

Møte i NUFA

29. – 30. oktober 2025

Scandic St. Olavs plass, Oslo sentrum



Endringer i representasjon i NUFA

Vi ønsker nye medlemmer velkommen i NUFA:

- Rune Røren, Helsedirektoratet. Han erstatter Erik Hedlund.

Stedfortredere til dette NUFA

- Håvard Horndalen Tveit, Helse Midt RHF. Venter på permanent erstatter etter Lars Henrik Hegrenæs
- Line Horn Sivertsen, Helse Nord RHF, stiller for Tarald Sæstad
- Terje Bless, Helse Nord RHF, stiller for Øyvind Broback på dag 2

Agenda NUFA dag 1 – 29.oktober 2025

Saksnr.	Tittel på sak	Presenter saken	Tid	Sakstype
24/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 28. august 2025	Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet	10:00	Godkjenning
25/25	Hva har skjedd med tidligere saker?		10:05	Orientering
26/25	Konsekvenser av Helsedataforordningen	Siv Ingebrigtsen, Randi Lilletvedt, Hallvard Lærum, Jon Tysdahl, Inger Annette Finrud, Anne Heidi Skogholt, Helsedirektoratet	10:35	Drøfting
	Lunsj		11:35	
28/25	Foreldres tilgang til barns digitale tjenester – status etter ekstern høring	Vibeke Herikstad, Helsedirektoratet	12:35	Drøfting
	Pause		13:15	
27/25	Nasjonal informasjonsforvaltning – veikart og datadomener	Jon Stolpnessæter, Olav Andreas Hoemsnes, Helsedirektoratet Terje Bremnes, Helse Vest RHF	13:30	Drøfting
	Pause		15:00	
29/25	Økt bruk av kvalitetssikrede digitale verktøy innen psykiske helsetjenester	Inger Anette Finrud, Anette Jørve Ingjer, Helsedirektoratet	15:15	Drøfting
	Slutt dag 1		16:00	
	Middag		18:30	

Sak 24/25: Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt referatet fra NUFA 28. august 2025

—

Forslag til vedtak

NUFA godkjenner innkalling og dagsorden.

NUFA godkjenner referat fra NUFA 28. august 2025.

Sak 25/25: Hva har skjedd siden sist?

—

Orientering fra Helsedirektoratet

- **Fullmaktsløsning – legemidler**
- Nytt mandat for NUFA
- Samtykkebestemmelser for Kjernejournal

Orientering fra Helsedirektoratet

- Fullmaktsløsning – legemidler
- **Nytt mandat for NUFA**
- Samtykkebestemmelser for Kjernejournal

Orientering fra Helsedirektoratet

- Fullmaktsløsning – legemidler
- Nytt mandat for NUFA
- **Samtykkebestemmelser for Kjernejournal**

Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering.

Sak 26/25: Konsekvenser av Helsedataforordningen



Sak 26/25: Konsekvenser av Helsedataforordningen



Agenda

- Innledning
- Foreløpige juridiske vurderinger
- Fire temaer som blir berørt av helsedataforordningen
 - Innbyggers rettigheter
 - E-resept
 - Pasientoppsummering
 - Tilgang til helsedata (sekundærbruk)

Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet (TB2025-115)

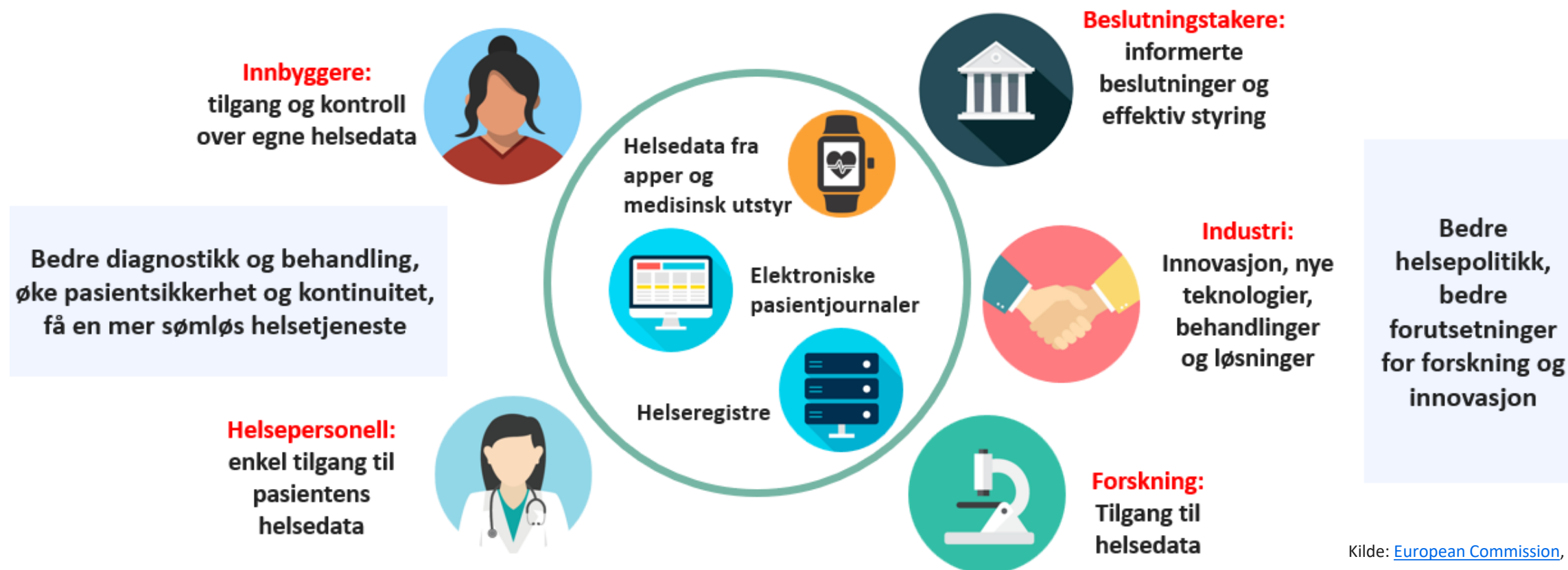
Deloppdrag 1: Innspill til høringsnotatet med hensyn til økonomiske og administrative konsekvenser. Frist 15.11

Deloppdrag 2: Innspill til budsjettforslag for 2027 (**forenklet samfunnsøkonomisk analyse** av konsekvensene ved gjennomføring av helsedataforordningen i Norge). Frist 15.11

Deloppdrag 3: En mer fullstendig samfunnsøkonomisk analyse av konsekvensene ved gjennomføring av helsedataforordningen i Norge (som er en detaljering av deloppdrag 2). Frist 1.5.2026

Hva er helsedataforordningen og hvem er det for?

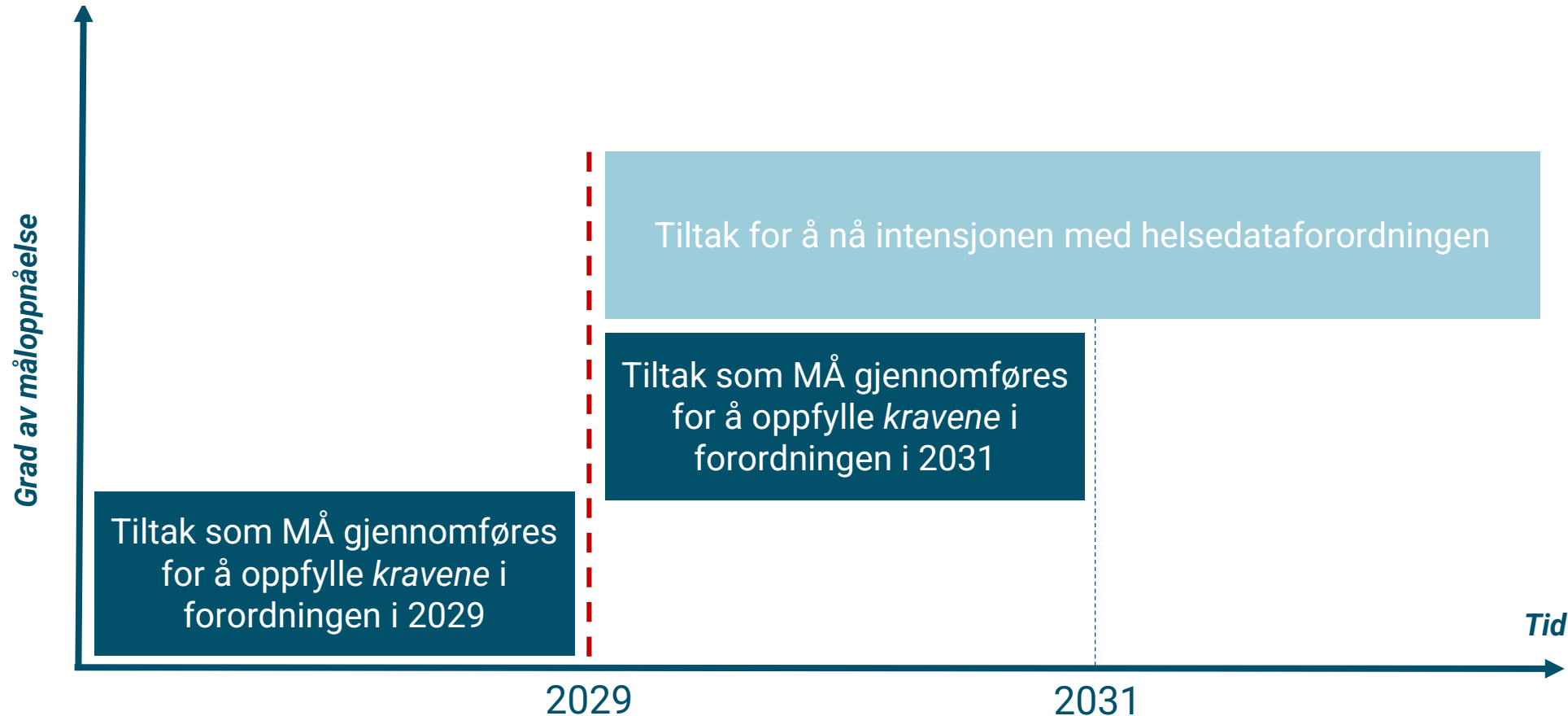
Helsedataforordningen fastsetter regler, felles standarder, infrastrukturer og et styringsrammeverk for effektiv tilgang til og utveksling av elektroniske helsedata



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



Foreløpige juridiske vurderinger av relevans for konseptene for e-resept, pasientoppsummering, innbyggers rettigheter 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 egen 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



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](#)



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.

Fire temaer som blir berørt av helsedataforordningen

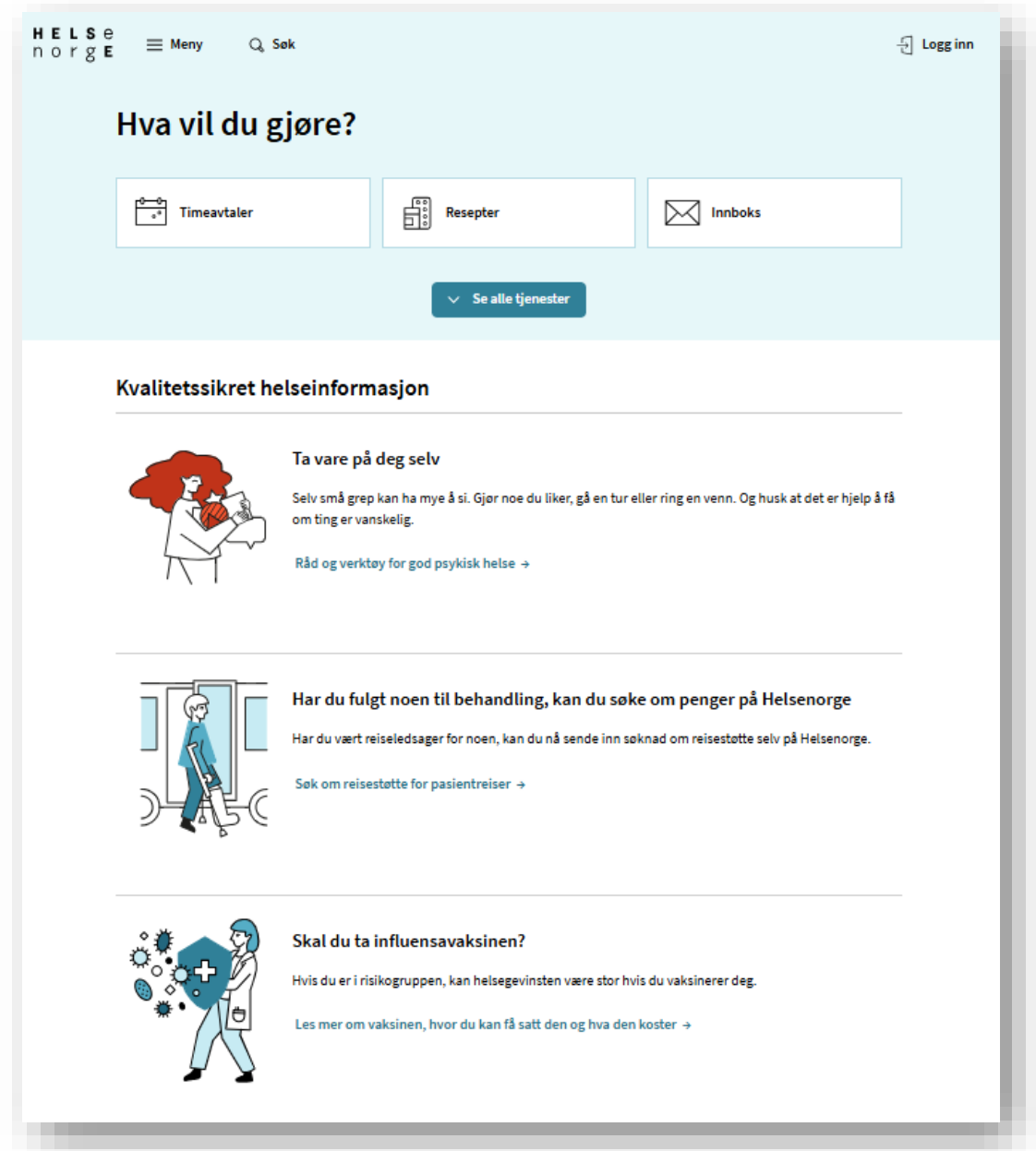
- Innbyggers rettigheter
- E-resept
- Pasientoppsummering
- Tilgang til helsedata (sekundærbruk)

Innbygggers rettigheter

—

Dagens situasjon

- Helsenorge har høy tillit
- 5,4 millioner brukere
- Informasjonssider
- Selvbetjeningsløsninger





Konsepter for aksesstjenesten

- 1 – En vei inn for alle
- 2 – Hjemlandets helseportal
- 3 – Et mangfold av aksesstjenester

Felles tiltak uavhengig av alternativ for aksesspunkt

- Tilpasse eksisterende tjenester for å gi innsyn i pasientoppsummeringer.
- Etablere tjeneste hvor innbygger kan legge inn helseopplysninger om seg selv
- Etablere sentral tjeneste som gjør det mulig for innbyggere å både laste ned helseopplysninger og sende dem til en annen helsevirksomhet
- Etablere en fullmakts- og representasjonstjeneste som dekker kravene i forordningen, og tilpasse eksisterende tjenester for tilgangsbegrensninger
- Videreutvikle eksisterende funksjonalitet for tilgangslogg slik at minimumskravene i forordningen dekkes.
- Identitetshåndtering:
 - Sørge for at innbyggere kan logge seg på aksesspunktet med godkjent europeisk eID. EU/EØS-borgere vil ha et "health identity dataset" som defineres av hjemlandet
 - Sørge for at EU/EØS-borgere kan registreres under en europeisk ID i pasientjournaler i Norge, og at det er mulig å samhandle i den norske helsetjenesten og med EU/EØS-landene basert på disse opplysningene
 - Koble aksesspunktet på Digitaliseringsdirektoratets eIDAS-knutepunkt

E-resept

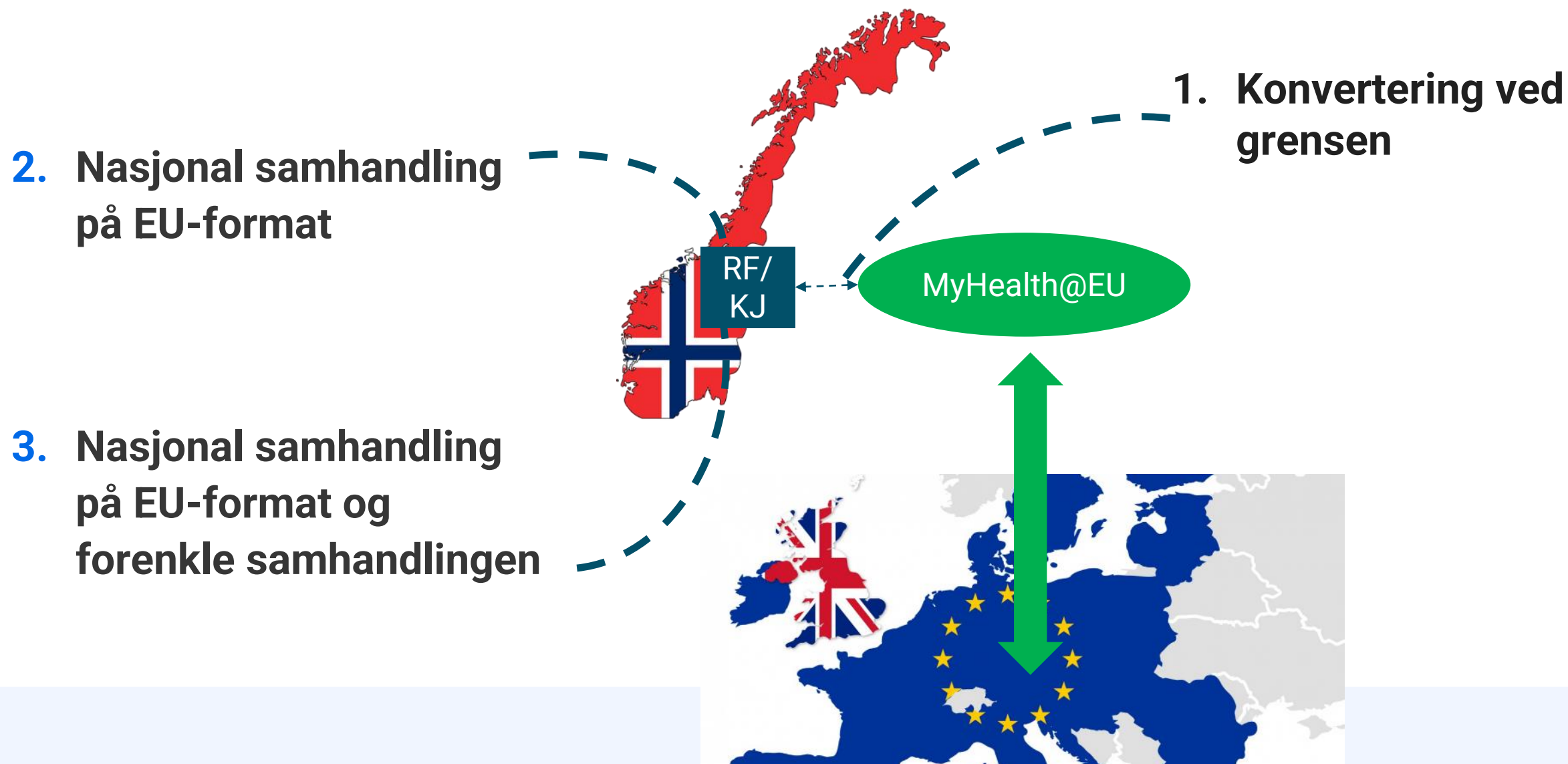
—

Dagens situasjon

- E-resept i Norge er modent og velfungerende
- Endring i e-resept påvirker også PLL, e-multidose og refusjonsordningen
- Arbeidet med felles legemiddel grunndata ikke kommet videre



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
- 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

— **«Health-at-a-glance»:**

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



Antatt obligatorisk innhold i pasientoppsummering

Innholdet kan senere bygges ut med valgfrie seksjoner for å dekke norske samhandlingsbehov

Vår foreløpige norske oversettelse	Engelsk term	Mulige eksempler	Mulige kilder til ferdig oppsummerte helseopplysninger
Implantater og annet medisinsk utstyr	Medical devices and implants	Pacemaker, hofteprotese, blærestimulator	Kritisk info i kjernejournal
Kritisk info utenom allergier og intoleranser	Alerts	Kritiske medisinske tilstander som blødertilstander	Kritisk info i kjernejournal
Allergier og intoleranser (legemiddelreaksjoner)	Allergies and intolerances	Penicillinallergi, blodtrykksfall ved anestesi	Kritisk info i kjernejournal
Legemiddeloppsummering	Medication summary	Antidepressiva Cipralex tabl. 10 mg x1	Pasientens legemiddelliste
Helseproblemer/diagnoser	Problems	Lungebetennelse, hjertesvikt, diabetes, høyt blodtrykk, hodepine	-
Inngrep og andre gjennomførte prosedyrer	Procedures	1989 Fjernet blindtarm 2002 Utblokking av tette kransarterier i hjertet	-

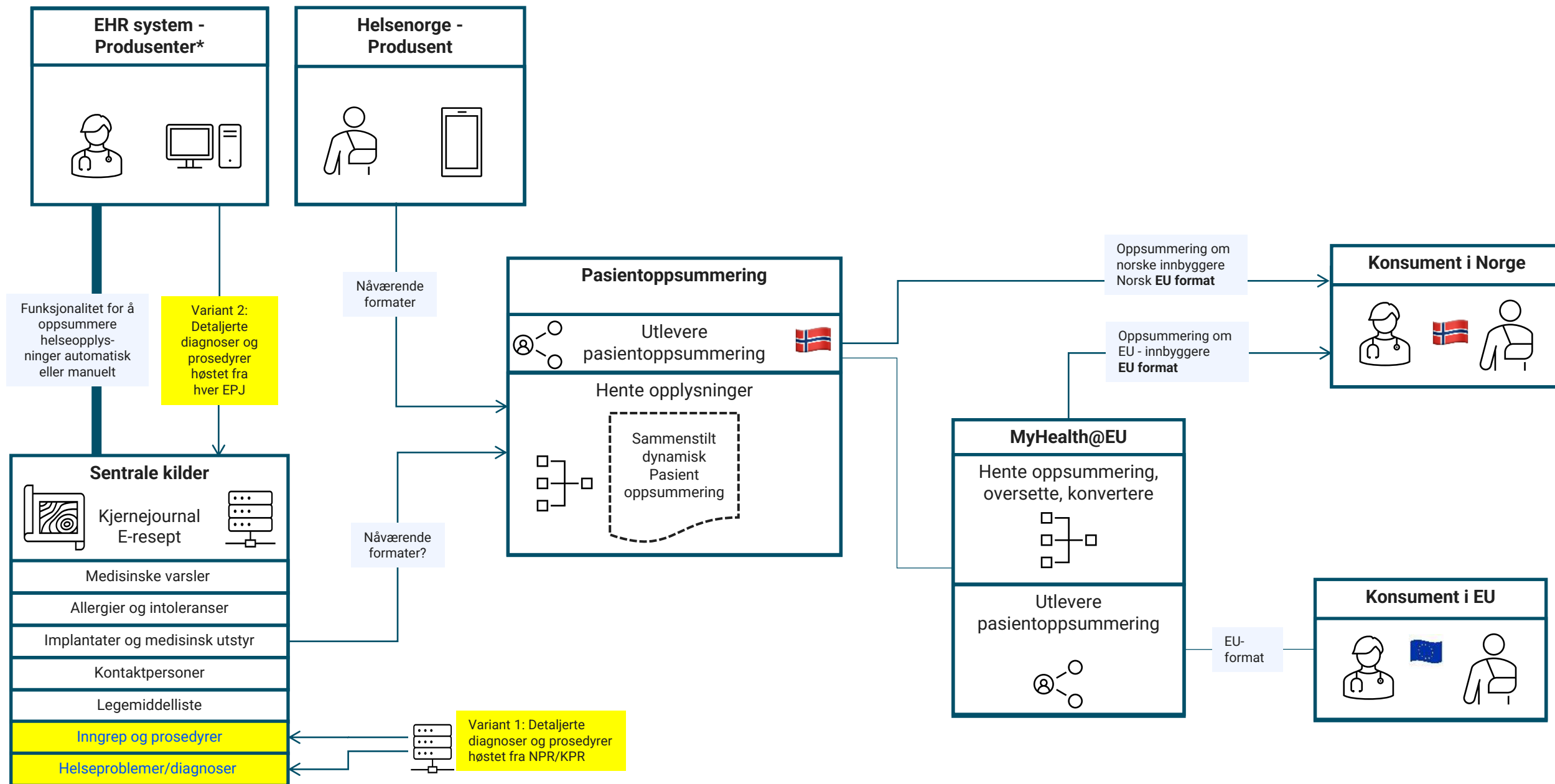
Premisser for det norske arbeidet

- **Bruke eksisterende kilder der de finnes**
- Definere pasientoppsummering som én felles levende oppsummering for en pasient
- Unngå store endringer i ansvarsfordeling og arbeidsprosesser hos helsepersonell
- Bruke en sentral infrastruktur til å gi tilgang til en felles pasientoppsummering
- Legge visning og redigering til dagens klinikerløsninger og innbyggerløsninger



Gjenstående løsningskonsept for pasientoppsummering

Foreløpig vurdering



Foreløpig vurdering:

Variant 1: Høstet fra NPR/KPR

- Kan gi dekkende innhold i de nye seksjonene* allerede fra 2029
- Forutsetter større endringer i regelverk enn variant 2
- Tidsforsinkelse i rapportering NPR/KPR

Variant 2: Høstet fra hvert EPJ

- Er mer ressurskrevende og kompleks
- Er mer avhengig av endringer i hvert EPJ, og det er mindre sannsynlig at alle blir koblet på innen 2029
- Har større risiko for ufullstendige oppsummeringer fra 2029 enn variant 1



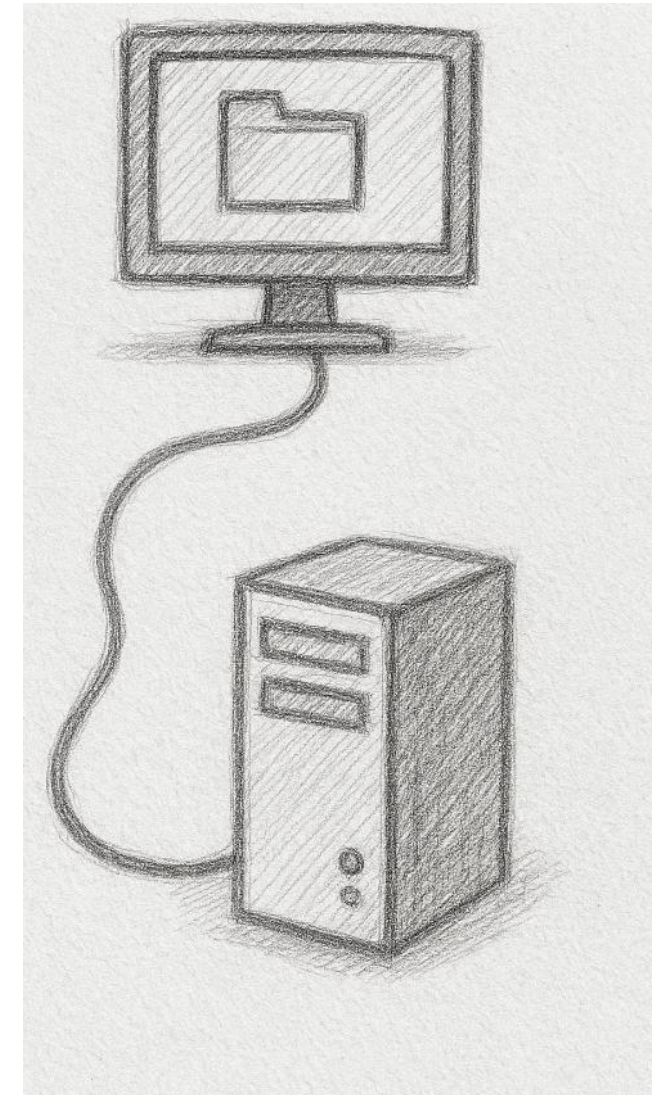
Tiltak uavhengig av konsept

Pasientjournalssystemer (EHR)

- **ID:** Gjøre tilpasninger for å håndtere ID for EU/EØS-innbyggere direkte, eller gjennom felles nasjonalt hjelpenummer og nasjonal tjeneste for kobling av ID.
- **Visning:** Utvikle støtte for å hente inn pasientoppsummering fra sentral tjeneste og vise den frem
- **Oppsummering:** Utvikle støtte for funksjonalitet i sentral tjeneste (kjernejournal) for å oppsummere helseopplysninger, eller utvikle slik funksjonalitet i hver EHR.
- **Nedlasting:** Utvikle harmonisert interoperabilitetskomponent og loggekomponent for nedlasting av helseopplysninger og evt. kommunikasjon med kjernejournal

Sentrale tjenester

- **Sammenstilling:** Etablere tjeneste for å sammenstille og tilgjengeliggjøre Pasientoppsummering i Norge og mot EU (via MyHealth)
- **ID:** Tilpasse for bruk av europeiske identitetsdata, eller etablere tjeneste for å koble dem med norsk felles hjelpenummer
- **Nye felter:** Utvide informasjonskilder med evt. nye europeiske felter*, eller etablere nye tjenester.
- **Format:** Tilpasse eksisterende kilder til EU-format eller etablere nasjonal tjeneste for å konvertere fra norske formater til EU-format.



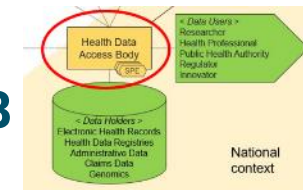
Sekundærbruk

—

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

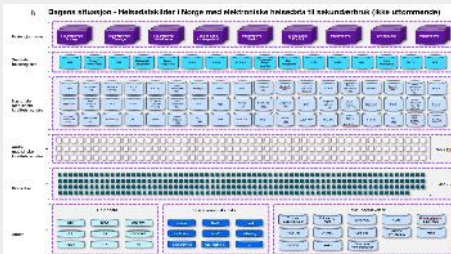


Økt grad av sentralisering

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)

Helsesdatainnehavere 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?

Forslag til vedtak

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

Lunsj – oppstart igjen kl. 12.35

—

Sak 28/25: Foreldres tilgang til barns digitale tjenester – status etter ekstern høring

—

Foreldres tilgang til barns digitale innbyggertjenester fra helse og omsorgstjenesten

Tilbakemeldinger fra ekstern høring

Vibeke Iren Herikstad, Ane Hessen Hjelle og Nina Cecilie Dybhavn



Bakgrunn



Foreldres tilgang til barns digitale innbyggertjenester fra helse og omsorgstjenesten

[Nasjonal veileder](#)[Hva er nasjonal veileder? →](#)

Ekstern høring: Høringsfristen gikk ut 13. juni 2025. [Mer informasjon og høringsinnspill finner du på høringssiden.](#)

1	Virksomhetens plikter
2	Helsepersonells plikter
3	Funksjonelle krav til digitale innbyggertjenester for foreldre
4	Bakgrunn, metode og prosess

Søk i nasjonal veileder

1. Virksomhetens plikter

Virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester bør legge til rette for at foreldre får tilgang til digitale tjenester for informasjon, medvirkning og innsyn frem til barnet er 16 år

2. Helsepersonells plikter

Helsepersonell skal informere barn og deres foreldre om at foreldre i utgangspunktet har tilgang til digitale tjenester for informasjon om, medvirkning og innsyn i barnets helse og helsehjelp

Helsepersonell skal ut fra barnets situasjon vurdere om det er behov for å utsette eller nekte foreldre tilgang til informasjon og innsyn og mulighet for å medvirke i barnets helsehjelp digitalt

3. Funksjonelle krav til digitale innbyggertjenester for foreldre

4. Bakgrunn, metode og prosess

Om veilederen

- Skal brukes når virksomheten ønsker å tilby digitale tjenester
- Handler om tilgang til ALLE typer digitale tjenester!
- Avgrenset til det som er nytt
- Virksomhetenes plikter
- Helsepersonells plikter
- Funksjonelle krav (tabell)
- Bakgrunn metode og prosess
 - inkludert en del henvisninger til andre veiledere

Om veilederen

Logikken i veilederen er

- Lovens hovedregel skal håndteres automatisk
- Unntakene skal håndteres manuelt

Eksempel

- For barn 0-16 år, foreldre automatisk innsyn, helsepersonell skal gjøre unntak når det er behov.
- For unge voksne 16-18 år, foreldre ikke innsyn. Foreldre kan få innsyn etter ungdommens samtykke.



Foreldres tilgang til barns digitale innbyggertjenester fra helse og omsorgstjenesten

Nasjonal veileder

[Hva er nasjonal veileder?](#) →

Ekstern høring: Høringsfristen gikk ut 13. juni 2025. [Mer informasjon og høringsinnspill finner du på høringssiden.](#)

1	Virksomhetens plikter
2	Helsepersonells plikter
3	Funksjonelle krav til digitale innbyggertjenester for foreldre
4	Bakgrunn, metode og prosess

Søk i nasjonal veileder

1. Virksomhetens plikter

Virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester bør legge til rette for at foreldre får tilgang til digitale tjenester for informasjon, medvirkning og innsyn frem til barnet er 16 år

2. Helsepersonells plikter

Helsepersonell skal informere barn og deres foreldre om at foreldre i utgangspunktet har tilgang til digitale tjenester for informasjon om, medvirkning og innsyn i barnets helse og helsehjelp

Helsepersonell skal ut fra barnets situasjon vurdere om det er behov for å utsette eller nekte foreldre tilgang til informasjon og innsyn og mulighet for å medvirke i barnets helsehjelp digitalt

3. Funksjonelle krav til digitale innbyggertjenester for foreldre

4. Bakgrunn, metode og prosess

Tilbakemeldingen fra høringen

- **37 innspill**
- **Stor bredde**
- **Mange gode innspill til forbedringer!**



Veilederen er etterlengtet!

«Enkel tilgang til digitale tjenester er avgjørende for at foreldre skal kunne følge opp alvorlig syke barn.»

Løvemammaene

«Bør sette enda tydeligere krav, til at Loven skal legges til grunn!»

Brukerutvalget Helse Sør-Øst



Veilederen er etterlengtet!

«Foreldres tilgang til Helsenorge etter at barnet er fylt 12 år er avgjørende for å opprettholde god pasientflyt i sykehuset. Barn møter ofte ikke opp til time/undersøkelser når foreldrene ikke har tilgang til Helsenorge.»

Sykehuset Vestfold

«I somatiske tjenester ser vi hvordan digital tilgang er til stor hjelp, særlig for oppfølging av barn med kroniske sykdommer.Helsehjelpen følges bedre opp hjemme når foreldre har digital tilgang.»

Universitetssykehuset Nord-Norge



Veilederen er etterlengtet!eller

«Gevinstene ved rask og automatisert digital tilgang for foreldre, er antagelig marginale sammenlignet med eventuell forsinket digital tilgang, eller papir eller muntlig tilgang.»

Legeforeningen

«Vi vurderer at hensyn til foreldres informasjonsbehov og medvirkning er godt ivaretatt også uten at det gis direkte digitalt innsyn i journal. ... Vi har lang og god praksis knyttet til informasjonsdeling med foreldre, og innsynsforespørsel i journal ivaretas på en forsvarlig og god måte. Det er etter vår erfaring lite konflikter rundt praktisering av dette, og vi har høy terskel for å nekte innsyn i journal.»

Sykehuset Vestfold



Helsedirektoratets vurdering:

Loven er teknologinøytral, men politisk ønske om digitalt førstevalg.

Målet er å sette foreldrene i bedre stand til å ivareta barnets helse og følge opp helsehjelp.

Forskning viser at digitale tjenester gir foreldre:

- økt innsikt i barnets helse og behov
- økt trygghet og evne til å følge opp barnets helse og helsehjelp
- økt tillit til helsetjenesten
- bedre forberedte konsultasjoner
- bedre grunnlag for å ta informerte beslutninger

Foreldres tilgang til barns digitale innbyggertjenester fra helse og omsorgstjenesten

 Nasjonal veileder

[Hva er nasjonal veileder?](#) →



Ekstern høring: Høringsfristen gikk ut 13. juni 2025. [Mer informasjon og høringsinnspill finner du på høringssiden.](#)

Søk i nasjonal veileder



1. Virksomhetens plikter

Virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester bør legge til rette for at foreldre får tilgang til digitale tjenester for informasjon, medvirkning og innsyn frem til barnet er 16 år

2. Helsepersonells plikter

Helsepersonell skal informere barn og deres foreldre om at foreldre i utgangspunktet har tilgang til digitale tjenester for informasjon om, medvirkning og innsyn i barnets helse og helsehjelp

Helsepersonell skal ut fra barnets situasjon vurdere om det er behov for å utsette eller nekte foreldre tilgang til informasjon og innsyn og mulighet for å medvirke i barnets helsehjelp digitalt

3. Funksjonelle krav til digitale innbyggertjenester for foreldre

4. Bakgrunn, metode og prosess

Veilederens format forvirrer

- Mange innspill på mangler i veilederen, men som er beskrevet andre steder.
- Legeforeningen savner at helsepersonell samtidig får prosess- og beslutningsstøtte

Helsedirektoratets vurdering:

- Vi må tilpasse formatet til de som skal lese
- Forbedringsarbeid er igangsatt

Tabell er en god måte å veilede på

«Ja, det er svært nyttig at Helsedirektoratet tar en tydelig rolle i å definere funksjonelle krav. Dette støtter opp under enhetlig utvikling og implementering av tekniske løsninger, og gir både virksomheter og leverandører et klart referansepunkt.»

Sykehuset Telemark

- Flere forbedringsforslag som tas med i videre arbeid.

Type krav	Krav	Begrunnelse
Må	Løsningen skal til enhver tid innhente oppdaterte opplysninger om hvem som kan representere barnet fra Persontjenesten som er helsetjenestens berikede kopi av Folkeregisteret.	Sørge for til enhver tid riktig representasjon av barnet og at helsetjenesten ivaretar informasjon og taushetsplikt.
Må	Løsningene skal kunne skille mellom pasienttilgang og tilgang til foreldre eller annen representant	Helsepersonell må kunne gi foreldre og ungdom tilgang til informasjon, innsyn og mulighet til å medvirke i tråd med intensjonen i lovverket.
Må	Helsepersonell skal kunne registrere hvem som samtykker til helsehjelpen og dele dette med samarbeidende helsepersonell.	I de tilfellene helsepersonell vurderer at barn 12 og 16 er samtykkekompetent skal dette journalføres, begrunnes og deles med samarbeidende helsepersonell slik at hele behandlingskjeden er informert om vurderingen som er gjort og den er i stand til å ivareta taushetsplikt inntil selvstendig vurdering er gjort.
Bør	Opplysninger om hvem som samtykker til helsehjelpen bør kunne deles strukturert mellom systemer i verdikjeden gjennom henvisningen.	Dette vil kunne legge til rette for automatisert tilgangsstyring
Må	Foreldretilgang skal settes som standardinnstilling frem til barnet er 16 år	I tråd med anbefalingen i veilederen
Må	Helsepersonell skal kunne nekte foreldre tilgang til enkeltopplysninger eller alle tjenester for informasjon, innsyn og medvirkning knyttet til ett utrednings- og behandlingsforløp	I tråd med anbefalingen i veilederen skal helsepersonell kunne nekte foreldre tilgang til informasjon og tjenester i tråd med unntaksbestemmelsene i pasient- og brukerrettighetslovens § 3-4. Opplysningene skal da ikke deles med foreldre. Merkingen av opplysninger som ikke skal deles må følge når opplysningene deles med annet helsepersonell.



Bekymring for de mest sårbare barna

- For noen barn er informasjon på avveie livsfarlig
- Helsepersonell er redde for å gjøre feil som kan sette disse barna i fare!
- Flere peker også på utfordrende familiesituasjoner som kan utløse behov for å gi tilgang til bare en av foreldrene.
- Flere sier at oppføring av foreldreansvar i folkeregisteret ikke alltid er i tråd med virkeligheten.



Helsedirektoratets vurdering

- Helsetjenesten påtar seg et ansvar de ikke har:
 - Barneverntjenesten har ansvar for å iverksette tiltak for å verne om de sårbare barna
 - Helsetjenesten skal være en uavhengig part som yter helsehjelp i tråd med barnets behov og involvere dem som har ansvar for barnet
- Folkeregisteret er den beste kilden vi har!
 - Det pågår arbeid i barnverntjenesten vil gi raskere og bedre informasjon enn i dag
- Helsepersonell må vurdere barnets situasjon og vurdere bruk av unntaksbestemmelsene.



Eksempel: Barn som bor med far

«Førskolebarn med foreldre som ikke bor sammen. Barnet bor med far, mor er p.t. fratatt daglig omsorg grunnet rusmisbruk. Barnet har atferdsvansker hjemme og i barnehage, og far får veiledning av BUP. Der kommer det frem sensitive opplysninger i fars historie som skrives i barnets journal, som mor har full tilgang til. Dette medfører at informasjon om far ikke lenger skrives inn i journal, og mor kontakter BUP med mistanke om at det føres ulovlig skyggejournal. Pasientens kontakt med BUP, som til nå har gitt resultater, avbrytes.»

Legeforeningen



Håndtering i BUP

Når BUP noterer informasjon om 3.part (i dette tilfelle far) i pasientjournal skal notatet ALLTID unntas innsyn, både for pasienten selv (i dette tilfelle barnet), og for foreldrene.

Vi anbefaler at notattyper der det ofte noteres informasjon om familieforhold eller andre personer, unntas som hovedregel.



Eksempel

Akutt omsorgsovertakelse

«Barn i grunnskolealder. Akutt omsorgsovertakelse av barnevernet, lever på hemmelig adresse. Det er ingen kobling mellom journalsystem og hemmelig adresse, men foreldre kan i BUP-journal lese hvor og når barnet er til behandling, og de har oppsøkt barnet i forbindelse med behandlingstimer på poliklinikken. Dette har ført til at barnet gjentatte ganger har måttet flytte til nytt beredskapshjem, med risiko for prognosetap. Konsekvensene for helsen til de sårbare barna kan være meget alvorlige.»

Legeforeningen



Håndtering i barneverntjenesten

- Barneverntjenesten er ansvarlig for at barn med behov for beskyttelse får det.
 - Adressebeskyttelse
 - Fortrolig eller strengt fortrolig adresse i Freg
- Krav 1 «*Løsningen skal til enhver tid innhente oppdaterte opplysninger om hvem som kan representere barnet fra Persontjenesten som er helsetjenestens berikede kopi av Folkeregisteret.*»
 - Når barnet har registrert adressebeskyttelse stenges alle digitale tjenester.

Deler av helsetjenesten bør holdes utenfor

Flere gir uttrykk for at det kan være skadelig for tillitsforholdet mellom behandler og barn, at foreldre har digital tilgang til journaldokumenter.

Særlig BUP- som fremheves.

«Vår klare tilråding er at det som hovedregel ikke bør gis løpende digitalt innsyn for foreldre i BUPjournaler, med mindre det etter en konkret vurdering anses forsvarlig. Dette gjelder også andre fagområder og enheter som hos fastlegen, skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom, psykologtjenester m.fl.»

Legeforeningen



Helsedirektoratets vurdering

Det er ikke adgang til å forskjellsbehandle en gruppe mennesker/barn ut fra diagnose. Det anbefales derfor ikke å unnlate avdelinger eller enheter fra å tilby digitale tjenester for barn.

**Det skal gjøres en individuell vurdering
når lovens unntaksbestemmelser
brukes!**

Virksomheten kan vurdere å unnta enkelte dokumenttyper fra hovedregelen for innsyn.



Eksempel: Unnta dokumenttyper

- Dokumenttyper som brukes for kartlegging og utredning, og som ofte inneholder informasjon som kan påvirke helsehjelpen negativt dersom det deles med foreldre eller pasienten selv, kan unntas digitalt innsyn.
- **Dette kan for eksempel være:**
 - Kartlegging av familieforhold
 - Psykologiske tester
 - Notater fra kartleggingssamtaler (barn, foreldre, andre)
 - Genetiske tester
 - Undersøkelser rekvirert av barneverntjenesten eller politi





Forvirring om hvem som har samtykkekompetanse når barnet er mellom 12-16

«Barn og unge kommer ofte til BUP nettopp fordi de ønsker en trygg arena uten at foreldrene.»

Universitetssykehuset Nord-Norge

Noen sier at de mellom 12 og 16 må få tilgang til Helsenorge selv slik at de kan gi foreldre fullmakt.



Forvirring om hvem som har samtykkekompetanse når barnet er mellom 12-16

Samtykkekompetansen ligger hos foreldre frem til barnet har flyt 16 år.

Bruk av unntaksbestemmelsene skal skje etter individuell vurdering. Gjelder både ved:

- tungtveiende hensyn
- når barnet kontakter helsetjenesten uten at foreldrene er informert
- ønsker at informasjon ikke skal være tilgjengelig for foreldrene



Tilgang til ungdommen selv og andre

«Det savnes også konkrete eksempler knyttet til digitale helsetjenester rettet mot ungdom, som bruk av chat- og meldingstjenester med helsepersonell.»

Mental Helse ungdom

«...veilederen konsekvent bruker ordet foreldre. ...Når barnevernet har overtatt omsorgen for et barn, er det barneverntjenesten som har ansvaret – og det er fosterforeldre eller institusjon som utøver dette ansvaret på deres vegne.»

Barneombudet



Helsedirektoratets vurdering

Viktig og riktig å starte med foreldres
tilgang!

Videre kan vi vurdere behov for veiledning
om barn og unges tilgang – særlig viktig når
myndighetsalder nærmer seg.

Fosterforeldre og institusjon bør tas inn i
veileder, når det foreligger informasjon fra
barneverntjenesten i Folkeregisteret.

Tiltak for implementering

- Helsedirektoratet ønsker innspill fra NUFA på om det er noen tiltak som er nødvendige å gjennomføre på lokalt, regionalt eller nasjonalt nivå for god implementering av veilederen.

Pause – oppstart igjen kl. 13.30

—

Sak 27/25: Nasjonal informasjonsforvaltning – veikart og datadomener



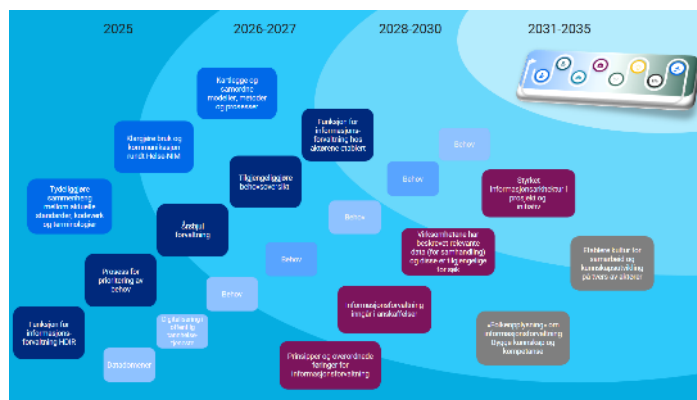
Nasjonal informasjonsforvaltning

NUFA 29.10.2025



Hensikt med saken

- 1 Arbeidet med å styrke helhetlig informasjonsforvaltning fortsetter, både på strategisk, taktisk og operativt nivå. I 2025 settes modell for helhetlig informasjonsforvaltning i verk på flere områder. For å sette strategisk retning på området er det utarbeidet et veikart for informasjonsforvaltning 2025-2035. Det er ønskelig å drøfte veikartet med NUFA for å sikre god operasjonalisering av veikartet de neste årene.



- 2 Ett av behovene som sektoren har spilt inn er utprøving av datadomener som et virkemiddel for bedre å beskrive og sortere data på tvers av sektoren. Per nå arbeider Helse Vest og Helsedirektoratet sammen om dette, og det er ønskelig å få NUFAs innspill til det videre arbeidet i en tidlig fase.











Veikart for informasjonsforvaltning

- Skape felles retning
- Styrket samhandling og datadeling
- Redusere uønsket variasjon



2025

2026-2027

2028-2030

2031-2035



Kartlegge og samordne modeller, metoder og prosesser

Klargjøre bruk og kommunikasjon rundt Helse-NIM

Tydeliggjøre sammenheng mellom aktuelle standarder, kodeverk og terminologier

Årshjul forvaltning

Prosess for prioritering av behov

Funksjon for informasjonsforvaltning HDIR

Datadomener

Digitalisering i offentlig tannhelse-tjeneste

Tilgjengeliggjøre behovsoversikt

Funksjon for informasjonsforvaltning hos aktørene etablert

Behov

Behov

Behov

Behov

Behov

Styrket informasjonsarkitektur i prosjekt og initiativ

Virksomhetene har beskrevet relevante data (for samhandling) og disse er tilgjengelige for søk

Etablere kultur for samarbeid og kunnskapsutvikling på tvers av aktører

Informasjonsforvaltning inngår i anskaffelser

«Folkeopplysning» om informasjonsforvaltning
Bygge kunnskap og kompetanse

Prinsipper og overordnede føringer for informasjonsforvaltning

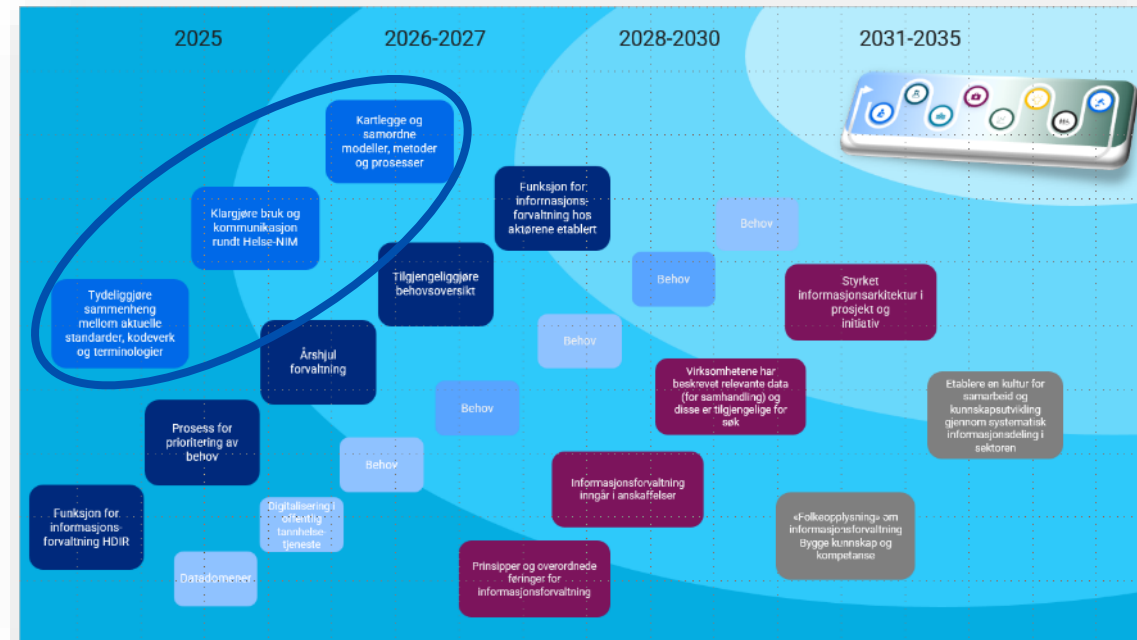
Samordne metoder, modeller og bruk av standarder



Se på sammenhengen mellom Helse-NIM, SNOMED-CT, arketyper, FHIR, openEHR og ICD-11. Undersøke faktisk bruk i sektor og ulike bruksområder. Kartlegge og samordne metoder og prosesser.



Det skal være tydelig for sektor hva som er anbefalt bruk og Helsedirektoratet sin posisjon når det gjelder standarder og kodeverk som Helse-NIM, SNOMED-CT, FHIR, openEHR og ICD-11.



Tiltak

- Tydeliggjøre sammenheng mellom standarder som Helse-NIM, SNOMED-CT, FHIR og openEHR
- Klargjøre bruk og kommunikasjon rundt Helse-NIM
- Kartlegge og samordne modeller, metoder og prosesser for informasjonsforvaltning på nasjonalt nivå



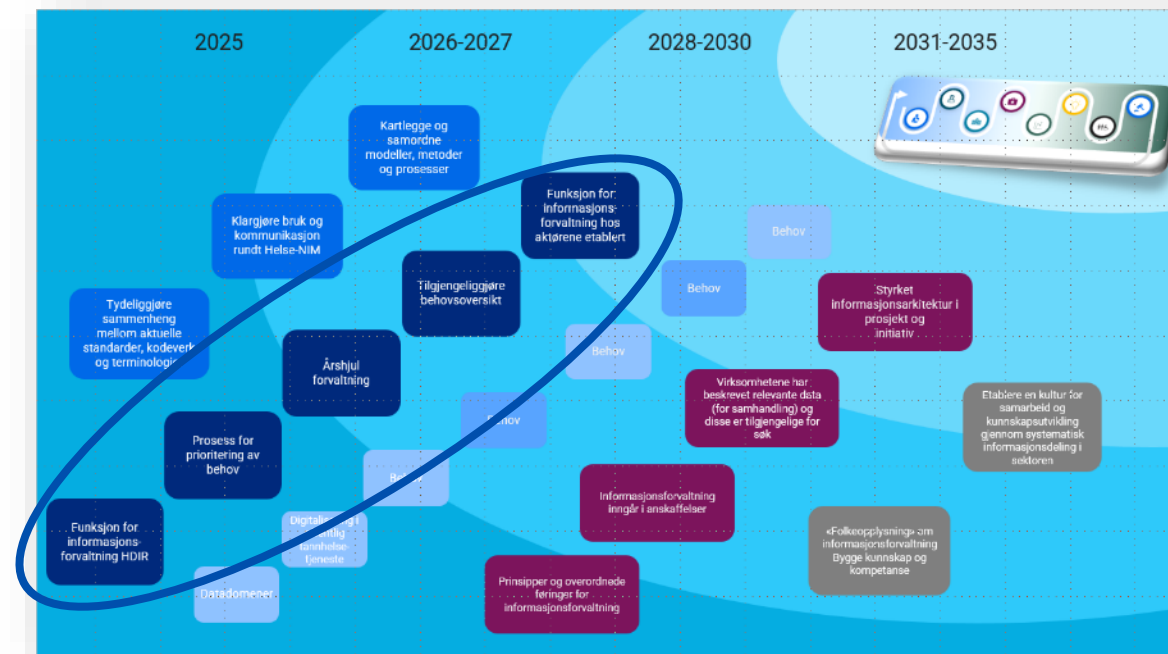
Funksjon for helhetlig informasjonsforvaltning



Etablere funksjon for helhetlig informasjonsforvaltning hos aktørene. Prosjekt og ad-hoc organisering er ikke en varig løsning, og det må derfor være en del av organisasjonen.



Informasjonsforvaltning må finne sin plass i organisasjonene for å få kunne gi varig effekt.



Tiltak

- Etablere en funksjon for helhetlig informasjonsforvaltning i Helsedirektoratet
- Etablere en funksjon for informasjonsforvaltning hos aktørene



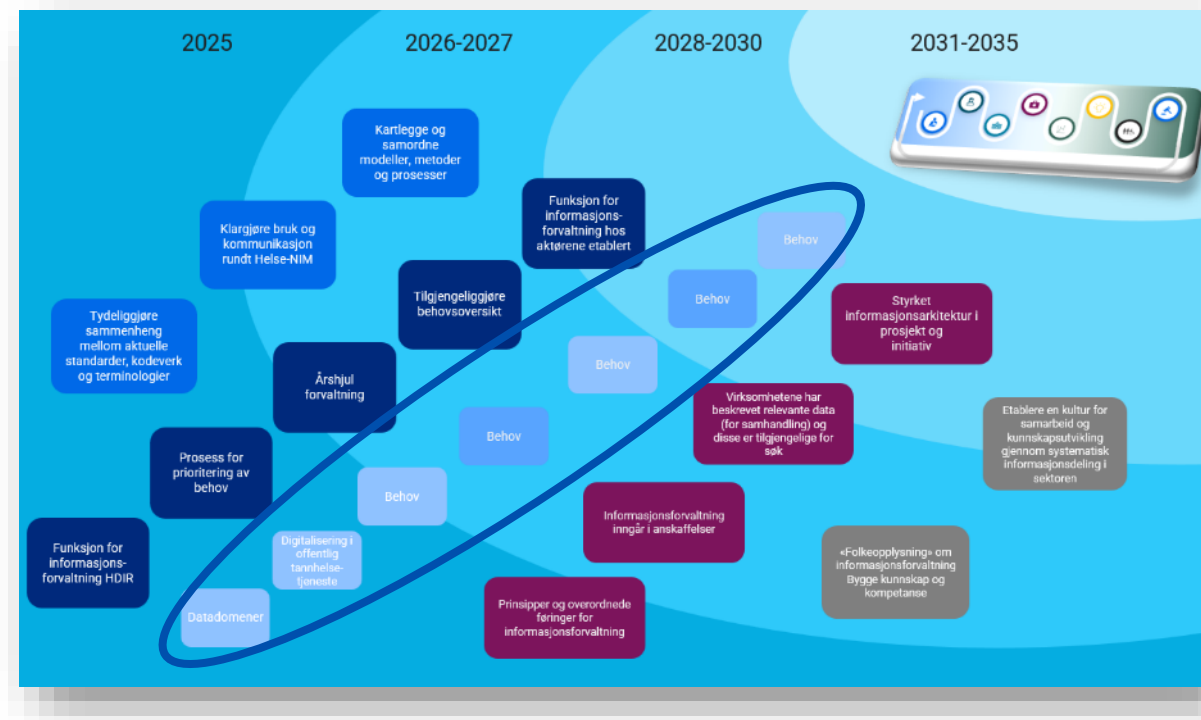
Arbeid med konkrete behov



Konkrete behov som gjelder informasjonsforvaltning registreres i en behovsoversikt og blir prioritert i henhold til prosess.



Behov prioriteres etter gitte kriterier og i henhold til prosess slik at vi arbeider med behov som gir mest verdi for innsatsen



Tiltak (utvalgte)

- Digitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten – Vi støtter fylkeskommunenes arbeid med digitalisering av tannhelsetjenesten for bedre samhandling med helsesektoren.
- Datadomener - Etter innspill fra sektor utarbeider vi sammen en Proof of Concept på en oppdeling av data i domener for å arbeide med bl.a. eierskap, kvalitet, oversikt, formål, modenhet, styring og prioritering.



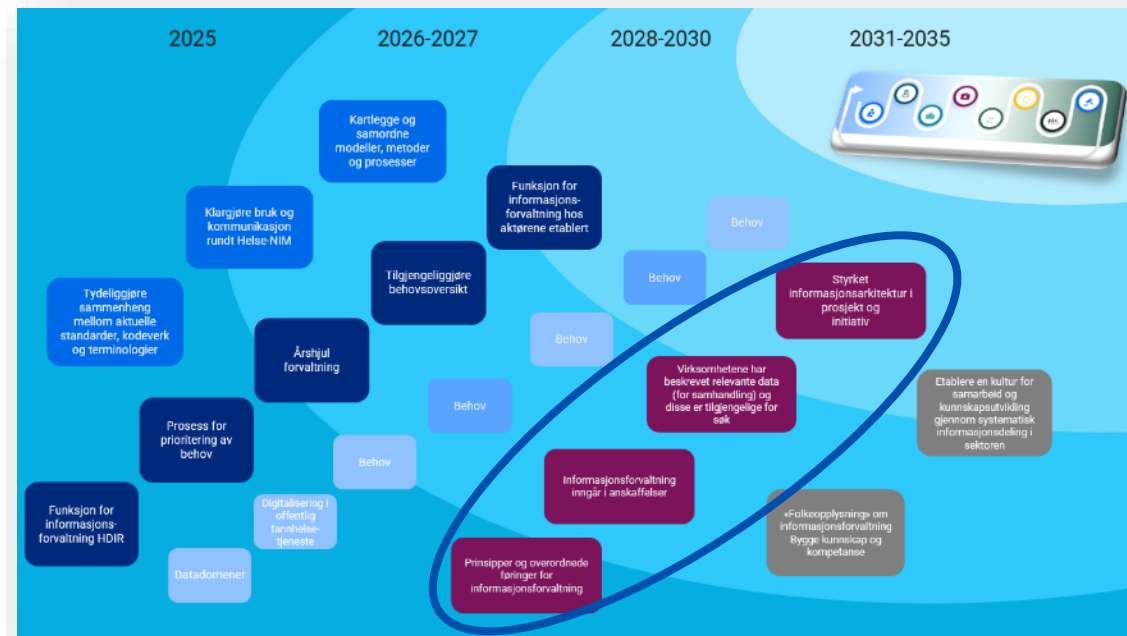
Grunnleggende informasjonsforvaltning



Vi utarbeider prinsipper og føringer for informasjonsforvaltning. Informasjonsforvaltning skal inngå i anskaffelse av nye løsninger. Vi styrker informasjonsarkitektur i prosjekt og initiativer.



Prinsipper og føringer gir Helsedirektoratet og aktørene noe å styre etter i arbeidet med informasjonsforvaltning. Krav til data i sentrum i anskaffelser gir mulighet for å følge opp den nasjonale datastrategien og styrker informasjonsarkitekturen.



Tiltak

- Utarbeide prinsipper og overordnede føringer for informasjonsforvaltning
- Etablere felles krav til informasjonsforvaltning i anskaffelser
- Virksomhetene har beskrevet relevante data for samhandling og gjort de søkbare
- Styrket informasjonsarkitektur i prosjekt og initiativ

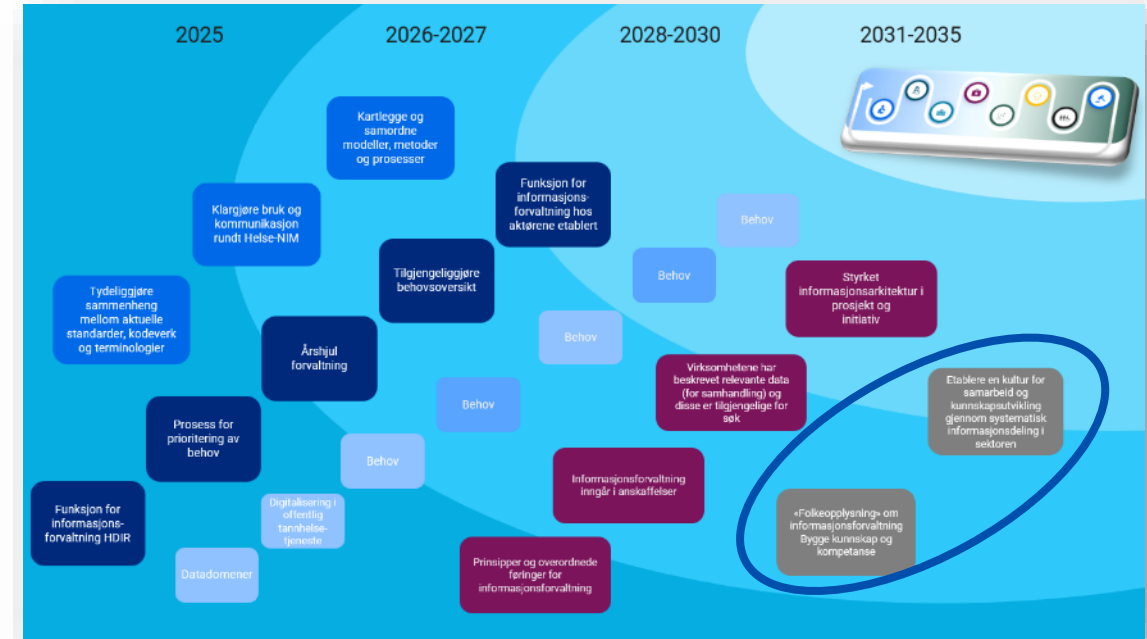
Kommunikasjon og kultur



Vi skal kommunisere om hvorfor informasjonsforvaltning er viktig for samhandling og effektivitet i helse- og omsorgssektoren. Vi bygger en kultur hvor data står i sentrum.



For bedre og raskere samhandling er god informasjonsforvaltning en forutsetning. Vi må derfor inspirere, kommunisere og gi råd til aktørene i sektor for å nå målene til helse- og omsorgssektoren fremover.



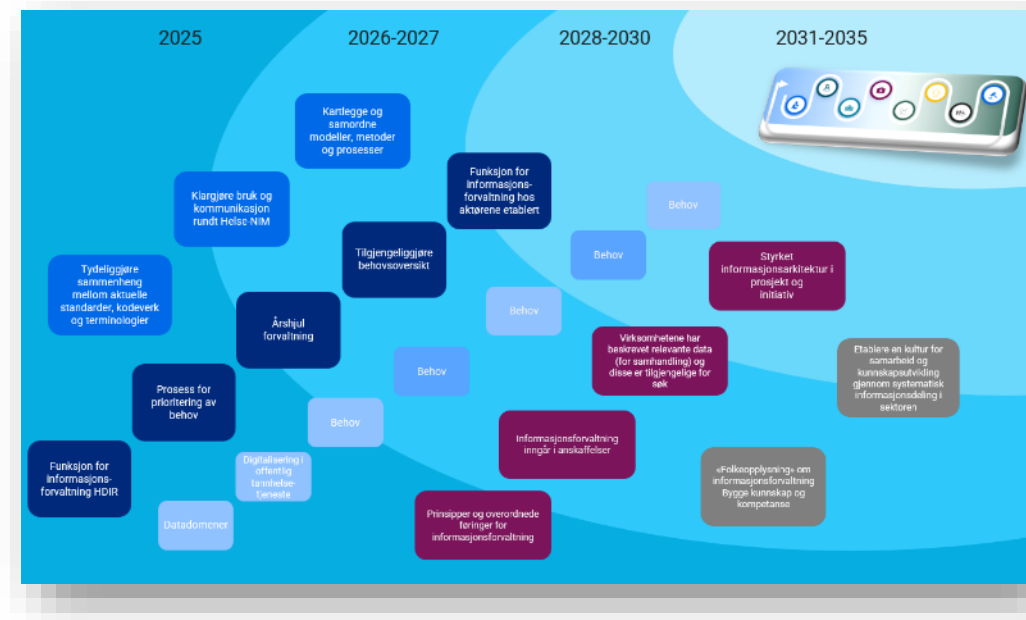
Tiltak

- «Folkeopplysning» om informasjonsforvaltning internt og eksternt
- Etablere kultur for samarbeid og kunnskaputvikling på tvers av aktører



Drøfting

Hvordan operasjonalisere veikartet på best mulig måte i fellesskap mellom virksomheter og myndigheter?



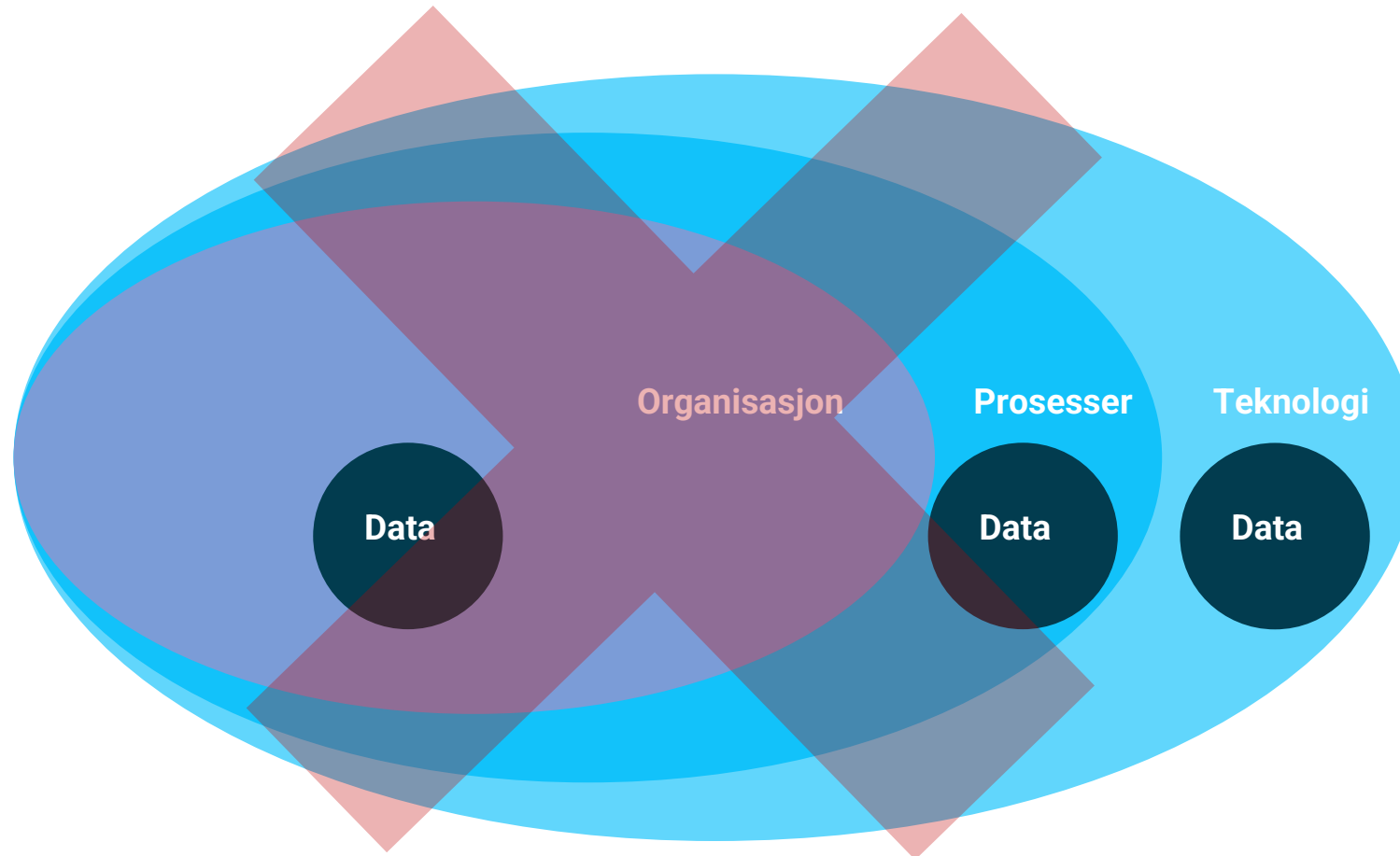
Vedtak – veikart for informasjonsforvaltning

NUFA stiller seg bak forslaget til veikart for informasjonsforvaltning 2025-2035 og ber Helsedirektoratet og kompetansenettverket for informasjonsforvaltning ta med seg innspillene videre i operasjonaliseringen av veikartet.

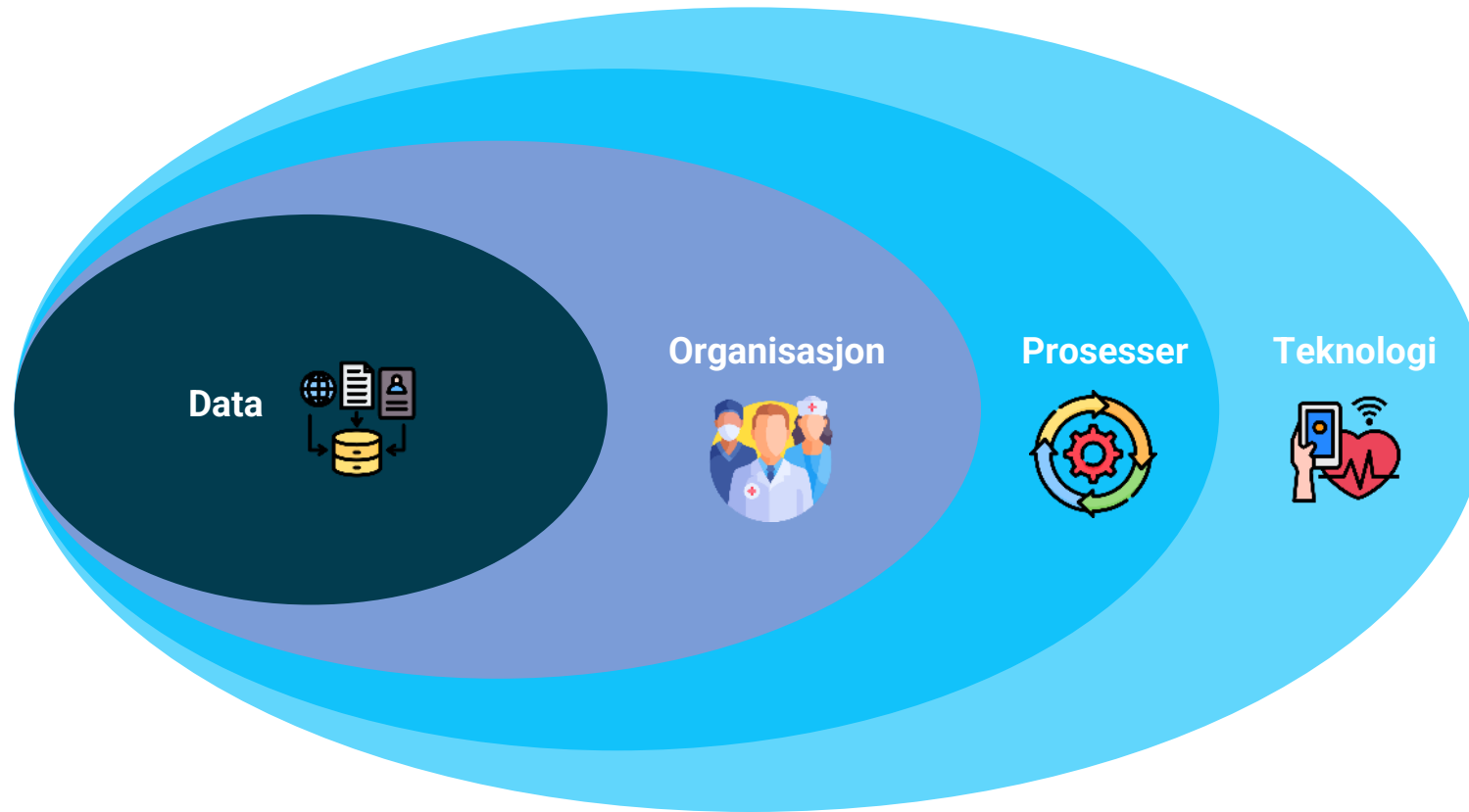
Datadomener



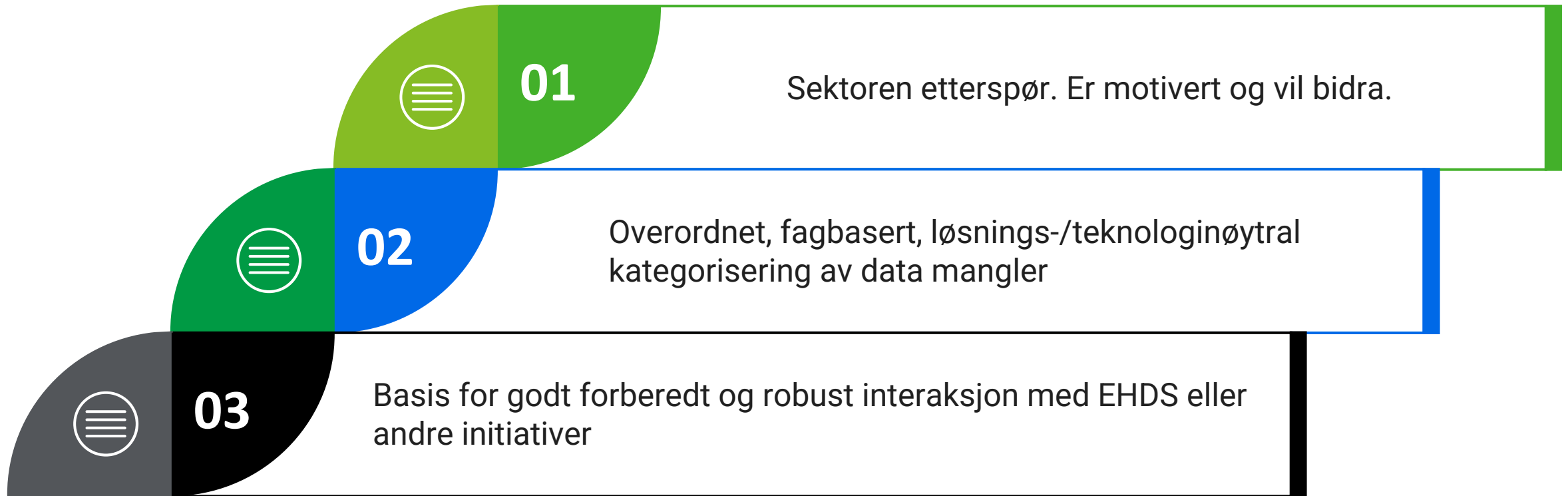
Data i sentrum



Data i sentrum



Hvorfor datadomener?

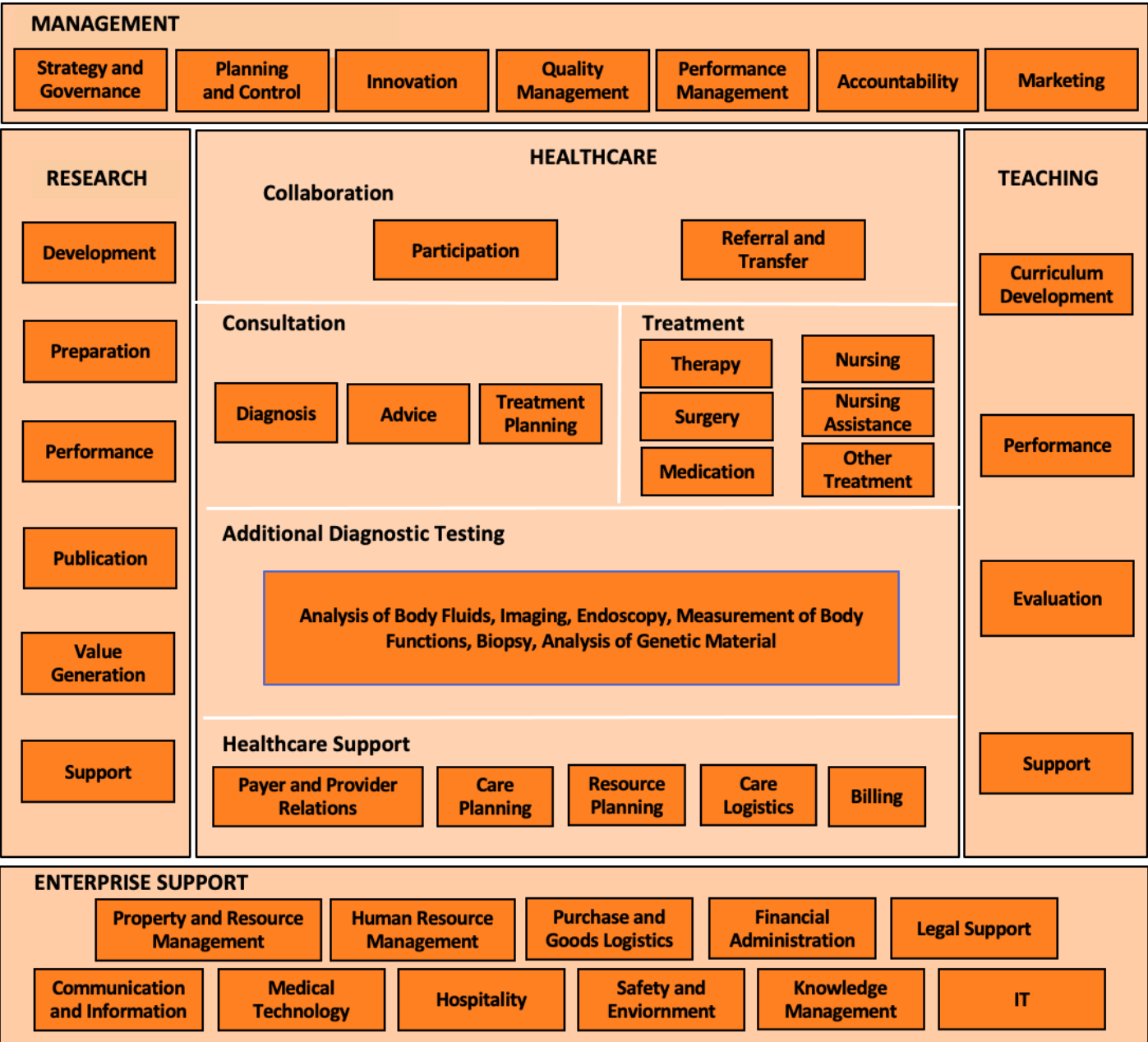


Datadomener helse- og omsorgssektoren



EKSEMPEL

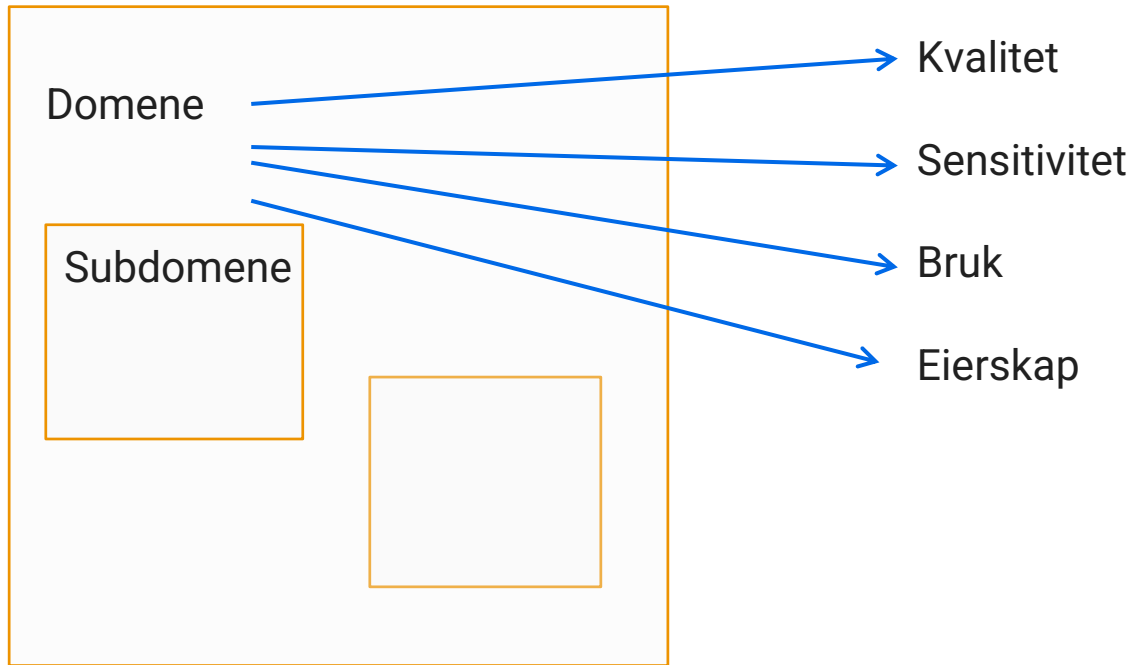
ZIRA (Ziekenhuis Referentie Architectuur) Information Domain Model, Nederland



5 Business domains:

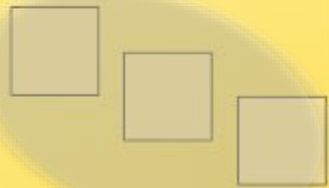
- Management
- Research
- Healthcare
- Teaching
- Enterprise support

Bruk av datadomener til å se på egenskaper

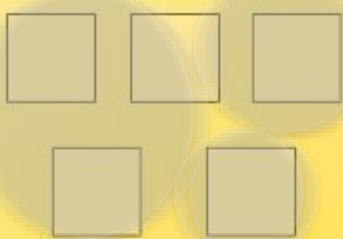


Datadomener helse- og omsorgssektoren

**Pasient-
administrasjon**



Kliniske data



**Legemidler og
medikasjon**



**Bilde- og
radiologidata**



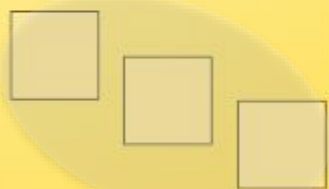
**Innbygger- og
egenrapporterte
data**



Utstyr



**Informasjons-
teknologi**



Eiendom



Utdanning



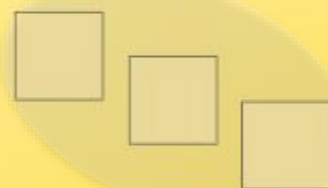
Ansatte



Juridisk/regulering



Økonomi



**Arkiv og
dokumentflyt**



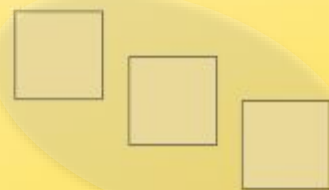
Forskning



Administrasjon



Folkehelsedata



Vaksinasjon

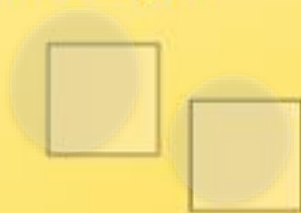


Donor/blodgiver

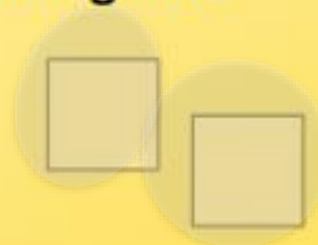


Vi ser nærmere på noen utvalgte domener

**Legemidler og
medikasjon**



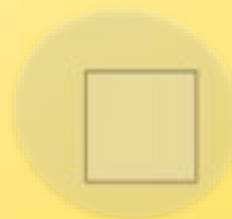
**Bilde- og
radiologidata**



Utdanning

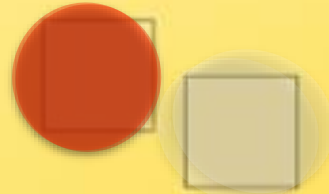


Ansatte

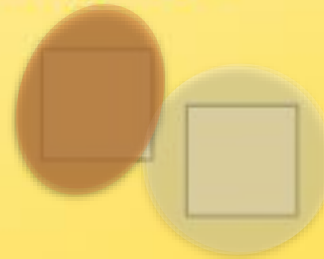


Bruk

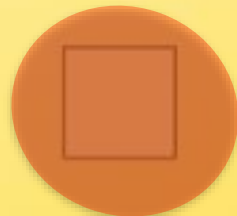
**Legemidler og
medikasjon**



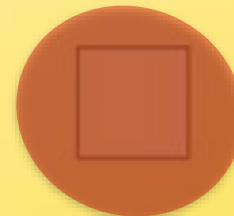
**Bilde- og
radiologidata**



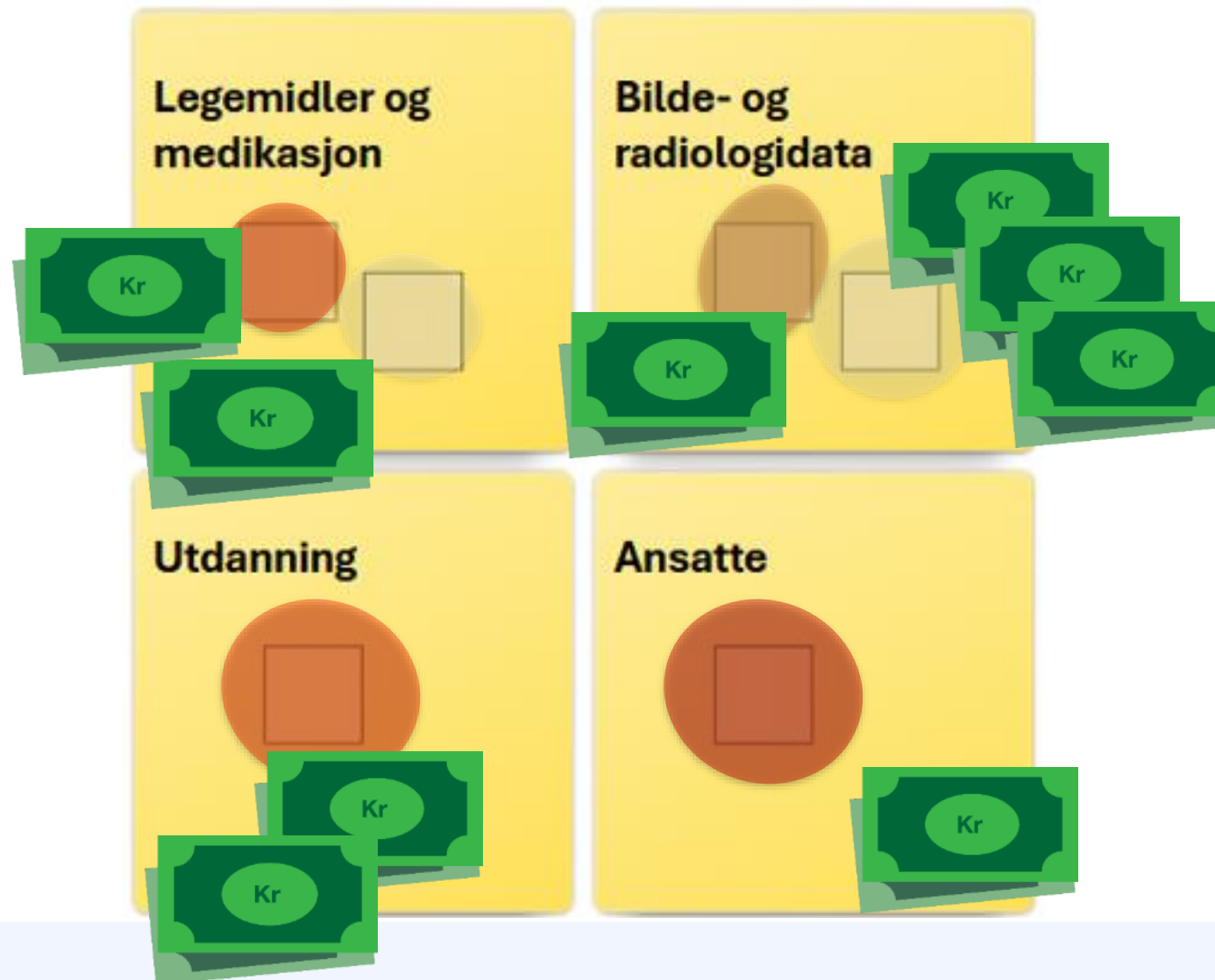
Utdanning



Ansatte

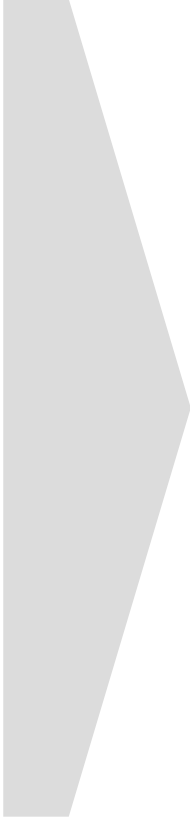


Kostnad



Vårt utgangspunkt

- **For lite oversikt**
 - Hvilke data har vi og hvor er de?
 - Hva kan de brukes til?
 - Hvordan berøres dataene av endringer i krav og regelverk?
- **Ukjent datakvalitet**
 - Er dataene oppdaterte og komplette?
 - Hva er sannheten/hva er kilden?
 - Hvilke informasjonsmodeller, kodeverk, m.m. gjelder?
- **Uklart/mangelfullt ansvar for dataene**
 - Hvem sørger for at dataene er tilgjengelige?
 - Hvem sørger for at dataene er konsistente på tvers?
 - Hvem sørger for at dataene oppfyller krav/regelverk?



Dårlig bruk av helsepersonells tid

Utrygge medarbeidere

Hinder for effektiv digitalisering

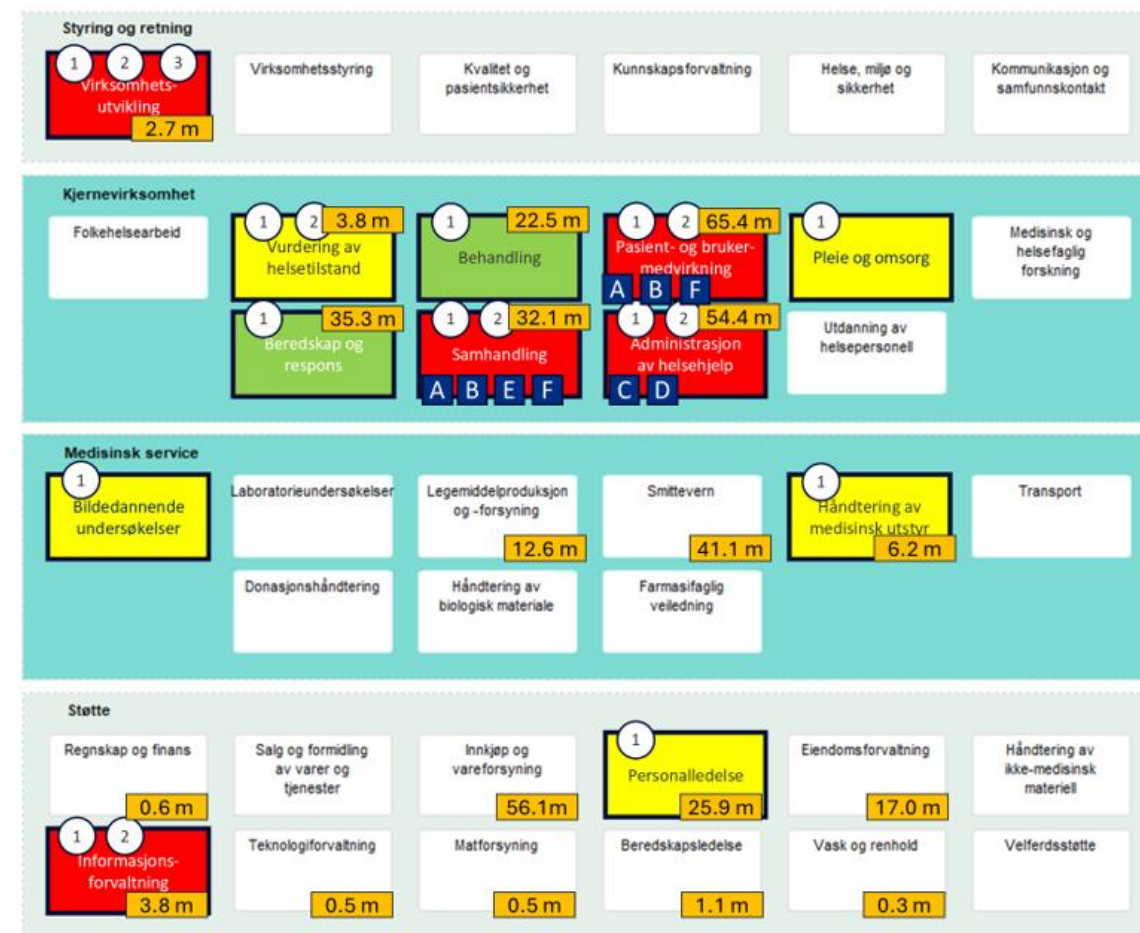
Ikke-utnyttet potensiale

Så hvorfor har vi ikke gjort noe med det?

Kan datadomener hjelpe oss?

Hva gjør vi?

- Datadomener i seg selv gir ikke fullstendig oversikt, skaper «orden i eget hus» eller løser alle operative utfordringer
- Men (hypotese):
Datadomener kan hjelpe oss med forankring og prioritering
- Hvilke data på overordnet nivå (=datadomener) bør vi prioritere?
- Hvordan er «datahelsen» i de prioriterte datadomenene?



Diskusjon

- Vi har sett på en oppdeling av informasjon i domener
- Gå sammen 2-3 stykker og diskuter hva kan være interessante egenskaper?
- Minner om eksempler som: kvalitet, eierskap, bruk...
- Vi bruker 5-10 minutter på dette og tar det opp i plenum etterpå



VERDI

Hvilke verdier kan vi få fra arbeidet med datadomener?

Utfordringer



Økte krav til helse- og omsorgssektoren

For å møte endringer og krav til helse- og omsorgssektoren må vi ha mer sammenhengende tjenester, effektiv datadeling og økt åpenhet og samarbeid.



Kvalitet og forståelse

Data må ha kjent kvalitet og forstås på samme måte ved utveksling for å gi verdi.



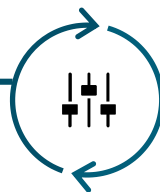
Regulering og sikkerhet

Data i helse- og omsorgssektoren er strengt regulert og skal beskyttes. Datasikkerhet er en forutsetning og gjennomsyrrer arbeidet med data.



Innovasjon og nye tjenester

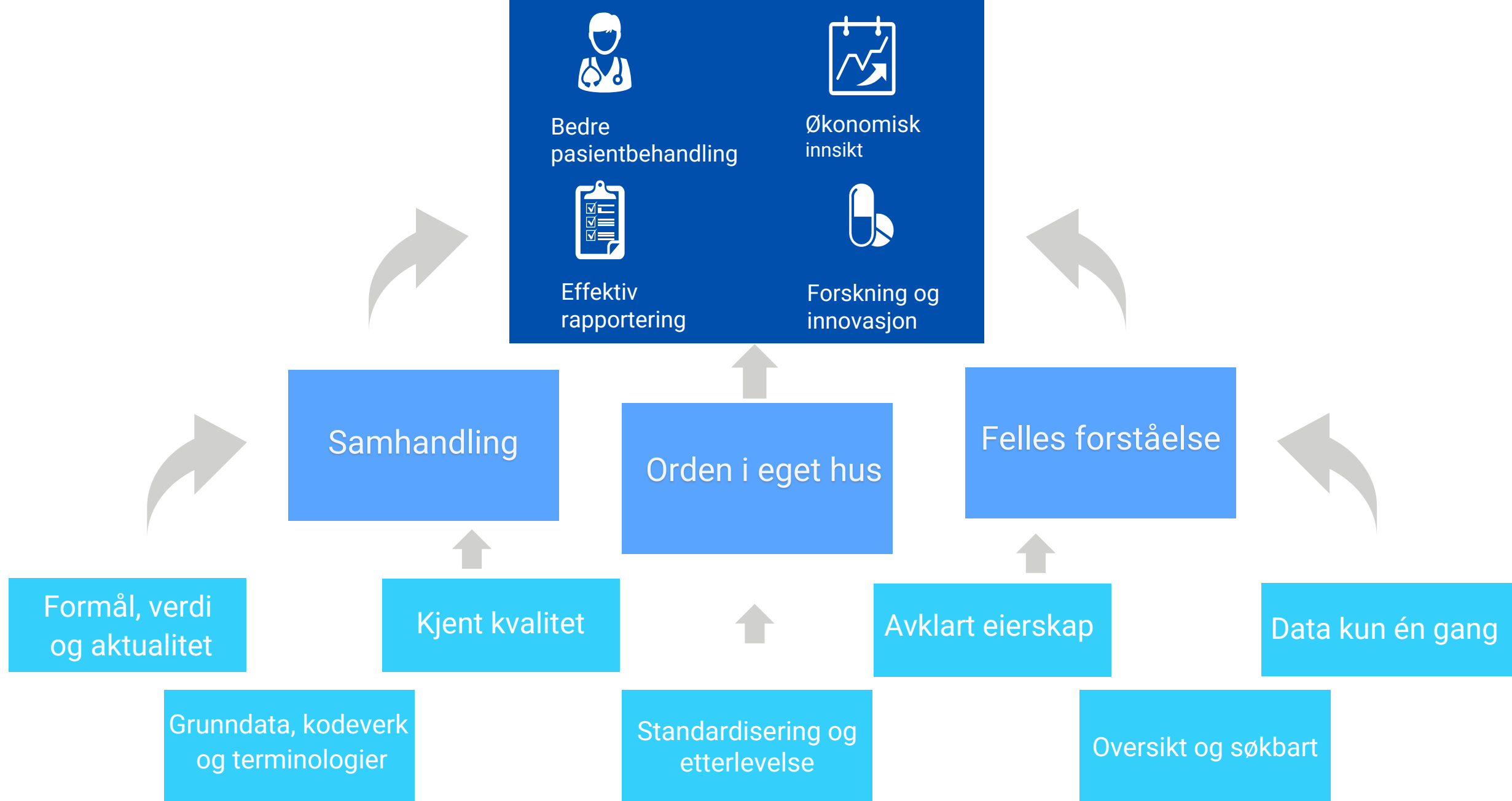
Mengden av data øker, det gir oss muligheter til å utvikle nye tjenester. Vi kan utnytte data på nye måter i ved hjelp av KI og maskinlæring dersom vi evner å ta hånd om dem.



VERDI

- **Datadomener** hjelper med å finne frem til data. De gir en oversikt over hvilke data som finnes uavhengig av system og implementasjon. Dette gir god hjelp og effektiviserer oppstarten av initiativer som krever samhandling og derfor deling av data.
- **Datakvalitetsarbeid** starter med eierskap til data med kjent kvalitet. **Datadomener** kan brukes til å etablere dataeierskap over domener og slik legge til rette for arbeid med datakvalitet.
- **Tydelig eierskap** tilrettelagt med datadomener gir gode betingelser for arbeid med sikkerhet og overholdelse av regelverk. Domenekunnskap og tydelig ansvar kan også gi oss sporbarhet og kunnskap om endring av data over tid.
- For å kunne **skalere** og holde seg à jour med stadig økende datamengder er datadomener og eierskap nødvendig og grunnleggende. Innovasjon og nye måter å utnytte data på ved hjelp av kunstig intelligens, maskinlæring og avansert analyse krever god informasjonsforvaltning og kunnskap om data en organisasjon besitter.





Leveranser



Effekt og verdi

Kartlegging av antatt effekt og verdi mot identifiserte behov. Vil bidra til en anbefaling/prioritering både med hensyn til inndeling og egenskapstilknytning. Vil også kunne bidra til å identifisere det nasjonale vs. det regionale, avhengig av grad av samsvar aktørene imellom.



Prinsipper for datadomener

Definisjon av, og prinsipper for, datadomener. Kriterier for nasjonale vs. regionale forekomster, kategoriseringskriterier, detaljeringsnivå, domeneomfang, egenskaper – og evt. differensiering innen disse gitt domene eller nasjonalt vs. regionalt nivå.



Modell for datadomener

Datamodell for datadomener, med klasser, attributter, relasjoner og domenekontroll. Modellen må være tilstrekkelig metadatarik til å håndtere differensiering, flytting mellom nasjonalt og regionalt, utvikling over tid o.l.

Modellen må også vise relasjoner til / sammenhenger med andre klasser i den store innholdsmodellen, som begreper og informasjonsmodeller. Utarbeidelsen av modell skjer iterativt, detaljering gjøres etter behov.



Innhold av datadomener på nasjonalt nivå

Populering av datadomener og subdomener i gitt modell. Disse forekomstene skal være allmenngyldige i form av å være nasjonale.



Innhold av datadomener på regionalt nivå

Delvis populering av forekomster som er tilknyttet regionene, det vil si domener som ikke anses som nasjonale (av ulike årsaker).

Leveransene her vil være fragmentariske og antagelig ha egenskap som mønstereksempler.



Veiledning for bruk av datadomener

Veiledning for bruk av datadomener – hva de skal brukes til, hva de kan brukes til, og hva de ikke kan brukes til. Veiledningen vil primært dekke de nasjonale domeneene og deres subdomener. Likevel må tilstrebes at veiledningen er gjeldende for hele området



Veiledning for videreutvikling, forvaltning av datadomener

Veiledningen for funksjoner, aktører/roller, prosesser og arenaer som er nødvendige for å kunne forvalte og videreutvikle og endre modell og innhold – og evt. endring i bruksområder.

Vedtak - datadomener

NUFA ber om at innspillene til utprøving av datadomener i helse- og omsorgstjenesten blir tatt med i det videre arbeidet.



Pause – oppstart igjen kl. 15.15

—

Sak 29/25: Økt bruk av kvalitetssikrede digitale verktøy innen psykiske helsetjenester

—

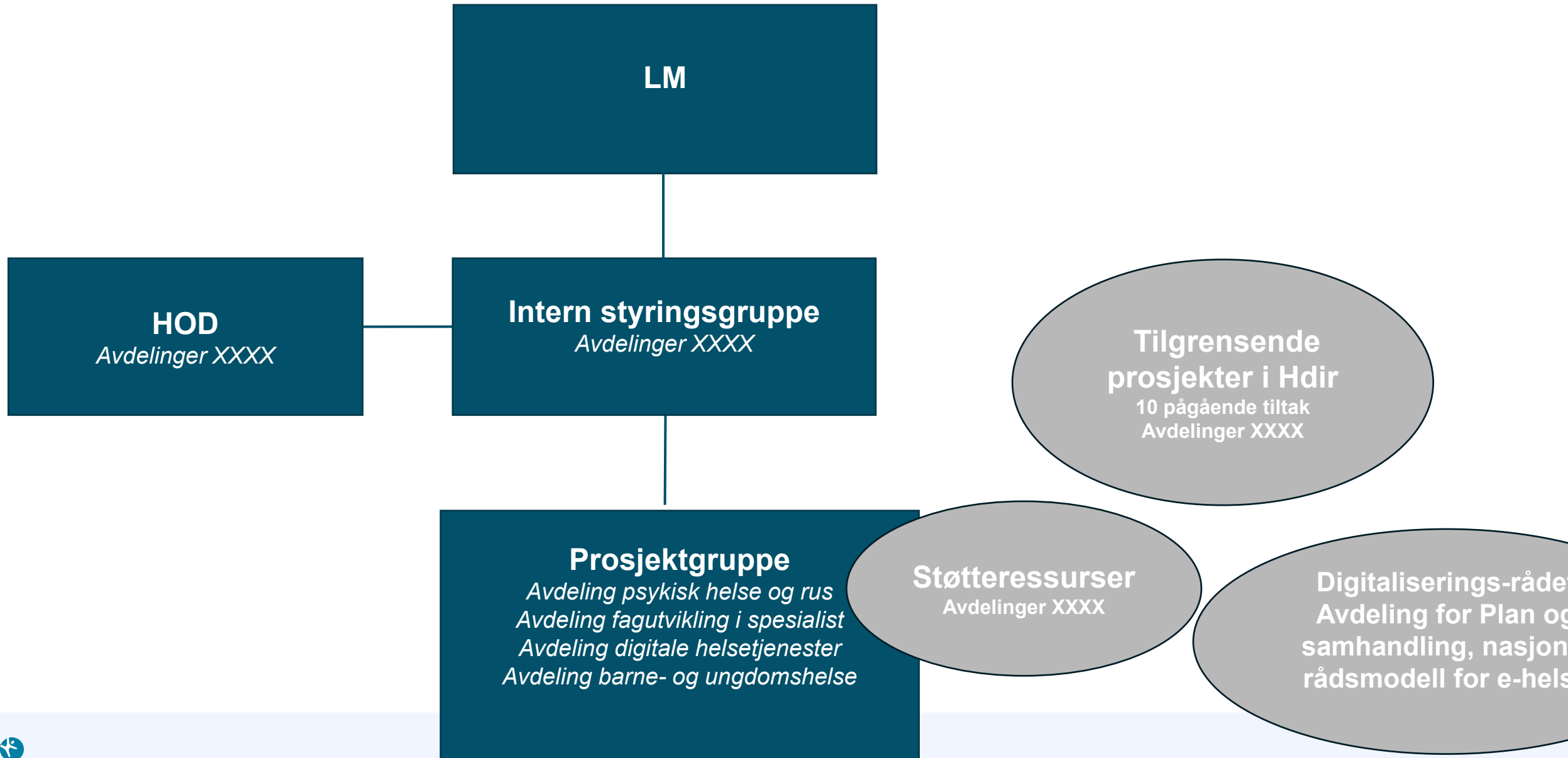
Utredning for økt bruk av kvalitetssikrede digitale verktøy innen psykiske helsetjenester

NUFA, 29.10.25

Helsedirektoratet, Inger Anette Finrud- Anette Jørve Ingjer



Kompleks struktur i prosjektet



Formål med saken i NUFA



Orienter om pågående utredningsarbeid om Økt bruk av kvalitetssikrede digitale verktøy innen psykiske helsetjenester. Utredningsarbeidet har bred deltakelse på tvers av avdelinger i Helsedirektoratet.



Drøfte og få innspill om konkrete forslag til tiltak som pt er til vurdering i utredningen

Bakgrunn

-Oppdraget fra HOD oppsummert i tre punkter

Utredningen skal gi et kunnskapsgrunnlag for å ta beslutninger som gir de største gevinstene mht

1. å **iverksette tiltak for å tilgjengeliggjøre og øke bruken av kvalitetssikrede digitale verktøy** innen psykisk helse, både digitale selvhjelpsverktøy og digitale verktøy som benyttes som en del av helsehjelp.

Som del av dette;

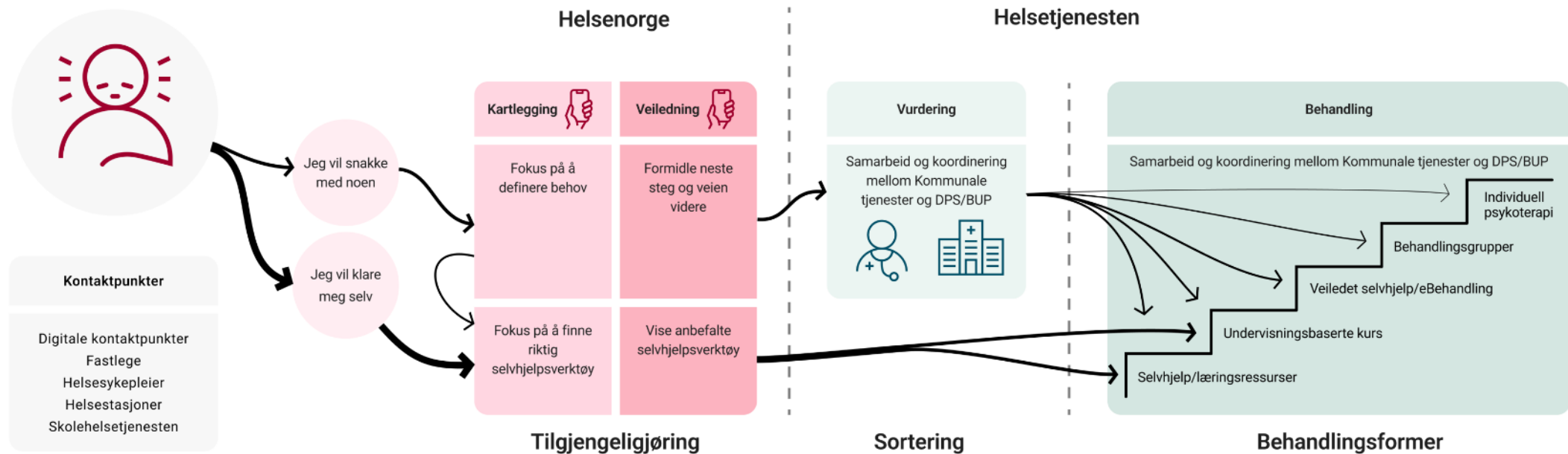
2. hvordan man kan **legge til rette for et nasjonalt tilbud** om informasjon, selvhjelp, psykoedukasjon og internettveiledet behandling innen psykisk helse, samt innen rus og avhengighet der det er tilgjengelig/relevant.
3. om det kan være hensiktsmessig å **etablere behandlingstilbud på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste**, og om pasienter kan ta direkte kontakt for hjelp

Bakgrunn

- Formålet med arbeidet

Målet er at flere skal kunne få kunnskapsbasert informasjon, hjelp og behandling raskere og at de samlede ressursene i tjenestene brukes mer effektivt.

Ønsket situasjon



Hva er nåsituasjonen?

Økning i psykiske
helseplager i befolkningen

Mangel på helsepersonell

Digitale løsninger er
trygge og effektive, men
benyttes i liten grad

Mål og målgrupper

Målgrupper

- Innbyggere
- Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten,
- Helsepersonell i kommunehelsetjeneste



Mål - vi har to effektmål for arbeidet

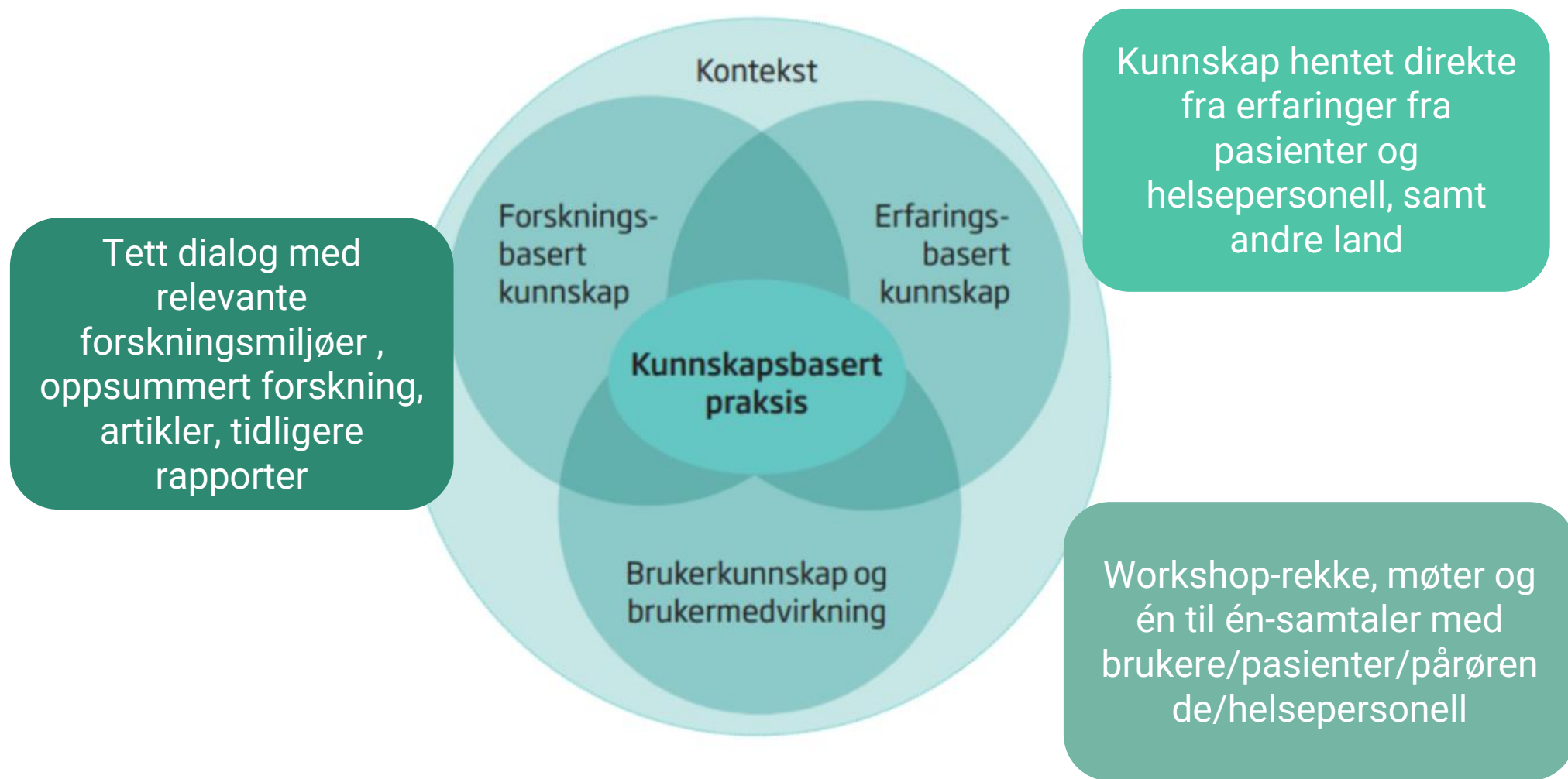


Helse- og omsorgstjenestene er mer tilgjengelig for innbyggere gjennom økt bruk av digitale verktøy



Mer effektiv ressursutnyttelse i helsetjenesten ved økt bruk av digitale verktøy

Modell for kunnskapsbasert praksis



Figur 1. Modell for kunnskapsbasert praksis

Kombinasjon av workshops og møter

Deltakere

Workshops

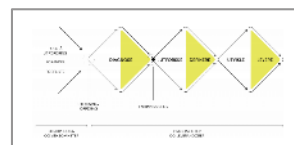
Møter/én til én

Til vurdering....

3 x

x

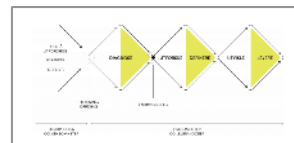
1. Brukere/pasienter, pårørende



Dato
7.10



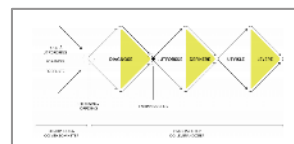
2. Profesjons- og fagorganisasjoner



14.10
WS2



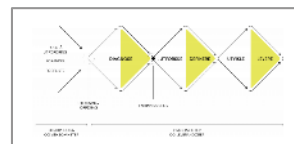
3. RHF



15.10
WS3



4. Kommunehelsetjenesten



15.10
WS4



Behov, problemer og
mulighetsrom

Dagens situasjon,
utfordringsbildet, mulige
løsninger, m.m.

Diskuterer og oppsummerer og
prioritere forslag til løsninger

1. Faglige problemstillinger og forslag til tiltak

- Mangel på ledelsesgrep. Det er i stor grad opp til hver behandler å ta digitale verktøy i bruk
- Uavklart ansvarfordeling mellom HF og kommune
- Et fragmentert landskap

Kort/mellomlang sikt:

- Styrke kommunikasjon og implementering – rettet mot befolkning og tjenestene
- Utarbeide en strategi for å anskaffe, tilgjengeliggjøre og vedlikeholde digitale selvhjelpsverktøy
- Videreutvikle Helsenorge.no med en nasjonal veiviser til eksisterende relevant informasjon, selvhjelp og behandling

Tiltak på mellomlang sikt følger perioden for opptrappingsplan psykisk helse, inkludert å utnytte erfaringene i tilstøtende interne og eksterne oppdrag og utredninger



1. Ressursbanken

Samler alt på ett sted og lar brukerne utforske og velge selv.

Nytte: En liten forbedring fra i dag.

Minus: Gir begrenset støtte – særlig for de som er usikre eller ambivalente.

Utvikling: Enkleste alternativ.

- Styring:
- Støtte:
- Helhet:



2. Retningsgiveren

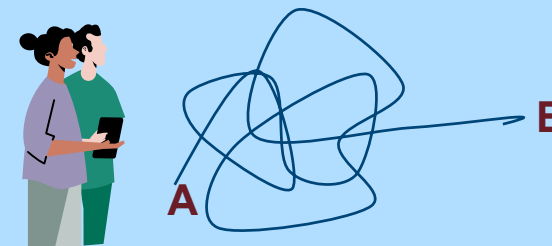
Vektlegger å kartlegge innbygger og peke til det riktige tilbudet – digitalt eller fysisk.

Nytte: Gir klarhet og rett hjelp.

Minus: Risiko for feil. Krever mye logikk, avklarte retningslinjer og detaljert katalog med oversikt over tilbud lokalt. Kan oppfattes som helsehjelp.

Utvikling: Komplekst, må gjøre mye i første leveranse for å fungere.

- Styring:
- Støtte:
- Helhet:



3. Støttespilleren

Mindre styrt veivising, gir mer åpne forslag, og vekt på motivasjon og støtte – både for start og oppfølging.

Nytte: Møter målgruppe der de er, motiverer, støtter atferdsendring og reduserer kognitiv belastning - å lykkes med selvhjelp.

Minus: Kan gi for store forventninger.

Utvikling: Komplekst, men egnet til å bygge ut stegvis.

- Styring:
- Støtte:
- Helhet:

Bruttoliste tiltak - mulighetsrom

1

1. Helsedirektoratet gjennomfører en helhetlig kommunikasjonssatsning for å øke kjennskap og tillit til digitale verktøy i befolkningen og helsetjenesten
2. Helsedirektoratet utarbeider og gjennomfører en bredt anlagt kommunikasjons- og implementeringsstrategi, som inkluderer evt normerende produkter
3. Anskaffelsesstrategi (selvhjelpsverktøy)
4. Anskaffelsesstrategi (andre digitale tilbud)
5. Nasjonale faglige råd for eBehandling/digital veiledet behandling
6. HTO: Utvide nasjonal ordning med veil/godkjenning med selvhjelpsløsninger og andre digitale tilbud
7. HTO: Utvide tilskuddsordningen til å inkludere digital kartlegging og behandlingsverktøy for psykisk helse- og rustjenesten
8. Spissede tilskuddsbevillinger til kompetansesentra
9. Nasjonale faglige normerende råd for eBehandling/veiledet internettbehandling
10. Kompetanseutvikling for ledere i kommune- og spesialisthelsetjenesten (lederprogram?)
11. Få inn bruk av digitale tilbud inn i utdanningen for helsepersonell
12. Utrede og utvikle nasjonale indikatorer for bruk av eBehandling
13. Utrede og foreslå endringer i finansierings- og refusjonsordninger
14. Lage Håndbok/katalog for digitale ressurser og tilbud (ref Legemiddelhåndboken)
15. Lage henvisningsmodul

2

16. Veviser på Helsenorge
17. Triage-løsning

3

18. Følge med og understøtte pågående piloter og arbeid felles inntak/vurdering

Overordnet vurdering av tiltak

Rapporten vil vise en grovsiling av tiltak basert på antatte kostnader og måloppnåelse

Bruttoliste av tiltak



Rapporten blir grunnlaget for hvilke tiltak vi anbefaler og hvilke vi må vurdere nærmere

Overordnede anslag på virkninger

Investeringskostnader

$\sim x - y$

Drift- og forvaltningskostnader

$\sim x - y$

Mer effektiv ressursbruk i statsforvaltningen



Mer effektiv ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten



Mer effektiv ressursbruk i for innbygger



Bedre brukeropplevelser



Økt tillit til forvaltningen



Vurdering per tiltak



Utrede videre



Utrede ikke videre

Videre saksgang

- Intern høringsrunde uke 44/45
 - *27. oktober – 7. November*
- Forankring i ledermøte 25. November
 - *Gjennomgang av rapport*
- Endelig rapport ferdig 30. November
 - *Oversendelse til HOD*



DRØFTING OG INNSPILL



Gjennomføre en bredt anlagt flerårig kommunikasjons- og implementeringssatsing. Utarbeide strategi for å anskaffe, tilgjengeliggjøre og vedlikeholde digitale selvhjelpsverktøy



Utarbeide en strategi for å anskaffe, tilgjengeliggjøre og vedlikeholde digitale selvhjelpsverktøy



Videreutvikle Helsenorge.no med en Nasjonal veiviser til eksisterende relevant informasjon, selvhjelp og behandling



NUFAs erfaringer med bredding av kvalitetssikrede digitale verktøy

Forslag til vedtak

NUFA drøftet saken og ba Helsedirektoratet ta med seg innspillene fra NUFA i det videre arbeidet.

Velkommen til middag kl. 18.30



Oppstart dag 2 kl. 09.00