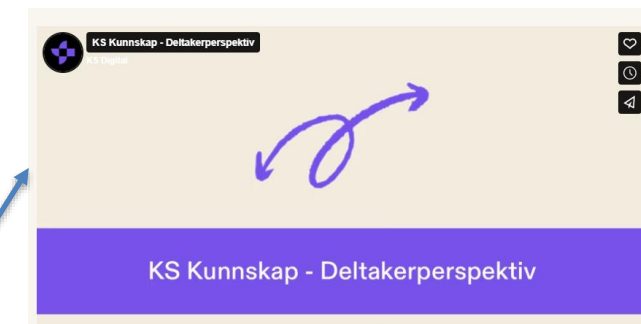
Det er summen av
mange tiltak som gir
størst verdi!

*Hvordan skalering av utvalgt
helseteknologi (og KI) kan øke
gjennomføringskraft og
gevinstrealisering?*



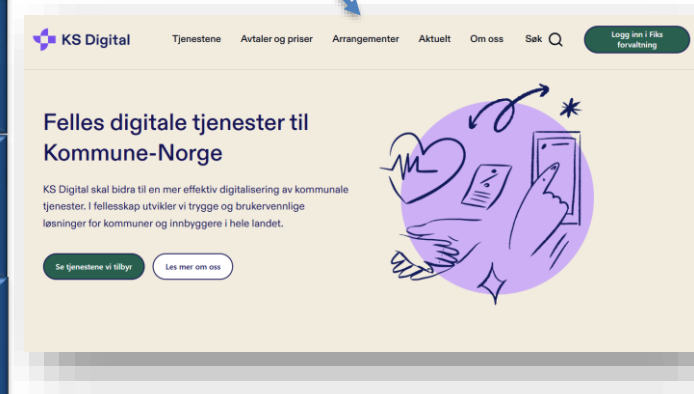
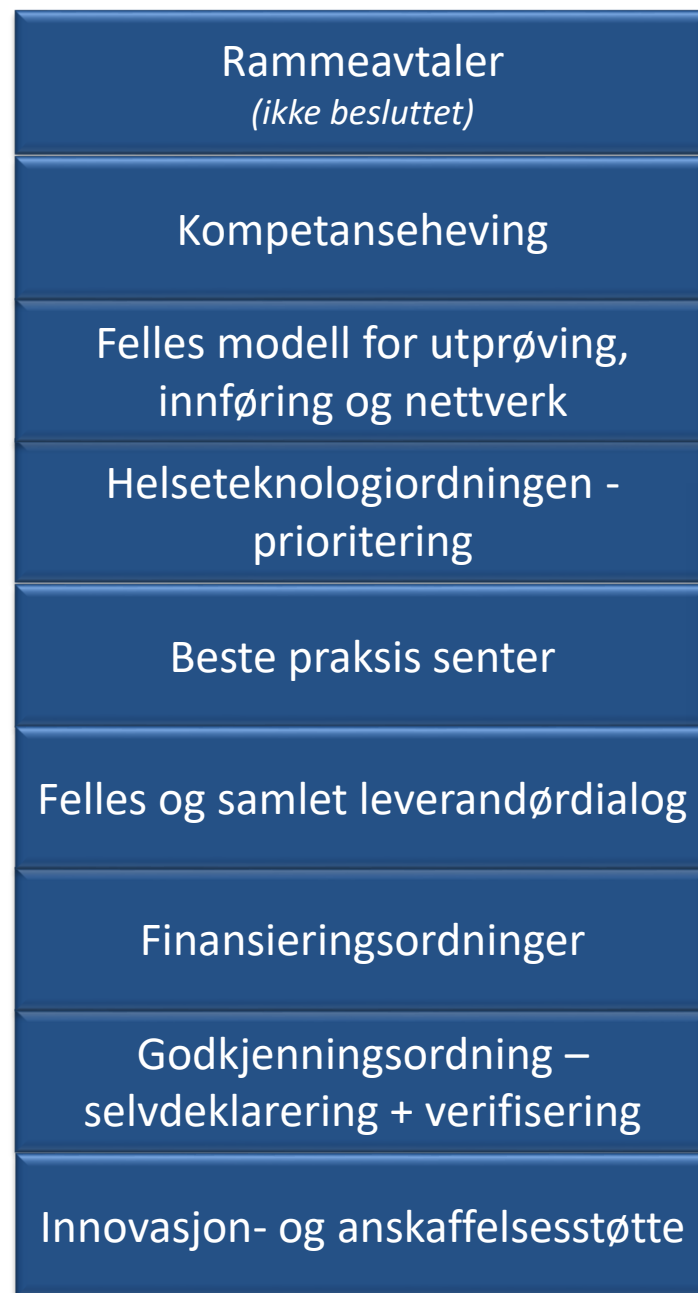
Det er summen av
mange tiltak som gir
størst verdi!

*Hvordan skalering av utvalgt
helseteknologi (og KI) kan øke
gjennomføringskraft og
gevinstrealisering?*



Det er summen av
mange tiltak som gir
størst verdi!

*Hvordan skalering av utvalgt
helseteknologi (og KI) kan øke
gjennomføringskraft og
gevinstrealisering?*



Det handler om å skape tillit

Takk for oppmerksomheten!

Forslag til vedtak - oppdatert

Nasjonalt e-helseråd ble orientert om saken, og ga gjennom diskusjon innspill rundt temaene som ble belyst.

Lunsj – oppstart igjen kl. 12.30



Sak 26/25: Konsekvenser av Helsedataforordningen



Drøfting av tre temaer til helsesdataforordningen

E-resept

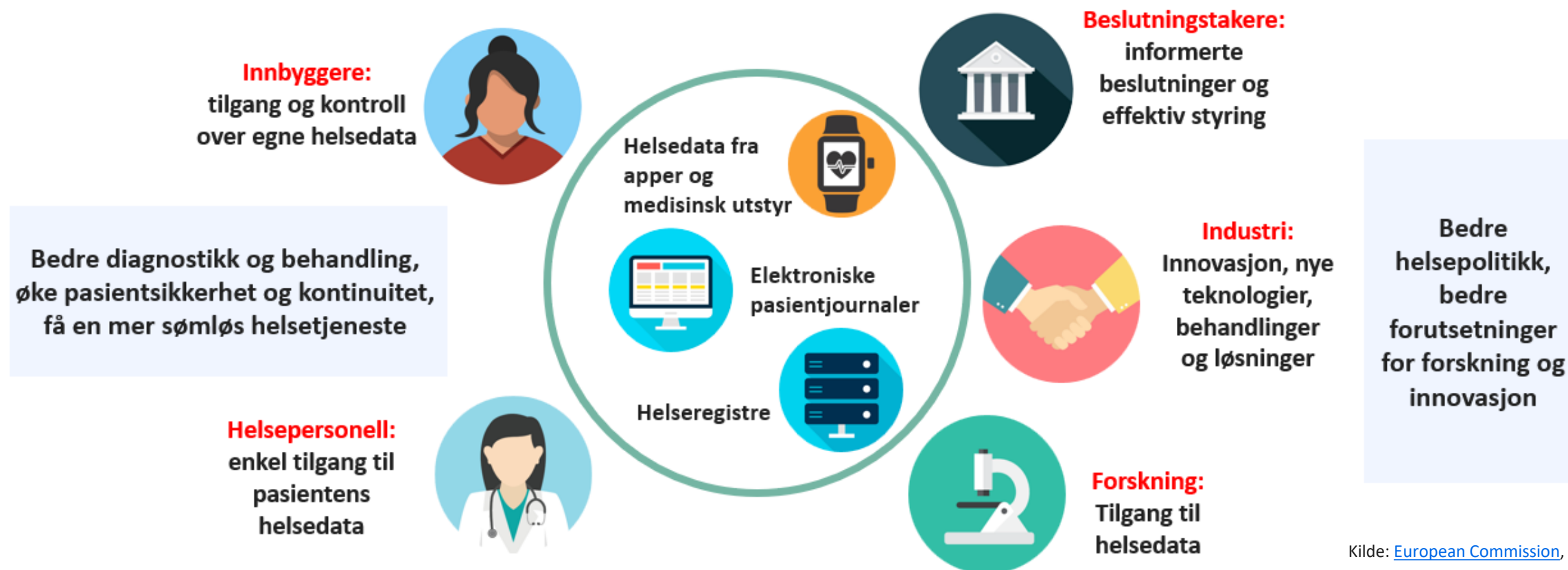
Pasientoppsummering

Tilgang til helsedata (sekundærbruk)



Hva er helsedataforordningen og hvem er det for?

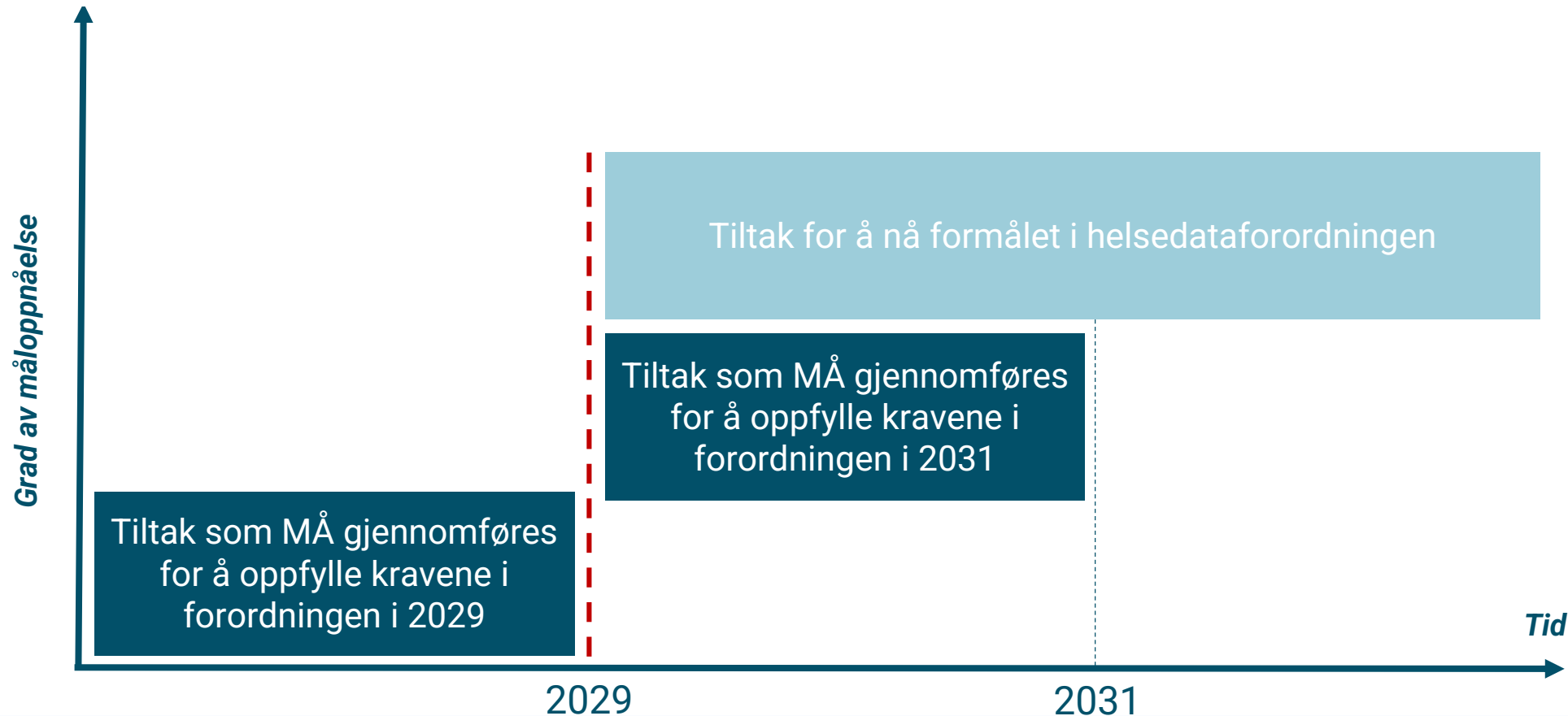
Helsedataforordningen fastsetter regler, felles standarder, infrastrukturer og et styringsrammeverk for effektiv tilgang til og utveksling av elektroniske helsedata



Kilde: [European Commission](#), 2022

På sikt skal Helsedataforordningen danne grunnlaget for samhandling mellom forvaltningsnivåer og aktører i Norge

Felles EU-rammeverk for utveksling av helsedata



Agenda

1. Introduksjon

2. Drøfting av tre temaer til helsedataforordningen

- Tilgang til helsedata (sekundærbruk)
- E-resept
- Pasientoppsummering

3. Eventuelt

Sekundærbruk

—

Overordnet om kravene

1. *Helsesdatainnehavere* skal gjøre tilgjengelig en rekke kategorier av elektroniske helsedata.
 - Eksempelvis pasientjournal, prøvesvar, legemidler, billeddiagnostikk, genetiske og biologiske data, data fra kliniske studier, medisinsk teknisk utstyr med mer.
2. Alle land må utpeke ett eller flere organ for tilgang til helsedata (Health Data Access Bodies, HDAB) med en **rekke** oppgaver og plikter. I stater som velger å utpeke flere organer skal ha én fungere som koordinerende HDAB.

Hvilke data er det egentlig snakk om?

Minimumskategoriene av elektroniske data (art.51)

- 17 datakategorier
 - Ikke enhetlig definisjon og felles forståelse mellom medlemslandene
 - Ulike datakilder reguleres av ulike lover og myndigheter -> utfordrer digital datasamhandling

Ikrafttredelse fra 2029:

- (a) Elektroniske helsedata og helseopplysninger (EHR),
- (c) Aggregerte helsedata (behov, ressurser og utgifter),
- (d) Data om patogener som påvirker menneskers helse,
- (e) Administrativ helsedata (f.eks. refusjoner),
- (h) Data generert automatisk via medisinsk utstyr,
- (i)* Data fra velvære- og helserelaterte applikasjoner,
- (j) Profesjonell informasjon om helsepersonell,
- (k) Offentlige helseregistre,
- (l) Medisinske registre og dødsårsaksregistre,
- (n) Øvrige data fra medisinsk utstyr,
- (o) Legemiddel- og utstyrsregistre
- (q)* Helsedata fra biobanker og tilhørende databaser.

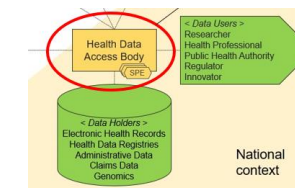
Ikrafttredelse fra 2031:

- ((b) Sosioøkonomiske, miljømessige og atferdsrelaterte faktorer som påvirker helse,
- (f)* Genetiske og genomiske data,
- (g)* Molekylærbiologiske data (proteomikk, metabolomikk m.m.),
- (m) Data fra kliniske studier og undersøkelser,
- (p) Data fra helserelaterte spørreundersøkelser og forskningskohorter.

Nullalternativet – dagens situasjon

- Norge dekker en stor del av minimumskategoriene av elektroniske helsedata til sekundærbruk (art 51).
- Helsedata forvaltes desentralisert, med mange aktører og vedtaksmyndigheter.
 - Helsedataservice (HDS) ved FHI fikk i 2023 vedtaksmyndighet for 11 sentrale helseregistre med tilhørende nasjonale medisinske kvalitetsregistre; øvrige registre og andre datakilder forvaltes fortsatt lokalt.
- Norge har etablert en nasjonal infrastruktur via helsedata.no, som tilbyr felles tjenester som felles søknadsskjema, variabeloversikter og metadata, men dekker ikke alle datakategorier ennå.
- Det er gitt et oppdrag om å videreutvikle eksisterende analyseinfrastrukturer i tråd med kravene som kommer i EHDS som en del av NORTRE-samarbeidet
- FHI ble i juni 2025 utpekt som koordinerende Health data Access Body i Norge.

Konsepter til videre vurdering | Organisering av HDAB

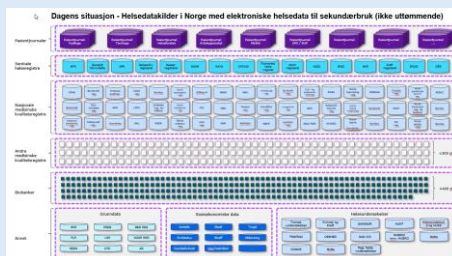


Økt grad av sentralisering

Nullalternativet

Desentralisert
organisering

Mange **dataansvarlige (HDH, THDH)** og **vedtaksmyndigheter (HDABer, THDH)**



Konsept 1:

Desentralisert organisering

Tar utgangspunkt i dagens
organisering

Koordinerende HDAB har ansvar for å ivareta én vei inn for søker (inkl. nasjonal metadatakatalog og felles søknadskjema)

Hersedatainnehavere som i dag har vedtaksmyndighet for datakategorier kan utpekes som HDAB.

Koordinerende HDAB skal sikre at praksis ved HDABene utvikles i tråd med EHDS

Konsept 2:

Delvis sentralisert organisering

Tar utgangspunkt i dagens
organisering

Noen oppgaver og myndighet sentraliseres til **koordinerende HDAB**.

Samler **vedtaksmyndighet til et begrenset antall HDABer** (Eks. basert på datakategorier eller geografisk plassering).

Saker som gjelder **én datakilde** vil kunne distribueres til **Trusted Health Data Holder**.

Konsept 3:

Sentralisert organisering

Tar utgangspunkt i finsk
organisering

Alle oppgaver og plikter sentraliseres til **én koordinerende HDAB**.

Saker som gjelder **én datakilde** vil kunne distribueres til **Trusted Health Data Holder**.

Diskusjonspunkter

- Har dere innspill til konseptbeskrivelsene?
- Hvilket konsept mener dere vil være det beste for organisering av roller og plikter for HDAB-funksjonen i Norge?

Foreløpige juridiske vurderinger av relevans for konseptene for e-resept, pasientoppsummering og sekundærbruk

Randi Lilletvedt



European Health Data Space

- Fastsetter felles regler, felles standarder, infrastrukturer og styringsrammeverk for effektiv tilgang til og utveksling av elektroniske helsedata for primær- og sekundærbruk
- Teknisk infrastruktur
 - Myhealth@EU for primærbruk
 - Healthdata@EU for sekundærbruk
- Etablering av myndighetsorganer mv.
 - Digital helsemyndighet
 - Markedsovervåkingsmyndighet
 - Organer for tilgang til helsedata for sekundærbruk
- Styring og koordinering, nasjonalt og europeisk nivå

Styrke fysiske personers rettigheter ved å gi de økt tilgang og kontroll over egne helseopplysninger

Støtte fri bevegelighet av fysiske personer

Fremme et indre marked for digitale helsetjenester og -produkter

Sikre en konsekvent og effektiv ramme for viderebruk av helsedata til forskning, innovasjon, politikkutforming og reguleringsmessige aktiviteter

Virkeområde, definisjoner og ikrafttredelse – overordnet

- Virkeområdet er tett knyttet til formålet med forordningen og definisjoner av begreper i forordningen
- Flere definisjoner viser til annet EU-regelverk, men forordningen har også egne definisjoner
- Noe nærmere om virkeområdet:
 - Utveksling av helseopplysninger over landegrensene i EU/EØS ved bruk av felles teknisk infrastruktur
 - Styrkede rettigheter for den enkelte gjelder uavhengig om de mottar helsehjelp i eget hjemland eller i et annet EU/EØS-land
 - Felles krav til «pasientjournalssystemer»
 - Utveksling, de styrkede rettighetene og krav til pasientjournalssystemer er hovedsakelig knyttet til de prioriterte kategoriene av helseopplysninger
- Kravene gjelder for helseopplysningene som registreres etter at bestemmelsene kommer til anvendelse

Prioriterte kategorier av elektroniske helseopplysninger og EU-format

Prioriterte kategorier

Gruppe 1

- Pasientoppsummeringer
- E-resepter
- Elektronisk legemiddelutlevering

Gruppe 2

- Medisinske bilder og relaterte rapporter
- Medisinske testresultater, inkl. lab. og andre diagnostiske resultater og relaterte rapporter
- Utskrivningsrapporter

EU-format

- EU-kommisjonen skal fastsette tekniske spesifikasjoner for de prioriterte kategoriene
- Skal bl.a. muliggjøre overføring av de prioriterte kategoriene
- Skal støtte både strukturerte og ustrukturerte opplysninger og inkludere:
 - Harmoniserte datasett med definerte strukturer for klinisk innhold
 - Kodesystemer og verdisett for datasett
 - Tekniske spesifikasjoner for interoperabilitet, herunder beskrivelse av innhold, standarder og profiler

Enkeltpersoners rettigheter, artikkel 3-10

- Rett til digitalt innsyn
- Rett til å laste ned elektronisk kopi på EU-format
- Rett til å digitalt registrere egen informasjon i EPJ, adskilt fra helsepersonell
- Rett til digitalt å be om retting av opplysninger
- Rett til dataportabilitet
- Rett til å begrense tilgang
- Rett til informasjon om helsepersonells tilgang via tilgangstjenester for helsepersonell
 - Via en eller flere tilgangstjenester for innbyggere hvor også representanter for innbyggere skal ha rett til innsyn, laste ned kopi og registrere informasjon
 - Prioriterte kategorier av helseopplysninger og noen ganger at det krav om felles europeisk format



Helsepersonells tilgang, artikkel 11-13, 16 og 18

- Relevante og nødvendige elektroniske prioriterte kategorier av helseopplysninger om pasienter de behandler
 - Via «tilgangstjenester for helsepersonell»
 - Identifiseres med anerkjent e-ID
- Landene må etablere
 - Tilknytning til tjenesten MyHealth@EU inkl. etablere nasjonale kontaktpunkt for e-helse
 - En eller flere tilgangstjeneste for helsepersonell



Oppsummert – krav om bruk av EU-formater gjelder følgende situasjoner

Foreløpige
vurderinger

- Når fysiske personer og dennes representanter laster ned kopi av prioriterte kategorier av helseopplysninger
- Når fysiske personer utøver sin rett til dataportabilitet av de prioriterte kategoriene til helsevirksomheter basert på nedlastet kopi og over landegrensene via MyHealth@EU
- Ved utveksling av de prioriterte kategoriene mellom helsevirksomheter over landegrensene via nasjonale kontaktpunkt og MyHealth@EU
- Produsenter av pasientjournalssystemer som omfattes av artikkel 26, skal sørge for at systemet oppfyller krav om å sende og motta de prioriterte kategoriene på EU-format

Når gjelder kravene for produsenter av «pasientjournalssystemer»?

Foreløpige vurderinger

- «Pasientjournalssystemer» er definert i art. 2 nr. 2 (k)
- Artikkel 26 nr. 1 «placed on the market or put into service»:
 - Skal plasseres på markedet eller tas i bruk **for første gang** fra de tidspunktene bestemmelsene kommer til anvendelse
 - «Pasientjournalssystemer», som allerede **er plassert på markedet eller i bruk og som oppgraderes** slik at det innebærer en vesentlig endring etter annet produktregelverk og det skjer etter at bestemmelsene har kommet til anvendelse, så vil imidlertid kravene etter kapitel III gjelde.
 - Oppsummert er det en vesentlig endring når følgende tre vilkår er oppfylt:
 - 1) oppdateringen endrer produktets opprinnelig tiltenkte funksjoner, type eller ytelse, og dette var ikke forutsett i den første risikovurderingen,
 - 2) farens art har endret seg eller risikonivået har økt på grunn av oppdateringen, og
 - 3) produktet gjøres tilgjengelig / tas i bruk.
- For mer veiledning se, [C_2022247EN.01000101.xml](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32022Z47EN.01000101.xml)

Forts. Når gjelder kravene for produsenter av «pasientjournalssystemer»?

Foreløpige vurderinger

- Artikkel 26 nr. 2 – til anvendelse fra 26. mars 2031
- «Pasientjournalssystemer» som er produsert og i bruk i helseinstitusjoner, og
- «pasientjournalssystemer» som er tilbudt som en tjeneste til en fysisk eller juridisk person i EU etter (EU) 2025/1535 artikkel 1 (1) bokstav b i jf. artikkel 26 nr. 2.
 - «Helseinstitusjoner» - defineres som i EU 2017/745: *«en organisasjon som har som hovedformål å pleie eller behandle pasienter eller fremme folkehelsen»*
 - Tjeneste= *«enhver informasjonssamfunnstjeneste, dvs. en tjeneste som vanligvis utøves mot vederlag, og som formidles elektronisk, over avstand og etter individuell anmodning for mottaker av tjenesten»*
 - [eos-horingslovens-veileder.pdf](#)

A hand holding a pen points to a financial candlestick chart on a screen. The chart displays price movements with green and red candles, overlaid with various colored trend lines (pink, orange, blue). Numerical data and percentages are visible in the background, suggesting a market analysis context.

Sekundærbruk av helsedata (kapittel IV)

- Hvem som må gjøre data tilgjengelig
- Hvilke data som omfattes
- Hvilke formål data skal deles for
- Etablering av Health data access bodies (HDAB)
- Tilgangsprosedyrer og datahåndtering
- Healthdata@EU – infrastruktur for deling

Overordnet om kravene

1. *Helsesdatainnehavere* skal gjøre tilgjengelig en rekke kategorier av elektroniske helsedata.
 - Eksempelvis pasientjournal, prøvesvar, legemidler, billeddiagnostikk, genetiske og biologiske data, data fra kliniske studier, medisinsk teknisk utstyr med mer.
2. Alle land må utpeke ett eller flere organ for tilgang til helsedata (Health Data Access Bodies, HDAB) med en **rekke** oppgaver og plikter. I land som velger å utpeke flere organer skal ha én fungere som koordinerende HDAB.

Hvem må gjøre helsedata tilgjengelig – art. 50

Dataholder/helsedatainnehavere er definert i artikkel 2 nr. 2 bokstav 2:

- Enhver fysisk eller juridisk person, offentlig myndighet eller annen enhet i helse- og omsorgstjenesten
- Enhver fysisk eller juridisk person som utvikler produkter eller tjenester for helse-, helsetjeneste- eller omsorgstjenesten, eller som utvikler velværeapplikasjoner
- Enhver fysisk eller juridisk person som utfører forskning relatert til helse- og omsorgstjenesten
- Enhver fysisk eller juridisk person som fungerer som et dødsårsaksregister
- Enhver EU-institusjon, -organ, kontor eller byrå

som enten

- 1) Har rett eller plikt i egenskap av å være dataansvarlig til å behandle helsedata for helse- eller omsorgstjenester eller for folkehelse, refusjon, forskning, innovasjon, politikkutforming, offisielle statistikker, pasientsikkerhet eller reguleringsmessige formål

eller

- 2) Kan gi tilgang til andre helsedata (som ikke er personopplysninger) gjennom kontroll av den tekniske utformingen av et produkt

Unntak for

- fysiske personer, inkl. individuelle forskere
- mikrovirksomheter jf. 2003/364/EF artikkel 2 tredje ledd

Hvilke data er det egentlig snakk om?

Minimumskategoriene av elektroniske data (art.51)

- 17 datakategorier
 - Ikke enhetlig definisjon og felles forståelse mellom medlemslandene
 - Ulike datakilder reguleres av ulike lover og myndigheter -> utfordrer digital datasamhandling

Ikrafttredelse fra 2029:

- (a) Elektroniske helsedata og helseopplysninger (EHR),
- (c) Aggregerte helsedata (behov, ressurser og utgifter),
- (d) Data om patogener som påvirker menneskers helse,
- (e) Administrativ helsedata (f.eks. refusjoner),
- (h) Data generert automatisk via medisinsk utstyr,
- (i)* Data fra velvære- og helserelaterte applikasjoner,
- (j) Profesjonell informasjon om helsepersonell,
- (k) Offentlige helseregistre,
- (l) Medisinske registre og dødsårsaksregistre,
- (n) Øvrige data fra medisinsk utstyr,
- (o) Legemiddel- og utstyrsregistre
- (q)* Helsedata fra biobanker og tilhørende databaser.

Ikrafttredelse fra 2031:

- ((b) Sosioøkonomiske, miljømessige og atferdsrelaterte faktorer som påvirker helse,
- (f)* Genetiske og genomiske data,
- (g)* Molekylærbiologiske data (proteomikk, metabolomikk m.m.),
- (m) Data fra kliniske studier og undersøkelser,
- (p) Data fra helserelaterte spørreundersøkelser og forskningskohorter.

E-resept

—

Dagens situasjon

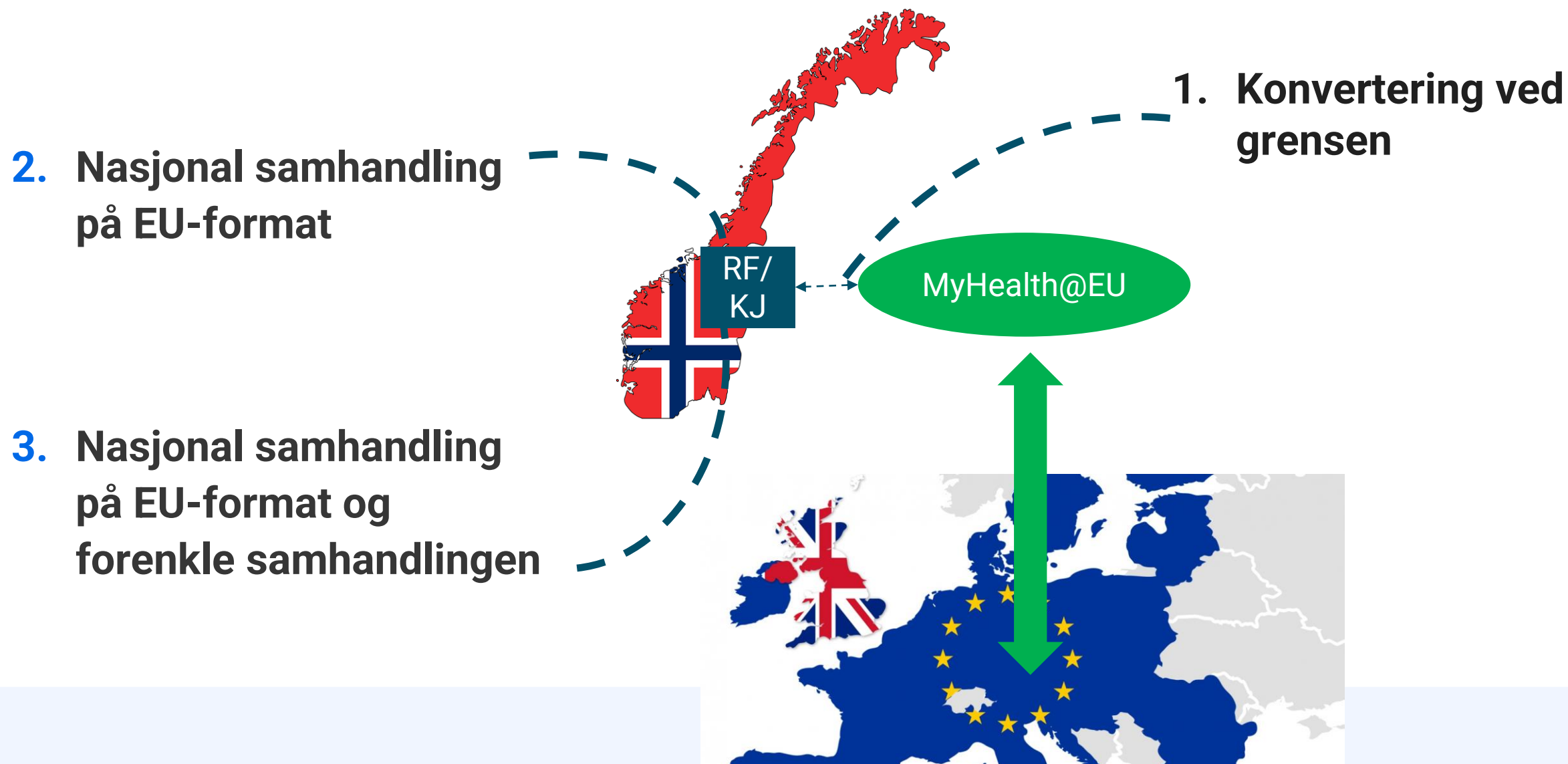
- E-resept i Norge er modent og velfungerende
- Endring i e-resept påvirker også PLL, e-multidose og refusjonsordningen
- Felles legemiddel grunndata



Krav i helsedataforordningen

- E-resepter og pasientoppsummeringer skal kunne deles nasjonalt og til andre EU/EØS-land.
- Tilgangen skal skje gjennom én eller flere tilgangstjenester for helsepersonell
- Utvekslingen over landegrensene skal skje på et felles europeisk utvekslingsformat (EU-format) og via nasjonale kontaktpunkt og MyHealth@EU.
- Forordningen stiller ikke krav om EU-format ved nasjonal deling.
- Det er uklart om gjennomføringsrettsaktene vil stille krav til hvilke legemiddelgrunndata som skal benyttes
- Forordningen berører ikke nasjonale rettigheter til refusjon knyttet til resepter og forvaltning av disse.

Tre konsepter



Foreløpig identifiserte tiltak

Konvertering ved grensa

- Utvikles en konverteringstjeneste for å konvertere mellom norsk og EU-format for utveksling via MyHealth@EU.
- Norske apotek må kunne ekspedere e-resepter som kommer fra EU og formidle utleveringsinformasjon tilbake via MyHealth@EU
- Pasientjournalløsninger og nasjonale samhandlingsløsninger må håndtere pasientoppsummeringens legemiddelliste for EU-borgere
- Forbedringer i Helsenorge for å ivareta innbyggers rettigheter

Nasjonal samhandling på EU-format

- Omskrivning til EU-format hos alle involverte aktører i e-resept verdikjeden, herunder også PLL og e-multidose.
- Håndtering av refusjon i e-resept må endres

Forenklinger

- Se på forbedringer og forenklinger i samhandling om pasientens legemiddelbehandling

Pasientoppsummering

—

Pasientoppsummeringen gir rask oversikt

«*Health-at-a-glance*»:

Helsepersonellet får et umiddelbart overblikk over nøkkelopplysninger som grunnlag for forsvarlig helsehjelp i helhetlige pasientforløp



- Skaffe manglende helseopplysninger
- Oppsummere en kompleks sykehistorie
- Gi et helhetlig bilde
- Spesielt nyttig ved uplanlagte hendelser

Noen scenarier:

- Nordmenn som oppholder seg i EU
- EU-borgere som oppholder seg i Norge
- *Bonus: Bedre informasjon om nordmenn i Norge*

Helsedataforordningen

Artikkel 14 inkl. Vedlegg II

Article 14. Priority categories of personal electronic health data for primary use

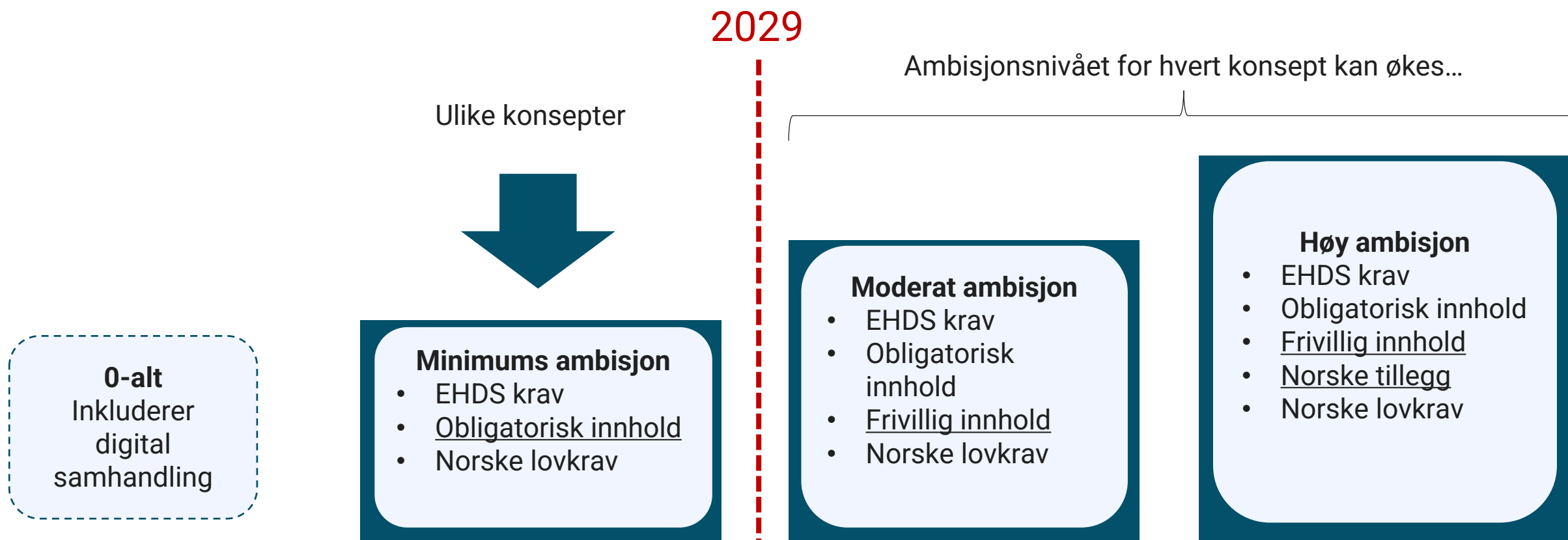
1. For the purposes of this Chapter, where data are processed in electronic format the priority categories of personal electronic health data shall be the following:

- (a) patient summaries;
- (b) electronic prescriptions;
- (c) electronic dispensations;
- (d) medical imaging studies and related imaging reports;
- (e) medical test results, including laboratory and other diagnostic results and related reports; and
- (f) discharge reports.

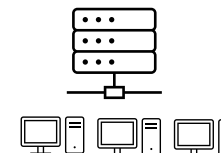
The main characteristics of the priority categories of personal electronic health data for primary use shall be as set out in Annex I. Member States may provide in their national law for additional categories of personal electronic health data to be accessed and exchanged for primary use pursuant to this Chapter. The Commission may, by means of implementing acts, lay down cross-border specifications for the categories of personal electronic health data referred to in the third subparagraph of this paragraph pursuant to Article 15(3) and Article 23(8). Those implementing acts shall be adopted in accordance with the examination procedure referred to in Article 98(2).

Electronic health data category	Main characteristics of electronic health data included under the category
1. Patient summaries	Electronic health data that include significant clinical facts related to an identified natural person and that are essential for the provision of safe and efficient healthcare to that person. The following information is part of a patient summary: 1. Personal details. 2. Contact information. 3. Information on insurance. 4. Allergies. 5. Medical alerts. 6. Vaccination/prophylaxis information, possibly in the form of a vaccination card. 7. Current, resolved, closed or inactive problems, including in an international classification coding. 8. Textual information related to medical history. 9. Medical devices and implants. 10. Medical or care procedures. 11. Functional status. 12. Current and relevant past medicines. 13. Social history observations related to health. 14. Pregnancy history. 15. Patient-provided data. 16. Observation results pertaining to the health condition. 17. Plan of care. 18. Information on a rare disease, such as details about the impact or characteristics of the disease.

Konsepter og ulike ambisjonsnivå

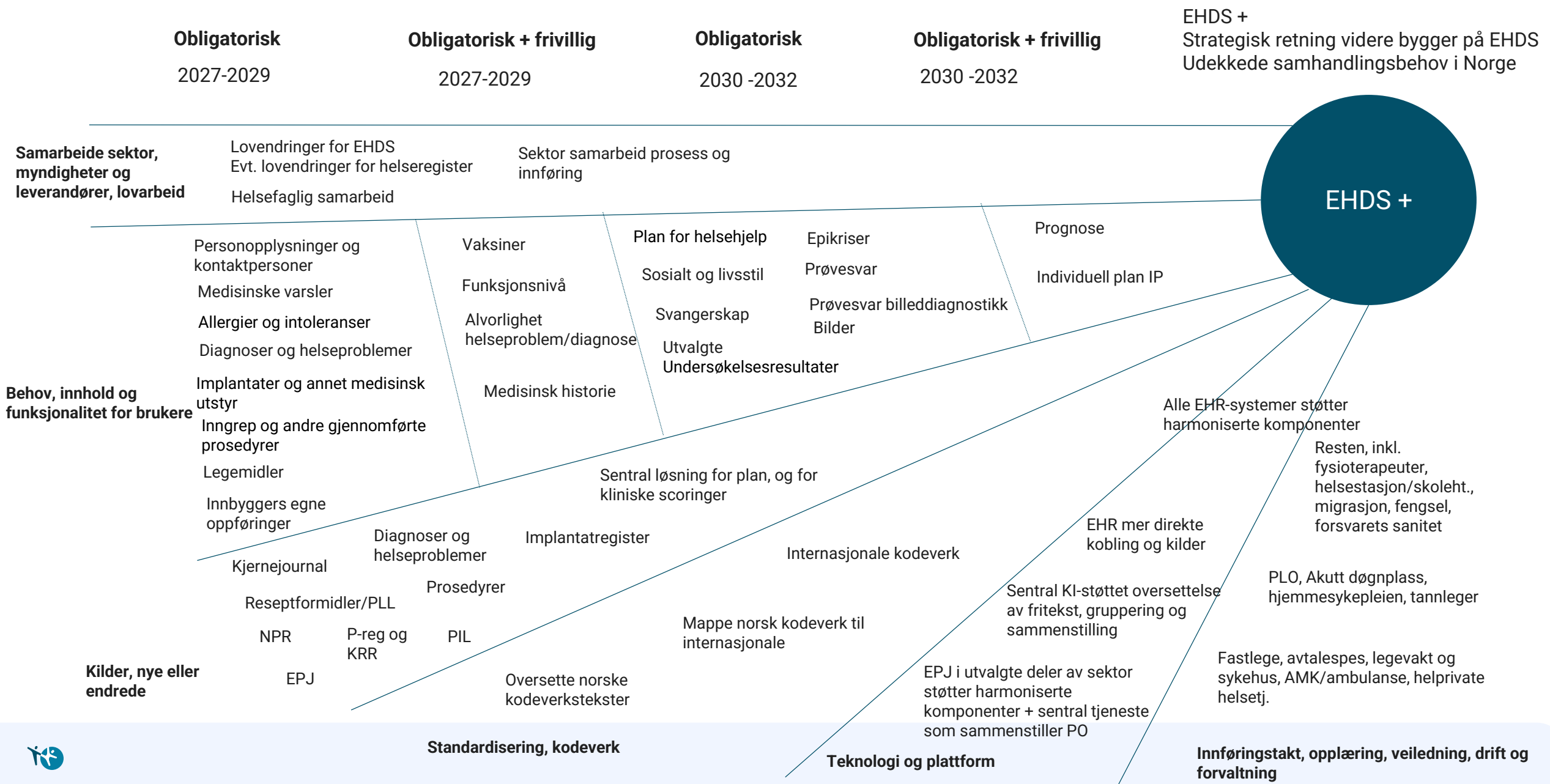


Oversikt over konseptene og deres informasjonskilder



	0-alternativet inkl. Digital samhandling	Konsept 1 Fastlegen i førerasetet (oppsummert desentralt)	Konsept 2 Kun nasjonale kilder, automatisk oppsummering	Konsept 3 Kun nasjonale kilder, kuratert oppsummering	Konsept 4 Automatisert innhenting fra lokale kilder (oppsummert sentralt)
Inngrep og andre prosedyrer		EPJ: Prosedyrer	NPR/KPR: Prosedyrer	KJ: Prosedyrer	EPJ: Detaljerte prosedyrer
Helseproblemer		EPJ: Diagnoser	NPR/KPR: Diagnoser	KJ: Diagnoser	EPJ: Detaljerte diagnoser
Implantater og annet medisinsk utstyr	Implantater i kritisk info (KJ), eller planlagt implantatregister				
Allergier og intoleranser	Kjernejournal: Kritisk informasjon				
Annen kritisk informasjon	Kjernejournal: Kritisk informasjon				
Legemiddeloppsummering	Reseptformidleren: PLL				

Mulig veikart og utviklingsretning





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.

Pause – oppstart igjen kl. 13.45

—

Sak 27/25: Nye mandater for utvalgene i rådsmodellen



Nye mandater for utvalgene i rådsmodellen

Nasjonalt e-helseråd 16. oktober 2025

Siv Ingebrigtsen, avdeling for digital strategi



Hensikt med saken

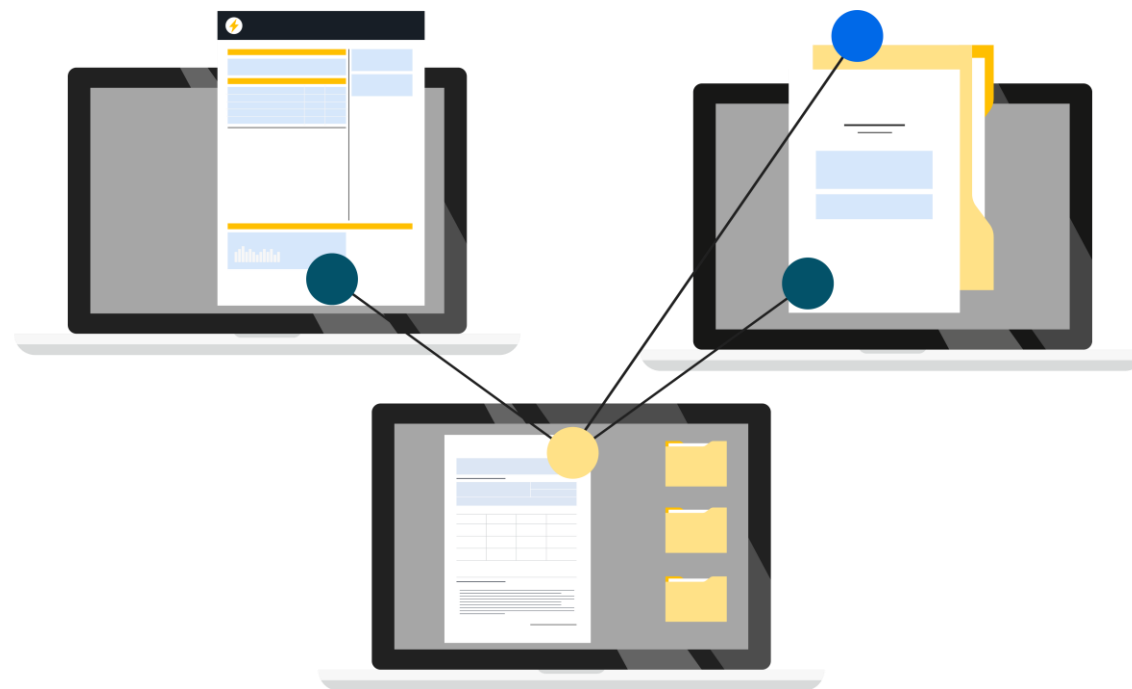
Helsedirektoratet har utarbeidet forslag til nye mandater for utvalgene i rådsmodellen, og ønsker med denne saken å få:

- et vedtak på nye mandater for NUFA og NUIT
- innspill på mandat for Nasjonalt e-helseråd.



Bakgrunn for endringene i mandatene

- Digitaliseringen skal understøtte og være en integrert del av utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Dette er tatt inn i formålene.
- Vi trenger større fokus på gevinstrealisering. NUIT får ansvar for å drøfte hvordan gevinster kan realiseres.
- NUIT og E-helserådet fremstår mer og mer like. Forskjellene er forsøkt tydeliggjort.
- Ønske om at færre saker gjentas i flere utvalg. NUIT skal ikke lenger som *hovedregel* behandle saker som skal til E-helserådet. Mer tydelige oppgavefordeling.
- Antall nasjonale råd og utvalg bør reduseres. NUIT overtar oppgavene til *Samarbeidsorgan for digital helseberedskap*.



Innspill fra NUFA og NUIT

- NUFA ønsket at NUFAs mandat spisses mot helsefag og arkitektur
- NUFA er et stort utvalg. Dette har en stor verdi, og de ønsket ikke å redusere. Det ble foreslått at flere klinikere og Direktoratet for medisinske produkter deltar.
- NUIT kan ta et større ansvar for å øke gjennomføringsevnen og å få de ønskede effektene ut i helse- og omsorgstjenesten. «Følge opp» nasjonal e-helseportefølje og e-helsestrategi blir for passivt. «Operasjonalisere» eller «være pådriver for» ble foreslått i stedet.
- Formålene for NUIT og E-helserådet er for like, må få et tydeligere skille.
- At digitaliseringen skal understøtte utviklingen av helse- og omsorgstjenestene, bør også komme frem i oppgavene, ikke bare i formålet.
- NUIT ga tilslutning til å overta oppgavene til samarbeidsorgan for digital helseberedskap (SODH), men SODH må reaktiveres og overta ved en krise.

Forslag formål

NUFA	NUIT	Nasjonalt e-helseråd
NUFA skal gi råd og anbefalinger innen tjenesteutvikling, samhandling, arkitektur og digitalisering som støtter innbyggernes og de helsefaglige behovene.	NUIT skal gi råd om digitaliseringstiltak av nasjonal interesse som understøtter utviklingen av helse- og omsorgstjenestene, og følge opp gjennomføringen av nasjonal e-helsestrategi.	Nasjonalt e-helseråd skal gi råd om strategiske veivalg innen digitalisering som understøtter utviklingen av helse- og omsorgstjenestene, og anbefale prioritering og rammer for gjennomføring av tiltak for en helhetlig utvikling med effektiv utnyttelse av ressursene.

Forslag oppgaver og ansvar

NUFA	NUIT	Nasjonalt e-helseråd
• Gi faglige råd vedrørende digitalisering knyttet til sentrale problemstillinger innen tjenesteutvikling, samhandling og arkitektur. • Gi faglige råd ved justering av mål i nasjonal e-helsestrategi. • Synliggjøre behov og anbefale arbeid med nye prinsipper og standarder innen kodeverk, terminologi, arkitektur, informasjonssikkerhet mv., samt gi råd i relevante problemstillinger knyttet til disse.	• Drøfte prinsipielle spørsmål knyttet til gjennomføring av strategiske tiltak og hvordan gevinster kan realiseres • Følge opp nasjonal e-helseportefølje og tilrettelegge for at felles, prioriterte tiltak gjennomføres • Være pådriver for måloppnåelse av nasjonal e-helsestrategi gjennom plan for realisering (veikart for nasjonal e-helsestrategi og strategiske indikatorer), identifisere hindringer og anbefale risikoreduserende tiltak • Gi faglige råd ved justering av mål i nasjonal e-helsestrategi • Gi råd om investeringer og tiltak i nasjonal e-helseportefølje som medfører endring i kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene • Samordne behov og gi råd om tiltak knyttet til digital helseberedskap, for å være bedre forberedt ved neste helsekrise • Anbefale saker fra sektor til rådsmodellen, som er viktige for å knytte digitalisering og tjenesteutvikling tettere sammen	• Drøfte og gi anbefaling til endringer i rammebetingelser som regelverk, finansieringsmodeller, organisering mv. • Anbefale felles strategisk retning og prioriterte mål gjennom nasjonal e-helsestrategi, og anbefale nødvendige justeringer av strategien • Drøfte og gi anbefaling knyttet til veivalg, strategiske planer, prioritering og rammer for gjennomføring og nytte av strategiske tiltak • Gi anbefaling om investeringer og tiltak i nasjonal e-helseportefølje som medfører endringer i kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene

Forslag endringer i sammensetning

- Direktoratet for medisinske produkter representeres i alle tre utvalgene
- Legeforeningen (fastlege) endres fra ett til to medlemmer i NUFA
- Fylkeskommuner representeres med ett medlem i NUIT
- Etter eget ønske går pasient- og brukerforeningene ut av NUFA og NUIT
- Helsedirektoratet leder Nasjonalt e-helseråd
- Vi vil legge vekt på å sikre en bedre balanse mellom helsefag og teknologi i E-helserådet og NUIT

Drøfting og anbefaling

- Har dere innspill til forslagene til nye mandater for NUFA, NUIT og Nasjonalt e-helseråd?
- Spesielt ber vi om innspill på om:
 - formålene gir et tydelig nok skille mellom NUIT og E-helserådet
 - det er behov for å presisere at *digitaliseringen skal understøtte utviklingen av helse- og omsorgstjenestene* i oppgavene
 - ordlyden på NUITs oppgaver knyttet til portefølje og strategi er ok
 - vi bør endre navn på Nasjonalt e-helseråd og rådsmodellen for e-helse



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.

Sak 28/25: Orientering fra Helsedirektoratet



Orientering fra Helsedirektoratet

- **KI til helserelaterte spørsmål**



Offentlig KI-tjeneste som svarer på helserelaterte spørsmål fra innbyggere

E-helserådet, 16. oktober 2025

Lucie Aunan



Mål med en offentlig KI-tjeneste som gir helserelaterte råd

- øke helsekompetansen i befolkningen og gjøre innbyggerne bedre i stand til å ta vare på egen helse
- redusere presset på helsetjenesten
- bevare tilliten ved høy kvalitet
- supplere og ikke konkurrere med de store internasjonale aktørene



Vi ønsker å utforske nytt nivå: «målrettede helseråd»

Helsehjelp

«Målrettede helseråd»?

- Tilpasset informasjon basert på opplysninger om innbygger
- Begrenset handlingsrettet karakter

Ikke-helsehjelp

Rundskriv: Helsepersonelloven med kommentarer

*For at noe skal **framstå som helsehjelp** må rådgivningen være **individuell tilpasset**, av **handlingsrettet karakter** og **basert på informasjon som pasienten gir fra seg**.*

*Dersom det først ytes helsehjelp, er det et krav at tjenestene som ytes er forsvarlige, og at helsepersonellovens plikter vedrørende **informasjon, journalføring** mv. overholdes av helsepersonellet.*

Hvordan kunne ulike nivåer for KI-tjenester være?

Nivå

Automatisert helsehjelp

- Individuelt tilpasset informasjon basert på opplysninger om innbygger
- Tydelig handlingsrettet karakter

Forutsetter

- At «helsehjelp» kan ytes uten helsepersonell
- Automatisering av helsetjenester
- Nasjonal organisering og ansvarsmodell

Eksempel: flåttbitt

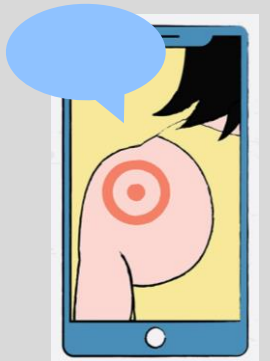
- KI-verktøy analyserer innbyggerens bilde og diagnostiserer «borreliose»
- KI-verktøy forskriver automatisk ut e-resept på antibiotika
- Helsehjelpen dokumenteres og journalføres

Målrettede helseråd

- Individuelt tilpasset informasjon basert på opplysninger om innbygger
- Begrenset handlingsrettet karakter

- Tydelig kommunikasjon til innbygger om hensikten: «mestre egen helse»
- Nasjonal organisering og ansvarsmodell (med virksomhetsansvar; kvalitet i tjenesten, vurdere om MU/ikke-MU, personvern, dataansvar mm)

- KI-verktøy analyserer innbyggerens bilde og klassifiserer som «flåttbitt» med risiko for borreliose
- KI-verktøyet gir råd om å ta kontakt med fastlege for vurdering av evt. behandling med antibiotika



Generell helseinformasjon

- Generell informasjon
- Ikke handlingsrettet karakter

- Kvalitetssikrede kilder

- Innbyggeren får informasjon om flåttbitt og hva man kan/bør foreta seg, bilder som kan brukes til sammenligning med eget flåttbitt

Behov for to nye roller

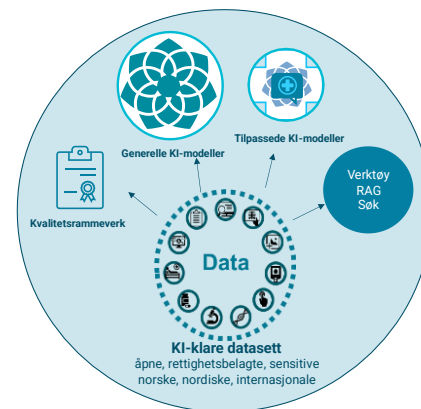
Nasjonalt ansvar for en offentlig KI-tjeneste

- Sikre at regelverket følges
- Sikre etiske hensyn, helsefaglig forsvarlighet og kvalitet i alle ledd
- Tydelig krav og rammer til alle aktører som leverer inn i økosystemet

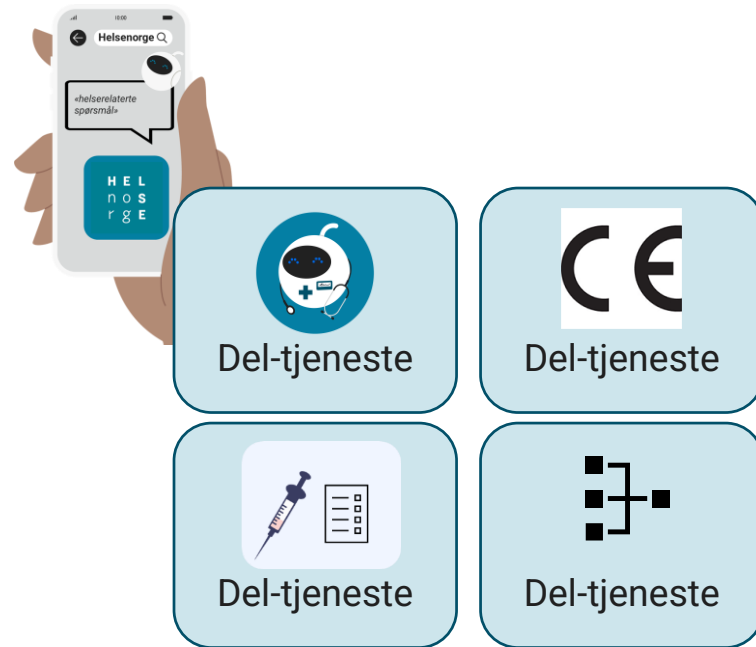


Nasjonalt ansvar for kunnskaps- og informasjonsforvaltning

- Samle og forvalte kunnskap og informasjon
- Sikre kvalitet i datakildene, dekning av relevante fagfelt og tjenesteområder basert på helsefaglig kunnskap og norsk praksis, verdier, lover og etikk



Økosystem for en offentlig KI-tjeneste



Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd tar saken til orientering.

Sak 29/25: Eventuelt

—

Takk for i dag!



Neste møte i Nasjonalt e-helseråd er 11. desember i Helsedirektoratet sine lokaler på Storo.