

Møte i Nasjonalt e-helseråd

Møte	2/2025	
Dato	12. juni 2025	
Tid	Kl. 10.00 – 16.00	
Sted	Helsedirektoratet, Vitaminveien 4, Storo Oslo	
Medlemmer	Erik Hansen (Helse Vest RHF) Per Olav Skjesol (Helse Midt-Norge RHF) Bengt Flygel Nilsfors (Helse Nord RHF) Rune Simensen (Helse Sør-Øst RHF) Mariann Hornnes (Helsedirektoratet) Hilde Myhren (Helsedirektoratet) Christine Bergland (Folkehelseinstituttet) Kristin W. Wieland (KS) Svein Lyngroth (Oslo kommune) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Kjell Wolff (Bergen kommune) Wenche P. Dehli (Trondheim kommune) Lilly Ann Elvestad (FFO) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Frode Danielsen (Digitaliseringsdirektoratet) Kai Øivind Brenden (Norsk Sykepleierforbund) Johan Ronæs (Norsk helsenett SF)	

Sak	Agenda Nasjonalt e-helseråd	Tidspunkt	Sakstype
11/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden	10:00	Godkjenning
12/25	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helseråd 20. mars 2025	10:05	Godkjenning
13/25	Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier	10:15	Drøfting
14/25	Vurdering av behov for endring av samtykkebestemmelsene for kjernejournal for et digitaliseringsvennlig regelverk	10:55	Drøfting
	Lunsj	11:35	
15/25	Anbefaling til justert prismodell 2026 for de nasjonale e-helseløsningene	12:05	Drøfting
	Pause	12:45	
16/25	Bruk av store språkmodeller i helse- og omsorgstjenesten	12:55	Drøfting
17/25	Endringer i mandat for Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger	13:55	Drøfting
	Pause	14:35	
18/25	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	14:45	Anbefaling
19/25	Orientering fra Helsedirektoratet	15:25	Orientering
20/25	Eventuelt	15:55	
	Slutt	16:00	

Sak	Tema	Sakstype
11/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd godkjenner innkalling og dagsorden.	
12/25	Godkjenning av referat fra Nasjonalt e-helseråd 20. mars 2025	Godkjenning
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd godkjenner referatet fra møtet i Nasjonalt e-helseråd 20. mars 2025.	Vedlegg 1: Referat fra møtet i Nasjonalt e-helseråd 20. mars 2025
13/25	Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier	Drøfting
	Helsedirektoratet har fått i oppdrag å etablere en veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier. En første versjon skal være klar innen 1. oktober 2025. Det er ønskelig å orientere	Vedlegg 2: Toppnotat Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier

	Nasjonalt e-helseråd om omfanget i første versjon, og få innspill til hvordan ordningen bør videreutvikles.	
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med etablering av veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier.	
14/25	Vurdering av behov for endring av samtykkebestemmelsene for kjernejournal for et digitaliseringsvennlig regelverk	Drøfting
	Norsk helsenett SF og Helsedirektoratet ønsker å orientere Nasjonalt e-helseråd om samtykkebestemmelsene for kjernejournal og behovet for endring av disse. Det er ønskelig med innspill til dette og få Nasjonalt e-helseråd sin vurdering av viktigheten av arbeidet.	Vedlegg 3: Toppnotat Vurdering av behov for endring av samtykkebestemmelsene for kjernejournal for et digitaliseringsvennlig regelverk Vedlegg 3A: Vurdering av endring av samtykkeregler for Kjernejournal til HOD
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd stiller seg bak det beskrevne utfordringsbildet knyttet til samtykkebestemmelsene i kjernejournal og ber Helsedirektoratet om å ta med seg vurderingene fra rådet til Helse- og omsorgsdepartementet.	
15/25	Anbefaling til justert prismodell 2026 for de nasjonale e-helseløsningene	Drøfting
	Norsk helsenett SF har fått i oppdrag å vurdere justeringer i prismodellene som omfatter betaling for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. I denne saken vil Norsk helsenett SF anbefale justeringer i prismodell for følgende løsninger: - Pasientens prøvesvar - Kjernejournal - Helsenettet inkludert Grunndata og HelseID for gruppen øvrige aktører (private aktører og fylkeskommuner)	Vedlegg 4: Toppnotat Anbefaling til justert prismodell 2026 for de nasjonale e-helseløsningene Vedlegg 4A: Versjon 1.2 Anbefaling til justert prismodell – 2026 for nasjonale e-helseløsninger Vedlegg 4B: Innspillslogg prismodell for øvrige aktører for Helsenettet grunndata og HelseID for 2026 Vedlegg 4C: Øvrige aktører som har mottatt info på mail for Helsenettet inkl. grunndata og HelseID 2026 Vedlegg 4D:

		Medlemskap i Helsenet
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd drøftet foreslåtte prismodeller og ba Norsk helsenett SF ta med seg innspill inn i videre arbeid.	
16/25	Bruk av store språkmodeller i helse- og omsorgstjenesten	Drøfting
	Som del av Felles KI-plan har Helsedirektoratet levert en rapport om store språkmodeller i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet vil presentere rapporten, og Helse Sør-Øst RHF og Legeforeningen vil holde innlegg knyttet til bruk av språkmodeller. Det er ønskelig å drøfte anbefalingene i rapporten med Nasjonalt e-helseråd.	Vedlegg 5: Toppnotat Bruk av store språkmodeller i helse- og omsorgstjenesten
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd støtter de foreslåtte tiltakene. Innspillene fra diskusjonen i E-helserådet tas med i det videre arbeidet.	
17/25	Endringer i mandat for Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger	Drøfting
	Helsedirektoratet ønsker å drøfte med Nasjonalt e-helseråd forslag til endring i mandatet for Teknisk beregningsutvalg, samt orientere generelt om prosessen fra når en ny tjeneste på de nasjonale e-helseløsningene påbegynnes, til drift- og forvaltningskostnader for tjenesten forskriftsfestes og må betales av aktørene i sektoren, og eventuelt plikt til bruk av tjenesten inntreffer.	Vedlegg 6: Toppnotat Endringer i mandat for Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd ga innspill til og stiller seg bak foreslåtte endringer i mandat for Tekniske beregningsutvalg.	
18/25	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	Anbefaling
	Helsedirektoratet gjennomfører en evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse. I møte 20. mars anbefalte Nasjonalt e-helseråd at E-helserådet spisses i en mer strategisk retning, NUFA beholdes, og NUTs rolle vurderes. På bakgrunn av dette utarbeidet Helsedirektoratet tre alternative modeller som ble sammenstilt med dagens modell. Helsedirektoratet ønsker å få E-helserådets anbefaling på valg av modell. Videre er det ønskelig å drøfte og få en anbefaling på om vi bør se på andre nasjonale råd og utvalg, og hvordan disse forholder seg til rådsmodellen.	Vedlegg 7: Toppnotat Evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse Vedlegg 7A: Nasjonal rådsmodell for e-helse – Alternative modeller
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd anbefaler, basert på innspillene fra aktørene, at rådsmodellen fortsetter med tre nivåer, men at det utarbeides nye mandater for hvert utvalg, at det sees på rollene til og representasjonen i hvert utvalg og at Helsedirektoratet iverksetter forbedringstiltakene som har blitt spilt inn. I tillegg anbefaler Nasjonalt e-helseråd at evalueringen også ser på andre nasjonale råd og utvalg, og hvordan disse forholder seg til rådsmodellen.	
19/25	Orientering fra Helsedirektoratet	Orientering
	Helsedirektoratet vil i møte gi en kort orientering om følgende saker: - Konsekvensvurdering av europeisk helsedataområde (EHDS)	Vedlegg 8: Toppnotat Orientering fra Helsedirektoratet

	- Nettlege – utprøving av en kommunal digital allmennlegetjeneste	
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd tar sakene til orientering.	
20/25	Eventuelt	

Referat fra møte i Nasjonalt e-helseråd		
Møte	1/2025	
Dato	20. mars 2025	
Tid	Kl. 10.00 – 16.00	
Sted	Nationaltheatret konferansesenter, Oslo sentrum	
Medlemmer	Erik Hansen (Helse Vest RHF) Per Olav Skjesol (Helse Midt-Norge RHF) Bengt Flygel Nilsfors (Helse Nord RHF) Rune Simensen (Helse Sør-Øst RHF) – til kl. 13.30 Mariann Hornnes (Helsedirektoratet) – til kl. 14.30 Hilde Myhren (Helsedirektoratet) Christine Bergland (Folkehelseinstituttet) Kristin W. Wieland (KS) Svein Lyngroth (Oslo kommune) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Kjell Wolff (Bergen kommune) Wenche P. Dehli (Trondheim kommune) Lilly Ann Elvestad (FFO) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Frode Danielsen (Digitaliseringsdirektoratet) Johan Ronæs (Norsk helsenett SF)	
Ikke til stede	Kai Øivind Brenden (Norsk Sykepleierforbund) Jan Hugo Sørensen (Nordreisa kommune)	
Stedfortreder	Ole Johan Kvan, Helse Sør-Øst RHF, for Rune Simensen fra kl. 13.30	
Helsedirektoratet	Siv Ingebrigtsen Lucie Aunan Bente Andersen Sundlo Karen Lima Vibeke Jonassen Wang	

Sak	Tittel på sak	Sakstype
1/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
2/25	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helseråd 5. desember 2024	Godkjenning
3/25	Status på Digital samhandling	Orientering
4/25	Nasjonal e-helsestrategi og hypoteser til gap	Drøfting
5/25	Felles journalløft og status i pågående anskaffelsesprosesser i kommunal sektor	Drøfting
6/25	Vekst i drift og forvaltningskostnader på nasjonale e-helseløsninger	Drøfting
7/25	Veikart for Helsenorge	Drøfting
8/25	Nasjonale råd og utvalg	Drøfting
9/25	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	Drøfting
10/25	Eventuelt	

Sak	Tema
1/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden.
	Helsedirektoratet meldte inn en orienteringssak til eventuelt; læringsrapport om hendelsen med doseringsfeil i e-resept. Det kom ellers ingen innspill til innkalling og dagsorden.
	Erik Hansen, Helse Vest RHF, overtok ledelsen av møtet fra kl. 13.30.
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd godkjenner innkalling og dagsorden.
2/25	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helseråd 5. desember 2024
	Det kom ingen innspill til referatet.
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd godkjenner referatet fra møtet 5. desember 2024.
3/25	Status på Digital samhandling
	Lars Bjørgan Schrøder og Rune Røren, Helse- og omsorgsdepartementet, orienterte Nasjonalt e-helseråd om status på Digital samhandling.
	Innspill:

	- Nasjonalt e-helseråd setter pris på at departementet er tydelige på at de ønsker økt tempo, samtidig som vi alle anerkjenner at dette vil ta tid. - I prosjekt støttet av helseteknologiordningen som omhandler både kommuner og sykehus, er det en opplevelse av at det dreier seg om innovasjonsprosjekter. Det kan skape utfordringer for sykehusene da det der satses på prosjekter som skal støtte digital samhandling i helsesektoren. - Helsedirektoratet opplyste at det erfares at kommuner har kommet langt med mindre midler fra helseteknologiordningen enn de opprinnelig ba om. Andre kommuner har bedt om overføring av midler mellom år, at pengene brukes ikke opp så raskt som de angir i opprinnelig plan. Midler til innovasjonsprosjekter skal ikke gå av samhandlingsmidlene. De går bare til digital samhandling. - Nasjonalt e-helseråd er tydelig på at midlene fra helseteknologiordningen må støtte prosjekter som omhandler og sikrer integrasjon med de nasjonale e-helseløsningene. - Nasjonalt e-helseråd er positive til at Pasientens prøvesvar nå tar fart. Dette er noe helseforetakene er opptatt av. - Det er viktig å få frem gevinstene i arbeidet med digital samhandling. - Situasjonen i kommunene er kritisk, og teknologien kan virkelig bidra. - Kommunene må være koblet på den regionale dimensjonen. Det er viktig å se på helheten i arbeidet, og mellom regioner. - Fastlegene ser frem til å få på plass Pasientens legemiddelliste. Samtidig er det krevende å forstå hvem som gjør hva, når det er mulig å søke om midler. - Helsedirektoratet har lansert en nasjonal informasjonsside om PLL på Helsedirektoratet.no. Den gir veiledning og støtte i arbeidet med PLL. Dette er et forsøk på å gi felles veiledning og hjelp til sektoren. - Helsesektoren kan bli bedre til å løse utfordringer i fellesskap. Utfordringer bør løses i fellesskap i enda større grad enn nå. - Utprøvningsprosjekter krever mye. Det er uheldig om noen starter med lokale tiltak det allerede er en nasjonal utprøving på. Det er en del overlapp i sektoren vi bør få kontroll på. - Når det gjelder MyHealth@EU, er det viktig at vi får en grundig gjennomgang av gapanalysene knyttet til EHDS som Helsedirektoratet gjør nå. Det kan si mye om veien videre, samtidig må vi være nøye med kost/nytte vurderingene i forhold til planen som legges. - Helsepersonellundersøkelsen til Helsedirektoratet er en viktig undersøkelse det bør ses til og brukes mer. Helse- og omsorgsdepartementet oppsummerte at deres inntrykk i stort er at det er god bevegelse i prosjekt og tiltak i sektoren. Vi skal jobbe stegvis og hente ut resultater underveis. Samtidig er det viktig å vise små og store forbedringer, slik at omverdenen ser at det faktisk skjer noe. Det er mange utprøvinger på gang, og mange gode skritt i riktig retning. Departementet vil gjerne ha innspill på hvordan midlene i helseteknologiordningen kan utnyttes bedre. Dette bør sees i sammenheng med Helsedirektoratet sitt oppdrag om å videreutvikle ordningen.
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd tar saken til orientering.
4/25	Nasjonal e-helsestrategi og hypoteser til gap
	Siv Ingebrigtsen, Helsedirektoratet, orienterte Nasjonalt e-helseråd om foreløpige hypoteser til gap i forhold til måloppnåelse i 2030 for gjennomføringen av nasjonal e-helsestrategi. Det var ønskelig å drøfte og få innspill til de fremlagte hypoteser til gap mot 2030, samt innspill til hvilke gap som er viktigst. Innspill: Nasjonalt e-helseråd ga tilbakemelding om at dette er en god sak som gir en god oversikt over status og mulige gap.

	• Mål 2 "Enklere arbeidshverdag" er ikke nødvendigvis sammenfallende med personellbesparende. Vi bør tydeliggjøre hvordan digitalisering kan virke personellbesparende, og sette ambisjoner og måltall for dette. • Det snakkes for lite om sammenhengene mellom målene og hvordan arbeidsflyten kan endres for å oppnå effekter. • Offentlig sektor har krav til effektivisering. Det er potensial i personellbesparende teknologi, men arbeidsflyten må endres, også på tvers av sektorer. • Datadeling er viktig, samtidig er det ønskelig å differensiere på hvordan vi deler data. • Det at manglende finansiering er et gap fremstår noe misvisende. Det er mer årsak til et gap, og ikke et gap i seg selv. • Data til sekundærbruk er i stor utvikling. Det bør konkretiseres mer, utover å vise til FHI sin strategi. Men grunnlaget for datadeling er ikke på plass, og det er et gap. • Tilgjengelighet av tjenester skaper ikke bare høyere bruk av helsetjenesten. Det kan gi folk trygghet om at de får hjelp når de trenger det. For eksempel kan bedre tilgang til fastleger redusere pågangen hos legevakt. • Til mål 1 "Aktiv medvirkning i egen og næres helse", vi bruker for lite ressurser på å lære opp innbygger. En konsekvens av det er en større belastning på helsetjenesten. Vi ønsker at pasienter og pårørende skal klare seg mest mulig selv ved å øke sin helsekompetanse. Informasjonsbehovet for det er stort. Det handler både om hva helsetjenesten er og, kan tilby, og kunnskap om helse i stort. • Det ble etterlyst en tydeligere kobling mellom hypotesene til gap og indikatorene i monitor. Indikatorene er modne for revisjon. Departementets ambisjoner innenfor satsningen på digital samhandling bør inngå som en del av indikatorsettet. Vi er generelt for lite datadrevet i oppfølgingen av e-helsestrategien. • Helse Sør-Øst RHF understreket at mål 2 "Enklere arbeidshverdag" er viktig for dem. Det jobbes aktivt med det, i kombinasjon med mål 4 "Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling". • Den største bekymringen i kommunene er mangel på kapasitet, og en presset økonomi. Kommunesektoren er politisk styrt, og det er omfattende lovpålagte rettigheter som tar kapasitet. Digital samhandling blir nok i liten grad prioritert. • Sektoren har et leverandørmarked som ikke har tilstrekkelig kapasitet til videreutvikling og tilrettelegging for økt samhandling. • KI har et stort potensial, det bør sektoren ha mer fokus på. • Det kan med fordel skilles på gevinst mot samfunn, virksomhet, innbygger og helsepersonell. • Digitale løsninger er virkemiddel. Snakker vi nok om behovene, som de digitale løsningene skal dekke? Og er vi kanskje for teknologinære i diskusjonene våre? • Det er viktig med eierskap i ledelsen og blant klinikere for å få til digital transformasjon. • Det kom innspill med ønske om at Helsedirektoratet kommer tilbake med sak som viser hvilke gap det er viktigst å arbeide med, gjerne vurdert opp mot kost/nytte.
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd ga innspill til hypoteser om gap i gjennomføringen av nasjonal e-helsestrategi og stiller seg bak fremlagte status for realiseringen av strategien med de innspill som kom opp under drøftingen.
5/25	Felles journalløft og status i pågående anskaffelsesprosesser i kommunal sektor
	Den kommunale helse- og omsorgstjenesten står overfor store bærekraftsutfordringer, med en presset kommuneøkonomi og mangel på helsepersonell. Vi må jobbe annerledes, og digitale løsninger og smart teknologi må tas i bruk som en del av svaret. Sentralt står behovet for å bedre kommunenes journalløsninger, på kommunenes premisser. Kristin W. Wieland og Terje Wistner presenterte en oversikt over status for felles journalløft i kommunal sektor og innsikt i kommunenes EPJ-anskaffelser, eksemplifisert med orienteringer fra Kjell Wolf, Bergen kommune, og Camilla Dunsæd, Kristiansand kommune.

	Innspill: • Det ble stilt spørsmål til den kommunale samhandlingsplattformen. KS svarte at den kommunale samhandlingsplattformen er først og fremst innad i en kommune, deretter mellom kommuner. Samtidig ser KS på den kommunale samhandlingsplattformen som en del av den samlede nasjonale infrastrukturen. • Fleksibilitet er viktig for kommunene, så man ikke blir låst til én løsning til evig tid. 74% av kommunene gjør anskaffelser sammen med andre kommuner, men inngår kontrakt hver for seg. . Da forsvinner noe av gevinstene. • Det er bekymringsfullt at en skal sitte på mange forskjellige kontrakter for samme løsninger. Det er mye penger å spare ved å inngå samarbeid mellom kommuner. • Å få nordiske leverandører interessert i det norske markedet er bra. • Samarbeid mellom kommunene er en positiv utvikling og en gamechanger. Det er større grad av samarbeid nå.
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd tar saken til orientering.
6/25	Vekst i drift og forvaltningskostnader på nasjonale e-helseløsninger Rita Jostad Midthaug, Norsk helsenett SF, la frem samlet vekst i kostnader til drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene, som er en konsekvens av nye investeringer eller tiltak i nasjonal e-helseportefølje. Dette inkluderte tiltakene som er en del av satsningene på digital samhandling som koordineres av Helse- og omsorgsdepartementet. Innspill: • Nasjonalt e-helseråd opplevde saken som ryddig, og med et godt saksunderlag. • Nasjonalt e-helseråd anerkjenner den gode jobben Norsk helsenett SF gjør. • Nasjonalt e-helseråd har vært med på å vedta det som står i underlaget. Samtidig er det en bekymring for at samhandling i sektoren koster mye og at det kan medføre at vi ikke får råd til andre nødvendige tiltak i regionen. • Det er en bekymring knyttet til manglende uttak av gevinster av det vi gjør. Det ble oppfordret til å ha en strategisk sak på dette i Nasjonalt e-helseråd. • Beregninger av gevinster for samfunnet, brukere og virksomheter er viktig, men vi må finne rette måten å gjøre det på. • Forordninger og direktiver i EU som kan få konsekvenser for kostnadene er det vanskelig å si noe om på nåværende tidspunkt, og Norsk helsenett SF må komme tilbake til hva kostnadskonsekvensene av EHDS vil være. Norsk helsenett SF forventer å kunne få til mye innenfor de rammene de har lagt, men det er en usikkerhet knyttet til dette. • Det er ønskelig at Norsk helsenett SF synliggjør effekten av interneffektivisering. Norsk helsenett SF svarte at dette er mer detaljert beskrevet i saksunderlaget til Teknisk beregningsutvalg.
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd har drøftet og tar til etterretning fremlagt økning i drift- og forvaltningskostnader for de nasjonale e-helseløsningene, der økningen skyldes investeringer og i tiltak i den nasjonale e-helseportefølje og Helsenorge. Dette inkluderer tiltakene på digital samhandling i henhold til oppdrag og mandater mottatt fra Helse- og omsorgsdepartementet.
7/25	Veikart for Helsenorge Nina Ulstein, Norsk helsenett SF, orienterte om revidert veikart for Helsenorge. Det var ønskelig med innspill til veikartet, slik at videre utvikling bidrar til å støtte realisering av sektorens planer og behov. Innspill: • Denne saken er et godt eksempel på at strategiske beslutninger tas i Nasjonalt e-helseråd, mens detaljene tas i Produktstyret for Helsenorge.

	- Helsenorge er innbyggers inngang til helsetjenesten. Utvikling av tjenestene på Helsenorge finansieres via oppdrag fra aktører i sektoren. Det er i begrenset grad en prioritering, men en realisering av det sektoren ønsker. Det er viktig at det henger sammen med målbildet som sektoren har. Norsk helsenett SF har i samråd med produktstyret løst noen behov i målbildet, eksempelvis behovet for å forbedre Helsenorge-appen. - Helsenorge brukes til å realisere e-helsestrategien, og sektor har en leverandør som leverer. Vi har ingen detaljert plan, men når vi jobber på riktig måte blir produktet bra. - Helsenorge er viktig for hele befolkningen, og en stadig viktigere tjeneste for fastlegene. Samtidig uttrykker Legeforeningen en bekymring knyttet til det å ha digitale hjelpemidler utenfor de alminnelige rammene da det også kan skape merarbeid for fastlegene. I den grad det angår veivalgene i Helsenorge bør det gjøres grundige drøftinger blant brukere, før det legges ut nye tjenester. Norsk helsenett SF svarte at utviklingen gjøres i samarbeid med tjenesten. - Det må sitte brukerrepresentanter for innbyggere i Produktstyret for Helsenorge, for å få dekket deres og pårørendes behov. Norsk helsenett SF bekreftet at det gjør det. Tjenester for pårørende er ikke mye drøftet i rådsmodellen. - Veikartet for Helsenorge bør presenteres for Brukerrådet i Helsedirektoratet. - Helsenorge er en portal som er viktig for helsetjenesten, og det er viktig fra virksomhetssiden for å skape effektivitet i samhandlingen med pasient og pårørende.
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd er orientert om målbilde og veikart for Helsenorge, og støtter at Helsenorge utvikles i tråd med samfunnets og sektorens behov. Aktørene i sektoren og Norsk helsenett SF tar med seg innspill fra Nasjonalt e-helseråd i videre arbeid med realisering av veikart for Helsenorge.
8/25	Nasjonale råd og utvalg
	Det har vært stilt spørsmål om antallet råd og utvalg innenfor digitalisering av helse og mulig overlapp som medfører usikkerhet om hvor saker skal tas opp. Helsedirektoratet, ved Anne Greibrokk, la frem saken for drøfting med Nasjonalt e-helseråd. Det var ønskelig å drøfte følgende spørsmål, som en videreføring av Helse- og omsorgsdepartementets kartlegging av arenaer: - Er det tydelig hvor de ulike strategiske sakene skal behandles og hvor aktørene i helsesektoren kan gi sine anbefalinger? - Ser dere overlapp mellom råd og utvalg som det bør tas tak i? Innspill: - Helsesektoren er en kompleks sektor. Saken gir en god beskrivelse for hvordan det ser ut i stort. - Arbeidet som skal gjøres er blitt mer komplekst, og vi jobber smidig. Da blir det behov for flere råd og utvalg. - Der det oppleves overlapp kan det skyldes overlapp av deltagere. Aktørene i sektoren er ulikt representert i råd og utvalg og noen deltar i mange råd og utvalg, mens andre kun i ett. Det er for noen ikke til å unngå at enkelte hører en sak flere ganger. - Det kan noen ganger være uklart hvor beslutninger tas. Et eksempel er plan for digital samhandling som ble diskutert både i Norsk helsenett SF sitt prioriteringsråd og Helse- og omsorgsdepartementets styringsgruppe for digital samhandling. Dette medfører utfordringer med prioriteringsdiskusjoner i sektorråd i kommunal sektor. - Det er tvil om hvorvidt de ulike foraene er gode til å holde seg til mandatene sine. - Fora kan også utvikle seg over tid, noe som gjør at flere fora kan bli mer like. - Nasjonalt e-helseråd bør ha fokus på strategi og sette retning. - Foraene er rådgivende og spiller en viktig rolle i forankringsprosesser med sektor. Medlemmene har i liten grad delegerte fullmakter til å ta beslutninger.

	• Utfordringen med rådgivende fora er at råd kan fra utsiden oppleves som beslutning. • Tidspunktet for når en sak kommer opp i et fora er avgjørende. De rette beslutningene må fattes på rett nivå og til rett tidspunkt, for å få god fremdrift. • Det kan bli for mange råd, og for få beslutninger. Når det blir mange råd, så er det ikke krefter igjen til forankring. Risikerer at man plukker opp det som passer i egen kontekst. • Det er mange tunge faglige spørsmål som kan påvirke fremdriften. Bør råd og beslutninger skille mellom fag og fremdrift? Hvem bestemmer hva og hvor, hvor skal en sak behandles? • Den kunnskapen en får ved å diskutere konkrete satsninger i ulike fora er viktig. • Helsedirektoratet har et forvaltningsansvar ovenfor rådsmodellen. Det er opp til alle aktørene som sitter i rådsmodellen å melde inn aktuelle saker. Det er viktig at det diskuteres felles retning, ikke felles planer. Vi må stole på at de som er i de operative gruppene forstår den strategiske retningen, da strategiske beslutninger ikke skal tas i operative foraer. Leders oppsummering av diskusjonen var at ingen tar til orde for at det er for få fora. Det kan hende det er for mange. Det er en kompleks sektor og strukturen gjenspeiler dette. En bør fokusere mer på å fatte beslutninger der det er nødvendig, slik at vi får økt gjennomføringskraften. De beslutningene som fattes, må være i tråd med felles strategisk retning.
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd har drøftet saken om nasjonale råd og utvalg og ber de ansvarlige for relevante råd og utvalg om å ta med seg innspill i videre arbeid.
9/25	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse Helsedirektoratet gjennomfører en evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse. Det er gjennomført intervjuer med flere medlemmer i rådsmodellen for å få tilbakemeldinger på nytte, utfordringer og eventuelle forslag til endringer av modellen. I tillegg har NUFA og NUIT gitt sine innspill. Siv Ingebrigtsen, Helsedirektoratet, la frem saken for drøfting med Nasjonalt e-helseråd, og det var ønskelig å drøfte hvordan vi kan videreutvikle modellen for å sikre at den er aktuell og effektiv. Innspill: • Strukturen med råd og utvalg i helse- og omsorgssektoren er kompleks. Uten rådsmodellen hadde vi kanskje ikke kommet dit vi er i dag. • Det er mye verdi i rådsmodellen, og det tar tid å bygge opp slike arenaer. En skal tenke seg om før en gjør store endringer. • Det er viktig og av stor verdi å ha arenaer hvor aktører fra sektoren treffes og at vi får opp diskusjonene. • Representanter fra KS og kommunene gir tilbakemelding om at det gir verdi å stille i NUFA og NUIT. • Gjennom rådsmodellen er kommunestemmen blitt tydeligere. • Det at en sak behandles og forankres i flere utvalg og på flere nivåer kan være positivt og gi et bedre resultat da en sak har flere sider og utfordringer. • Enkelte opplever at de strategiske diskusjonene som tidligere ble behandlet i Nasjonalt e-helseråd nå tas andre steder. • Strategiske diskusjoner krever strategiske spørsmål. Nasjonalt e-helseråd trenger færre åpne saker, og flere strategiske saker med konkrete problemstillinger. • Det snakkes for lite om effektene vi skal oppnå, og hvordan få ønsket effekt. Vi jobber ikke med teknologien for seg selv, men hva vi skal oppnå som effekter av teknologien. • NUFA oppleves som en nyttig arena. • NUFA bør kunne løfte strategiske problemstillinger videre i rådsmodellen.

	• Pasient- og brukerforeningene er usikre på deres rolle i rådsmodellen. Det er mange tekniske saker, og vanskelig å se hvor de kan komme med sine innspill. I tillegg er det kapasitetskrevenende å delta i alle utvalgene. De har diskutert om det er mulig å kan samle sakene, og behandle i egne forum. De ser også muligheter for å gi sine innspill til Brukerrådet i Helsedirektoratet. • Et forslag som kom opp som alternativ til NUIT, er et arbeidsutvalg med noen representanter på tvers, som forbereder saker til Nasjonalt e-helseråd. • Norsk helsenett SF kommenterte at de ser nytten av Nasjonalt e-helseråd, men ikke NUFA og NUIT. Leder oppsummerte avslutningsvis at flere tok til ordet for at Nasjonalt e-helseråd kan spisses ytterligere i strategisk retning, NUFA beholdes, og NUIT bør det gjøres en vurdering av.
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd har gitt sine innspill til hvordan sakene, møtene og selve rådsmodellen kan forbedres. Helsedirektoratet tar tilbakemeldingene og forslagene med i det videre arbeidet med å videreutvikle modellen.
10/25	Eventuelt
	Tor Lahlum, A-2 Norge AS, orienterte Nasjonalt e-helseråd kort om læringsrapporten om hendelsen med doseringsfeil i e-resept.

Til Møte 2/25
Dato 12.06.2025
Saksnummer 13/25
Innretning Drøfting

Sakseier Lucie Aunan
Saksbehandler Norunn Saure

Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier

Forslag til vedtak

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

Hensikt med saken

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å etablere en veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier. En første versjon skal være klar innen 1. oktober 2025.

Hensikten med saken er å orientere om omfanget i første versjon, og få innspill til hvordan ordningen bør videreutvikles.

Bakgrunn

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å etablere en veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi som en del av helseteknologiordningen. Ordningen skal etableres stegvis og en første versjon skal etableres innen 1. oktober 2025.

Oppdraget fra departementet er beskrevet i tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2024 og 2025 med supplerende [tildelingsbrev](#). Veiledningstjenesten skal videreutvikles til en godkjenningsordning innenfor helseteknologiområdet som skal sees i sammenheng med krav som kommer fra den europeiske helsedataforordningen (EHDS) og utvikling av felles standarder/formater og erfaringer fra relevante europeiske prosjekter. Det skal som en del av arbeidet utarbeides en oversikt over leverandører og løsninger som er i bruk i norsk helse- og omsorgstjeneste som imøtekommer krav og standarder. Videre skal det avklares et formalisert samarbeid med andre aktører. Helsedirektoratet skal involvere Direktoratet for medisinske produkter, KS, helseregionene, Norsk helsenett SF, næringslivet, standardiseringsorganisasjoner og andre aktører der det er relevant. Arbeidet skal ivareta samarbeid med næringslivet i tråd med retningen i Veikart for helsenæringen, og inngår som et av tiltakene i eksportfremmesatsing på helsenæring.

Det er etablert en ekstern arbeidsgruppe med representanter fra KS, Norsk helsenett SF, Folkehelseinstituttet og Norway Health Tech, samt fem leverandører utpekt av IKT-Norge. Det er etablert

et sektorråd bestående av aktører med aktuelle veilednings- og godkjenningsordninger (NHN, FHI, KS og Helsedirektoratet). Det har også vært dialog med DMP og helseregionene.

Dagens situasjon

Det har blitt identifisert flere barrierer og utfordringer knyttet til anskaffelse av helseteknologi. Både "Utforming av en helseteknologiordning¹", utredningen "Modell for kravstilling, veiledning og tilrettelegging og godkjenning innen helseteknologi²", og KS-rapporten "Standardisering og sertifisering av velferdsteknologi³" beskriver at anskaffelse og implementering av helseteknologi oppleves som komplekst og arbeidskrevende både for kommuner og leverandører.

Kommunene opplever at det kreves betydelig innsats og kompetanse for å gjennomføre anskaffelser og følge opp leverandørene, spesielt på grunn av kompleksiteten i behov og krav. Kommunene må forholde seg til krav fra mange ulike aktører og ulike kravområder. Risiko for ufullstendig kravsett og manglende etterlevelse fra leverandørene, kan medføre at vesentlige behov ikke blir dekket på en tilfredsstillende måte, og en redusert utnyttelse av mulighetene investeringen kan gi. KS-rapporten viser til at flere kommuner opplever problemer etter at produktet er anskaffet og implementert, og ikke fungerer som forventet.

Leverandørene opplever også dagens anskaffelsesprosesser som ressurskrevende. Leverandørene bruker betydelig tid på å etterspørre og utarbeide dokumentasjon på kravområder som burde kunne standardiseres. Leverandørene har behov for forutsigbarhet og tydelighet når det gjelder hvilke krav de må forholde seg til. Klare krav, reguleringer og bruk av standarder kan forenkle markedet og redusere kompleksiteten.

Det er behov for å bedre oversikt over eksisterende krav, spesielt knyttet til interoperabilitet og informasjonssikkerhet. Med tydelige felles obligatoriske krav, med tilhørende retningslinjer for verifisering, skal det bli enklere for leverandørene å kunne bruke innovasjonskraften på områder der de kan differensiere seg (for eksempel funksjonalitet og brukervennlighet). Kommuner/KS ønsker i tillegg en oversikt over hvilke produkter som allerede er kvalifiserte/godkjente for integrasjon med nasjonale samhandlingstjenester og e-helseløsninger.

Det er allerede etablert en rekke veilednings- og godkjenningsordninger knyttet til helseteknologi.

Helsedirektoratet forvalter [forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger](#), samt [Referansekatalogen for e-helse](#) og [Reguleringsplanen](#). I tillegg tilbyr Helsedirektoratet veiledning om [standardisering](#), [kodeverk/terminologi](#) og [bruk av kunstig intelligens](#).

Norsk helsenett SF godkjenner [leverandører som tredjepartsleverandører](#) i Helsenettet eller [for integrasjon mot e-helseløsninger](#) når kriterier er oppfylt, slik at de kan tilby sine tjenester til helse- og omsorgssektoren.

KS støtter kommunene i anskaffelse og implementering av helseteknologi ved å tilby verktøy, veiledning og [fells innføringsløp](#), og utvikler og forvalter [felles rammer og anbefalinger](#) for anskaffelse av helseteknologi.

FHI er dataansvarlig for flere sentrale helseregistre og [stiller krav, samt gir veiledning](#) om hvilke krav som gjelder for innrapportering til helseregistrene.

Saken ble drøftet i NUFA temadag 23. januar 2025⁴ og i NUIT 15. mai 2025. NUFA ga innspill om at presentasjonene viser den store kompleksiteten, og helseregionene kjenner seg igjen i det bildet kommunene beskriver. Det er behov for forutsigbarhet og tydeliggjøre av kravene, og det er stort behov for veiledning, spesielt innenfor informasjonssikkerhet og personvern. Det er også behov for veiledning av nasjonale løsninger og nye lover for å få mer forutsigbarhet. For å lykkes med digital samhandling må standarder implementeres raskere, og dette må skje i et samarbeid mellom myndigheter, anskaffende virksomheter og leverandører. Roller og ansvarsdeling må tydeliggjøres. Ordningen må være fleksibel og

hensynta den raske teknologiske utviklingen. NUIT støttet tilnærmingen til arbeidet, men understreket at dette er en start. Flere områder må inkluderes på sikt, som for eksempel innbyggertjenester rundt selvmestring og selvhjelp, og krav til brukervennlighet i løsningene. Videre ble semantisk interoperabilitet fremhevet som et viktig område, da dette også vil komme som EHDS-krav. NUIT støtter også en etablering av et aktørnettverk for samarbeid av videreutviklingen av ordningen.

Prioritering og avgrensninger i første versjon

Det må legges til grunn et realistisk ambisjonsnivå innenfor den fristen som er gitt, og omfanget i første versjon er valgt utfra potensialet for nytteverdi og læring. Første versjon vil være et startpunkt og basere seg på informasjon og ordninger som allerede er på plass eller under utvikling hos Norsk helsenett SF, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og KS.

Det er i lagt til grunn at det er kommunene som har de største utfordringene, og det er tatt utgangspunkt i deres behov i første versjon av ordningen, men veilednings- og godkjenningsordningen vil også kunne være nyttig for andre deler av helsetjenesten og leverandørmarkedet. Tre brukerscenarioer er etablert for å avgrense omfang av første versjon, og representerer hovedstrømmer av behov som første versjon er tiltenkt å avhjelpe:

Brukerscenarie A – Anskaffelse av system for digital hjemmeoppfølging

En kommune ønsker å kjøpe inn en løsning for digital hjemmeoppfølging som kan benyttes til målinger i hjemmet. De ønsker at løsningen skal kunne knyttes opp til velferdsteknologisk knutepunkt (VKP). I anskaffelsen stiller de krav om at produktet må være verifisert for integrasjon med VKP, og kan sjekke om produktene som tilbys er eller kan godkjennes for VKP.

Brukerscenarie B – Informasjonssikkerhetskrav – tilbyder av journalsystem

En leverandør av et journalsystem for pleie- og omsorgssektoren tilbyr dette som en skybasert tjeneste. De ønsker å være sikker på at de følger relevante krav til informasjonssikkerhet innen helse- og omsorgssektoren, og kunne gi en trygghet til eksisterende og fremtidige kunder om at de tilbyr en trygg og lovlig tjeneste. De vil ha en oversikt over hvilke informasjonssikkerhetskrav som gjelder og som de må oppfylle inkludert krav som kommer fra EHDS. Her finner de både skriftlig veiledningsmaterieell, samt mulighet for å ta kontakt for å avklare spørsmål.

Brukerscenarie C – Anskaffelse av nytt journalsystem med digital samhandling for pleie og omsorgstjenesten

En kommune ønsker å kjøpe et nytt journalsystem til det kommunale legekontoret. De må være sikre på at systemet tilfredsstillende alle nasjonale obligatoriske krav til digital samhandling som er omtalt i referansekatalogen for e-helse, samt at systemet har integrasjon mot de nasjonale e-helseløsningene og aktuelle samhandlingstjenester. De vil ha en oversikt over hvilke krav som gjelder og som de må oppfylle i tillegg til krav som kommer fra EHDS. Kommunen stiller krav til dette i anskaffelsen, og kan sjekke om produktene som tilbys er eller kan godkjennes for de aktuelle områdene.

Det legges opp til at første versjon av ordningen fra 1. oktober 2025 består av følgende:

- **Krav og selvdeklarerering/godkjenningsprosedyrer for interoperabilitet.**
Samling av krav og godkjenningsprosedyrer for integrasjon med nasjonale samhandlingstjenester, e-helseløsninger og registre, og hvilke produkter som er verifiserte for hvilke integrasjoner. Etableringen konkretiseres gjennom ordning for integrasjon av systemer med velferdsteknologisk knutepunkt (VKP).

Første versjon vil tilgjengeliggjøre en samlet oversikt over hvor relevant informasjon finnes, presentert på en måte som gjør det enklere for kommuner og leverandører å finne frem ut fra deres behov. Oversikten vil også inneholde lister over leverandører og system som allerede har verifiserte integrasjoner, der dette finnes hos aktørene.

- **Samling av krav for informasjonssikkerhet og personvern.**
Det utarbeides i første versjon en samling av krav til informasjonssikkerhet og personvern på utvalgte områder.

KS er i gang med å utvikle et *rammeverk for trygg digitalisering*, som skal legge grunnlaget for å

definere krav innen ulike sikkerhetsdomener. Hensikten med rammeverket er å gi leverandører mulighet til å selvdeklare hvordan de etterlever krav innenfor hvert sikkerhetsområde. Helsedirektoratet bidrar med å sikre kravene til informasjonssikkerhet og personvern som følger av særlovgivningen for helse- og omsorgssektoren.

- **Samlet informasjon med kobling til relevante sider og oversikter hos aktørene i nettverket**
Det etableres en inngangsport på helsedirektoratet.no med samlet informasjon med kobling til relevante sider og oversikter hos aktørene i nettverket. Innholdet som vil være å finne på aktørenes nettsider forvaltes av aktuelle aktører i tråd med etablerte roller og ansvar.

Det arbeides iterativt med brukertesting av versjoner med kommuner og leverandører. Målet er å stegvis introdusere funksjonalitet av løsningen frem mot høsten.

- **Et aktørnettverk for en veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier.**
Det er flere aktører som forvalter krav og ulike godkjenninger, og ansvarsområder endres ikke som følge av dette arbeidet, men det etableres et aktørnettverk som i samarbeid skal bidra til at helsevirksomheter og leverandørene effektivt finner frem til relevant informasjon. Aktørnettverket foreslås i første omgang å omfatte leverandører som pekt på av IKT-Norge og Norway Health Tech samt KS, Norsk helsenett, FHI og Helsedirektoratet, som skal jobbe med videreutviklingen av veilednings- og godkjenningsordningen. Aktørnettverket vil på sikt kunne omfatte flere aktører enn de som inngår i det formaliserte samarbeidet i første versjon. Utviklingen av nettverket må også ses i sammenheng med EHDS.

Videreutvikling av veilednings- og godkjenningsordningen

Første versjon av en veilednings- og godkjenningsordning vil være et startpunkt med utgangspunkt i eksisterende tjenester og rammer for veiledning og godkjenningsprosedyrer i Helsedirektoratet, NHN og FHI. I den videre utviklingen forutsettes det at aktørene som har informasjon, krav og prosedyrer som helsevirksomheter og systemleverandører trenger, samarbeider om bedre oversikt og tilgjengelighet av dette slik at det blir mer helhetlig og lettere tilgjengelig.

EHDS-forordningen vil stille nye krav til EPJ-systemer og andre tilknyttede IKT-systemer knyttet til interoperabilitet, informasjonssikkerhet og personvern. Herunder skal det etableres en test- og godkjenningsordning for systemleverandørene, og det vil bli behov for systemtilpasninger og veiledning om nytt regelverk og godkjenningsprosesser rettet mot systemleverandører og helsevirksomheter. Det foreslås at den videre utviklingen av veilednings- og godkjenningsordningen innrettes mot krav til interoperabilitet, informasjonssikkerhet og personvern i EHDS-forordningen.

Diskusjonspunkt:

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

Videre saksprosess

Helsedirektoratet jobber med etablering av første versjon av ordningen frem mot 1.oktober 2025 i samarbeid med NHN, FHI og KS.

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Saksnummer	Møte og dato	Tittel på sak	Vedtak
7/25	NUFA 23.01.2025	Temadag – Etablering av veilednings- og	NUFA drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre

		godkjenningsordning for helseteknologi	arbeidet med etablering av veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi.
17/25	NUIT 15.05.2025	Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier.	NUIT drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med etablering av veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier.

Til Møte 2/25
Dato 12.06.2025
Saksnummer 14/25
Innretning Drøfting

Sakseier Lucie Aunan, Helsedirektoratet, og Odd Martin Solem, Norsk helsenett SF
Saksbehandler Erik Hedlund og Håkon Larsen, Helsedirektoratet, og Kristin Lyng, Norsk helsenett SF

Vurdering av behov for endring av samtykkebestemmelsene for kjernejournal for et digitaliseringsvennlig regelverk

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd stiller seg bak det beskrevne utfordringsbildet knyttet til samtykkebestemmelsene i kjernejournal og ber Helsedirektoratet om å ta med seg vurderingene fra rådet til Helse- og omsorgsdepartementet.

Hensikt med saken

Orientere Nasjonalt e-helseråd om samtykkebestemmelsene for kjernejournal og behov for endring av disse. Få E-helserådets innspill til dette samt E-helserådets vurdering av viktigheten av arbeidet.

Bakgrunn

Om samtykkebestemmelsene i Kjernejournal

Hovedregel §13 i Pasientjournalen sier at tilgang til opplysninger i kjernejournalen kan gis ved tjenstlig behov og med samtykke fra pasient. Samtykke skal være i henhold til GDPR. Det er videre gitt vide unntak i kjernejournalforskriftens §7 med ulike varianter av rolle- og situasjonsbestemte unntak.

Problembeskrivelse

Norsk helsenett SF har blitt kontaktet av sektoren om hvordan særregelen om samtykke, og unntakene fra denne skal forstås og hvordan den implementeres i fagsystemene. Det har blitt skrevet utallige eposter og det har vært mye møtevirksomhet hvor usikkerhet om praktisering av reglene har vært tema. Norsk helsenett SF sendte derfor en henvendelse til Helse- og omsorgsdepartementet som beskriver utfordringer knyttet til samtykkereglene (høst 2024).

Departementet har bedt Helsedirektoratet vurdere behov for endringer av samtykkebestemmelsene for Kjernejournal.

Flere aktører peker på at samtykkebestemmelsene for Kjernejournal er til hinder for effektiv deling av helseopplysninger:

1. Samtykkebestemmelsene kan være vanskelige å forstå og forklare, både for helsepersonell og for innbygger. Hva skal til for at et samtykke skal være lovlig? Hvilke pasienter er i stand til å gi et lovlig samtykke? Hvem er omfattet av unntaksbestemmelsene, og i hvilke situasjoner gjelder de? Hvorfor må helsepersonell be om samtykke for kjernejournal, men ikke for opplysninger fra andre kilder?
2. Det er vanskelig å holde oversikt over samtykker som gis for mer enn bare et konkret pasientmøte. Det er krevende å lage systemer som holder styr på samtykker, hva de gjelder og som også gjør det enkelt for brukere å ha oversikt og eventuelt trekke tilbake samtykker.
3. Det er tidkrevende for helsepersonell å innhente samtykke, spesielt når det er snakk om situasjoner der pasienten ikke er til stede, som ved forberedelser og etterarbeid, eller i situasjoner der pasienten ikke er i stand til å gi et samtykke og pårørende må involveres.

Dette kan medføre at helsepersonell ikke slår opp i kjernejournal, eller bruker tid på tidkrevende alternativer, med påfølgende risiko for pasientsikkerheten, eller at helsepersonell gjør et oppslag i kjernejournal som bruker ikke ønsker.

Helsedirektoratet ser at samtykkebestemmelsene kan være til hinder for effektiv deling av helseopplysninger. En endring av bestemmelsene betyr at en må foreta en personvernkonsekvensvurdering og iverksette tiltak som ivaretar innbyggers rettigheter med nødvendig informasjonssikkerhet, slik som for øvrige delingsregler i helseretten. Endring av samtykkebestemmelsene må trolig behandles av Stortinget.

Avhengigheter til EHDS-forordningen og vurderinger

I EHDS-forordningen omtales ikke samtykke som en personvern mekanisme, men der pekes det på at brukere bør få ivaretatt sine rettigheter gjennom reservasjonsmuligheter. Helse- og omsorgsdepartementet vil starte opp arbeidet med tilpasninger til EHDS-forordningen før sommeren, og setter inn fullt trykk på arbeidet fra høsten av. Helsedirektoratet har derfor anbefalt at Helse- og omsorgsdepartementet ser på samtykkebestemmelsene i den sammenheng. I påvente av at samtykkebestemmelsen revideres, vurderer Helsedirektoratet om enkelte kortsiktige justeringer av unntaksbestemmelsene bør anbefales.

Per i dag er det 32 godkjente journalleverandører i Norsk helsenett SF og kortsiktige endringer i påvente av endring av selve hovedregel om samtykke medfører at disse leverandørene først må gjøre midlertidige endringer, for så å gjøre endringer i henhold til ny endring av hovedregel. Endringer av denne karakter er ofte omfattende, og kan for enkelte leverandører kreve endringer i lokal installasjon hos helsevirksomheten.

Alternativt kan det vurderes å la endring av pasientjournalloven §13 og kjernejournalforskriften gå i parallell med vurderingene i EHDS slik at kjernejournalforskriften blir harmonisert med helseretten for øvrig. Når bestemmelsene er harmonisert, vil man allerede ha gjennomført ett steg mot implementering av EHDS og det kan bli mindre komplisert å innta kravene fra EHDS i de ulike samhandlingsløsningene. For dette tilfellet vil endringsprosess for leverandørmarkedet være mer smidig, og en vil kunne bruke tid på å forbedre personvernmekanismene en ellers bruker for helserettens hovedregler.

Om saksbehandlingen så langt

Saken har vært drøftet i NUFA og aktørene tok samlet til orde for å harmonisere samtykkebestemmelsene med øvrig regelverk for deling av helseinformasjon så raskt som mulig.

Fra Digitaliseringsdirektoratets innlegg i NUFA:

"Utviklingen i EU-retten går i retning av mer risikobasert og formålsrettet regulering av dataflyt, særlig innen helsedata. Blant annet legger forordningsforslag som European Health Data Space (EHDS) og

Data Act opp til modeller hvor samtykke ikke er hovedmekanismen for deling, men hvor deling skjer under klare rammer for sikkerhet, formålsbegrensning og åpenhet."

"Kravet om eksplisitt samtykke i kjernejournal ser ikke ut til å gi vesentlige personverngevinster, men reiser betydelige utfordringer sett i lys av personvernforordningens krav om frivillig, spesifikt og informert samtykke. Ordningen avviker fra helserettens hovedregel om informasjonsdeling ved helsehjelp, og henvisningene til artikkel 4 nr. 11 bidrar til uklarhet og økt risiko for misforståelser. Dagens modell fremstår som unødig kompleks, og vanskelig for helsepersonell å anvende i praksis. En videreutvikling av en samtykkebasert løsning, med samtidig utvidede unntak, virker som en lite hensiktsmessig vei å gå, samtidig som det videre uthuler samtykke gitt etter GDPR. Dette er ikke en utvikling eller praksis Digdir anbefaler."

Saken behandles i Helsedirektoratet sitt Brukerråd 4. juni. Innspillene fra Brukerrådet vil bli presentert for Nasjonalt e-helseråd.

Spørsmålsstilling

Spørsmålet rådet bes å ta stilling til i denne saken: Vurderer rådet at samtykkebestemmelsen for Kjernejournal

- 1) Sees på i sammenheng med EHDS-forordningen, og at det eventuelt gjøre kortsiktige utvidelser i unntaksbestemmelsene *eller*
- 2) anbefaler rådet at en starter opp prosessen med å endre ordlyd i pasientjournalloven §13 (samtykkebestemmelsen) uten veien om ytterligere unntaksbestemmelser, og harmoniserer med EHDS når det kommer?

Videre saksprosess

Helsedirektoratet gir råd til departementet om eventuelle endringer av samtykkebestemmelsene i kjernejournal.

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Saksnummer	Møte og dato	Tittel på sak	Vedtak
12/25	NUFA	Samtykkebestemmelser for Kjernejournal	Fra utkast til referat: NUFA stiller seg bak det beskrevne utfordringsbildet knyttet til samtykkebestemmelsene i kjernejournal, og ber Helsedirektoratet ta med seg innspillene fra møtet i det videre arbeidet, og dialogen med helse- og omsorgsdepartementet for å løse de konkrete behovene som er knyttet til innretningen av samtykkekravet.

[Vedlegg 3A Sak 14-25 Vurdering av endring av samtykkeregler for Kjernejournal til HOD](#)

Til Møte 2/25
Dato 12.06.2025
Saksnummer 15/25
Innretning Drøfting

Sakseier Johan Ronæs, Norsk helsenett SF
Saksbehandler Kari Jørgensen, Randi Halle-Knutzen Øien

Anbefaling til justert prismodell 2026 for de nasjonale e-helseløsningene

Forslag til vedtak

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

Hensikt med saken

I foretaksmøtet 23.januar 2025 ble Norsk helsenett gitt følgende oppdrag; "*Norsk helsenett vurderer også justeringer i prismodellene innen 1.mai hvert år som grunnlag for forskriftsfestede endringer i betalingen*" Med dette som utgangspunkt har Norsk helsenett vurdert og anbefalt endringer i prismodellene for forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger for 2026.

I denne saken vil vi presentere anbefalte justeringer i prismodell for følgende løsninger:

- Pasientens prøvesvar (ny)
- Kjernejournal
- Helsenettet inkludert Grunndata og HelselD for gruppen øvrige aktører (private aktører og fylkeskommuner)

For følgende nasjonale e-helseløsninger har Norsk helsenett vurdert at det ikke er behov for justeringer av prismodellene fra det som er gjeldende i 2025:

- E-resept
- SFM
- Helsenorge
- Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)

Hva skal nasjonal rådsmodell ta stilling til?

Hvordan opplever dere at våre anbefalinger til justeringer i prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene understøtter målene i Nasjonal e-helsestrategi? Ser dere eventuelt muligheter for justeringer som kan bidra til å øke måloppnåelsen ytterligere?

Føringer og forutsetninger for arbeidet med prismodeller

I oppdraget evaluerer vi prismodeller som omfatter betaling for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene.

Norsk helsenett har et ikke-økonomisk formål og har ikke til hensikt å gå med overskudd i større utstrekning enn nødvendig for å sikre en forsvarlig drift. Norsk helsenett håndterer dette ved en "kost pluss" tilnærming for den prisen som settes. Kost er summen av forventede kostnader, og pluss er den risikomarginen på toppen av kostnaden for å håndtere usikkerheten i anslaget. I Norsk helsenett er denne satt til 5%.

Vi legger til grunn at pasientens prøvesvar blir innlemmet i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger fra 2026, herunder kjernejournal.

Private aktører som benytter de nasjonale e-helseløsningene, men som i dag ikke har en betalingsplikt i henhold til pasientjournalloven, er også vurdert som aktuelle segmenter i prismodellene. Betaling fra disse aktørene kan forutsette behov for regelverksutvikling.

Dette innebærer at:

- vi evaluerer justering av prismodeller som omfatter betaling for drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene.
- vi forholder oss til pasientjournalloven med tilhørende forskrifter og regulering av plikt til å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger og virksomhetenes plikt til å betale. Dette medfører at vi forutsetter obligatorisk samfinansiering som finansieringsmodell i arbeidet med alternative prismodeller.
- vi legger til grunn at finansieringsmodellen skal dekke de samlede kostnadene til forvaltning og drift.
- vi legger til grunn at kommuner betaler for fastleger og RHF'ene betaler for avtalespesialistene, jfr. lov og forskrift.
- alle juridiske virksomheter som yter helsehjelp og skal samhandle om helsedata må være medlem i Helsenettet.

Tidligere beslutninger fra 2023 som ligger til grunn

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

Hva skal vi oppnå med prismodellene?

Prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene er sentrale virkemidler for å realisere helsepolitiske mål, strategier og føringer i helse- og omsorgssektoren. For å tydeliggjøre hva vi ønsker å oppnå med de alternative prismodellene har Norsk helsenett lagt til grunn målene for finansieringsmodeller slik de er omtalt i Nasjonal e-helsestrategi for helse og omsorgssektoren.

I [Nasjonal e-helsestrategi, mål 5 "Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft"](#), fremgår det at det må arbeides aktivt med videreutvikling av regelverk og finansieringsmodeller som er i takt med digitaliseringsbehov og som skaper forutsigbarhet for aktørene.

"Frem mot 2030 skal vi oppnå:

- finansieringsmodeller som gir forutsigbarhet, fremmer utvikling, innføring, innovasjon og samhandling mellom aktørene
- finansieringsordninger som fremmer bruk av digitale tjenester

Justering av prismodeller fra 2026

På følgende løsninger har Norsk Helsenett anbefaling til justert prismodell fra 2026:

- Pasientens prøvesvar
- Kjernejournal
- Helsenettet inkludert Grunndata og HelselD

Pasientens prøvesvar

Pasientens prøvesvar er en ny nasjonal tjeneste for deling av medisinske prøvesvar på tvers av virksomheter og nivåer i helsevesenet. Med denne tjenesten blir det mulig å få en samlet oversikt over laboratorie- og radiologisvar og ved å samle og tilgjengeliggjøre data på denne måten legges det til rette for nye innovative og verdiøkende tjenester.

I Pasientens prøvesvar får helsepersonell tilgang til prøvesvar som annet helsepersonell og andre virksomheter har rekvirert. Tjenesten gir tilgang til selve prøvesvarene, samt mulighet for trendvisninger over undersøkelser tatt over tid. Uten tilgang til pasientens prøvesvar må helsepersonell som trenger innsyn i laboratorie- og radiologisvar for å yte helsehjelp, kontakte de ulike virksomhetene der opplysningene er lagret for å få tilgang til disse. Det foreligger ikke en enhetlig oversikt over hvor alle relevante prøvesvar og svarrapporter er lagret, og deler av disse er dermed i praksis lite tilgjengelig. Pasientens prøvesvar vil kunne bedre kvaliteten i den helsehjelpen som ytes ved at helsepersonell får tilgang til helseopplysninger som er mer komplette, slik at beslutningsgrunnlaget for helsehjelpen blir bedre.

Anbefalt prismodell for pasientens prøvesvar

Pasientens prøvesvar inngår i dag ikke i betalingsplikten ref. pasientjournalloven. Dette da innføringen av den nye tjenesten har vært forsinket med funksjonalitet og utprøving for helsehjelp. Realiseringen av justert prismodell forutsetter at pasientens prøvesvar blir innlemmet i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger fra 2026, herunder henholdsvis kjernejournal.

Norsk helsenett ser grunn til å endre tidligere anbefalt prismodell. Tilbake i 2023 ble det anbefalt en modell der RHF betaler 70%, men kommunene betaler 30%. Dette var basert på data om at det er helseforetakene som genererer flest svarrapporter.

Steg 1 (uten rettslig grunnlag til å ta betalt fra private virksomheter)

Med bakgrunn i dagens ståsted der få har tatt tjenesten i bruk anbefaler Norsk helsenett å starte med følgende hybride prismodell:

De offentlige virksomhetene betaler for løsningen uavhengig av om virksomhetene har tatt tjenesten i bruk. NHN har statistikk over alle rekvisisjoner og svarrapporter som sendes som EDI-meldinger. Det sendes ca. 18 mill svarrapporter årlig (svarrapporter til statlig forvaltning er unntatt), av disse sender helseforetakene ca. 60% og private laboratorium ca. 40%. Tilnærmet 100% av disse svarrapportene er rekvirert av primærhelsetjenesten (hovedsakelig fastleger). Rekvisisjoner internt på sykehus sendes ikke i

form av EDI meldinger, og NHN har derfor ikke statistikk over disse. NHN har mottatt foreløpige indikasjoner fra Helse Vest om at andelen rekvisisjoner internt på sykehus er lavere enn først antatt. NHN vil innhente vurderinger fra de andre regionene også.

Basert på indikasjoner om at andelen svarrapporter fra sykehus er mindre enn tidligere antatt, samt at kjernejournal er breddet til flere kommuner, foreslår NHN at andelen justeres slik at **RHF betaler 60% og kommunene betaler 40%**. På sikt kan det være naturlig at prismodellen for pasientens prøvesvar tilnærmer seg prismodellen for kjernejournal for øvrig.

Konklusjon: Norsk helsenett anbefaler steg 1 for 2026. Steg 2 vil først bli aktuelt det året det foreligger rettslig grunnlag til å ta betalt fra private virksomheter.

Etter våre vurderinger er Steg 1 den prismodellen innenfor rettslig grunnlag som i størst grad ivaretar gjeldende mål. Den fremstår mer forutsigbar enn andre alternative prismodeller og den er enkel å administrere. Ved at aktørene betaler, uavhengig av bruk, mener Norsk helsenett vil stimulere til økt bruk.

Steg 2 (med rettslig grunnlag til å ta betalt fra private virksomheter)

Norsk helsenett anbefaler en regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private laboratorie- og radiologivirksomheter som benytter tjenesten. KS og RHF'ene støtter denne anbefalingen.

Tilsvarende som steg 1, men 30% av kostnadene fordeles på de private laboratorie- og radiologivirksomhetene som benytter tjenesten, og hhv. 40% for RHF og 30% for kommunene.

De private laboratorie- og radiologivirksomhetene utfører i all hovedsak tjenester på vegne av offentlig helsetjeneste og det vurderes derfor at de ikke har direkte nytte av å benytte tjenesten på egne vegne. Etter vår vurdering vil det likevel være viktig for de private at deres svarrapporter blir inkludert i løsningen, både for rekvirent og pasient.

Kjernejournal

Norsk helsenett anbefaler en justering av prismodellen for kjernejournal. Denne justeres fra en fordeling på 55% for RHF og 45% for kommune **til 50% for RHF og 50% for kommune**. Prismodellen baserer seg fortsatt på en hybrid prismodell med utgangspunkt i at hele kjernejournal vurderes som teknisk klart og i kombinasjon med fordelingen av bruk.

Den tidligere prosentvise fordelingen mellom RHF og kommunene ble vurdert i henhold til at mange kommuner ikke hadde startet reell bruk av KJ, selv om KJ var teknisk klart for en del av disse kommunene.

Den justerte prismodellen for 2026 baserer seg nå på økt ibruktagelse av kjernejournal i kommunene. Det er hentet ut nye brukstall som viser at 90% av alle kommuner har per i dag har tilgang til kjernejournal (324 kommuner av 357). Det vil si er teknisk klar.

Antall kommuner som har brukt KJ har økt fra 196 i 2023 til 243 i 2024. I tillegg viser antall oppslag per aktørtype hjemmesykepleie, sykehjem, omsorgsbolig, andre omsorgsinstitusjoner og KAD en tredobling fra 2023 til 2024 (31418 oppslag er økt til 95148). Det er forventet ytterligere økt bruk i 2026 ved oppstart utprøving/innføring PLL i kommuner.

Vi legger også til at kommunene har fått ansvar for at kommunale sykehjem og kommunale hjemmebaserte tjenester tar i bruk Nasjonal kjernejournal i virksomheten fra 1. januar 2026 (ref vedtatt i forskrift <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-07-01-853>)

Det anbefales regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private virksomheter som benytter tjenesten. Dette vil først bli aktuelt det året det foreligger rettslig grunnlag til å ta betalt fra private aktører. Når dette foreligger anbefales det at private aktører betaler 1% (fast pris), mens RHF betaler 49,5% og kommunene betaler 49,5%.

Helsenettet inkludert Grunndata og HelseID

Kostnadsfordelingsnøkkel mellom hovedsegmentene

Dagens prismodell for Helsenettet inkludert Grunndata og HelseID har en kostnadsfordelingsnøkkel basert på ansvar mellom de tre hovedsegmentene kommune, RHF og øvrige aktører.

Hvert segment betaler 1/3 av forvaltnings- og driftskostnadene for Helsenettet inkludert Grunndata og HelseID.

Norsk helsenett anbefaler **ingen justering** på prismodellen for 2026 basert på kostnadsfordelingsnøkkel mellom de tre hovedsegmentene.

Kostnadsfordelingsnøkkel innad i segmentet øvrige aktører

Norsk helsenett foreslår at prinsippene til fordelingsnøkler basert på omsetning og filialer opprettholdes for å kunne fordele kostnadene innad i segmentet øvrige aktører. Dette er en kostnadseffektiv forvaltning av prismodellen hvor man begrenser bruk av manuelle prosesser.

Vi foreslår en justering av prisgrupper basert på erfaringer i evalueringsarbeidet og innspill fra aktørene. Anbefalt justering:

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

Prisgrupper	Omsetning	Est. Antall medlemmer 2026	Pris pr mnd i 2026 *
Små virksomheter	0 - 15 mnok	6 700	650 kr
Mellomstore virksomheter	15 – 40 mnok	288	2 275 kr
Store virksomheter	40 – 80 mnok	70	8 560 kr
Store virksomheter +	>80 mnok	93	12 850 kr
Fylkeskommuner		14	12 850 kr
Kjeder (10 eller flere filialer)		48 (snitt på 61 filialer pr kjede, antar snittet vil bli redusert)	650 kr pr filial

*Pris er ikke indeksregulert

Alle prisgruppene får en redusert pris og vi får en litt mer finmasket fordeling av kostnadene ved at det opprettes en omsetningsgruppe for virksomheter med omsetning på 80 millioner kroner eller mer.

Det legges opp til en mer lik behandling av medlemmer da prisgruppen for unntak - virksomheter som yter helsehjelp til egne ansatte/beboere fjernes. Norsk helsenett anbefaler dette i stedet for å legge til flere unntak.

Modellen tar ikke hensyn til ulike former for omsetningsgrunnlag. En differensiering på grunnlag vil være manuelt krevende å følge opp.

Prinsipielt mener vi at prismodellen totalt sett understøtter gjeldende mål for finansieringsmodeller og best utligner skjevheter i tidligere prismodell. Norsk helsenett benytter offentlige data fra enhetsregisteret og regnskapsregisteret i Brønnøysund og det muliggjør en kostnadseffektiv og automatisk forvaltning av modellen.

Det vektlegges at modellen er objektiv og følger i stor grad samme mønster som øvrige prismodeller ved at alle betaler basert på ansvar. Modellen åpner ikke opp for diskusjoner preget av subjektivitet om aktørenes bruk, nytte, etc. av Helsenettet inkludert grunndata og HelselD.

Samtidig ser vi at aktører som har en omsetning som ligger mellom intervallene *små*, *mellomstor*, *stor* og *stor +* vil kunne oppleve uforutsigbarhet ved endringer i årlige omsetningstall. Det er også noen begrensninger knyttet til omsetning, herunder omsetning som ikke nødvendigvis handler om helsetjenester, eksempelvis varehandel, innskudd til å dekke husleie, annen inntekt, etc. Vi mener likevel at fordelene med denne modellen er i klar overvekt.

Norsk helsenett forutsetter at det er de juridiske helsevirksomhetene som er medlem og betaler medlemsavgift.

Anbefaling/konklusjon

Norsk helsenett ser at en videreføring av kostnadsfordelingsnøkkel mellom de tre hovedsegmentene kommune, RHF og øvrige aktører tar hensyn til en kostnadseffektiv forvaltning, forutsigbare kostnader og kunne stimulere til økt bruk. Hvert segment betaler **1/3** av forvaltnings- og driftskostnadene for Helsenettet inkludert Grunndata og HelseID.

Norsk helsenett foreslår at prinsippene til fordelingsnøkler basert på omsetning og filialer opprettholdes for å kunne fordele kostnadene innad i segmentet øvrige aktører. Vi tilnærmer oss en mer finmasket fordeling samt en mer lik behandling av medlemmer ved å opprette en ny omsetningsgruppe for omsetning over 80 millioner kroner samt å ta vekk unntak for virksomheter som kun yter helsehjelp til egne ansatte/beboere.

Dette er en kostnadseffektiv forvaltning av prismodellen hvor man begrenser bruk av manuelle prosesser.

Øvrige nasjonale e-helseløsninger - Ingen justering

NHN vurderer ingen endring av prismodell for de øvrige nasjonale e-helseløsninger som inngår i Pasientjournallovens plikt for betaling. NHN mener at de vurderinger og forutsetninger som lå til grunn for tidligere anbefalte prismodeller ikke har endret seg. Dette gjelder E-resept, Sentral forskrivningsmodul og Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP). Se dokument vedlagt "Anbefaling til justert prismodell - 2026" for mer utfyllende informasjon.

Bakgrunn

Justeringer i prismodeller for de nasjonale e-helseløsningene er i tidligere år behandlet i e-helserådet og det er naturlig at dette fortsetter gitt viktigheten og konsekvensene av prismodellene for aktørene. Anbefalt prismodell for 2026 er ikke behandlet i NUIT.

Videre saksprosess

Norsk helsenett har overlevert endelig anbefaling til prismodeller til HOD og vil ettersende innspill fra møtet i nasjonalt e-helseråd. HOD vil ta med dette i endelig vurdering og fastsettelse av prismodeller for 2026 for de nasjonale e-helseløsningene

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Prismodellene for 2026 er ikke tidligere behandlet i NUIT eller E-helserådet i inneværende år. Tidligere års prismodeller er behandlet i NUIT og E-helserådet. Siste behandling i E-helserådet var prismodell for 2025, som ble behandlet 13. juni 2024.

Saksnr	Møte og dato	Tittel på sak	Vedtak
12/24	E-helserådet 13.06.2024	Prinsipper for fordeling av kostnader for drift- og forvaltning av de nasjonale e-helseløsninger	Nasjonalt e-helseråd drøftet foreslåtte prismodeller og ba Norsk helsenett SF ta med innspill i det videre arbeidet

[Vedlegg 4A Versjon 1.2 Anbefaling til justert prismodell – 2026 for nasjonale e-helseløsninger](#)

[Vedlegg 4B Innspillslogg prismodell for øvrige aktører for Helsenettet grunndata og HelseID for 2026](#)

[Vedlegg 4C Øvrige aktører som har mottatt info på mail for Helsenettet inkl. grunndata og HelseID 2026](#)

[Vedlegg 4D Medlemskap i Helsenettet](#)

Til Møte 2/25
Dato 12.06.2025
Saksnummer 16/25
Innretning Drøfting

Sakseier Lucie Aunan
Saksbehandler Sveinung Tornås

Bruk av store språkmodeller i helse- og omsorgstjenesten

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd støtter de foreslåtte tiltakene. Innspillene fra diskusjonen i E-helserådet tas med i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Som del av Felles KI-plan har Helsedirektoratet levert rapport om store språkmodeller i helse- og omsorgstjenesten: "Risikoe og tilpasninger til norske forhold". Rapporten ble [lansert sammen med Nasjonalbiblioteket den 16. mai](#) og er også annonsert i [pressemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet](#).

Det er ønskelig å drøfte anbefalingene i rapporten med E-helserådet:

- *Treffer rapporten den strategiske betydningen av norske språkmodeller for norsk helsetjeneste?*
- *Er det en strategisk retning E-helserådet stiller seg bak og mener det er viktig å prioritere?*

Helsedirektoratet vil presentere rapporten og Rune Simensen (Helse Sør-Øst RHF og E-helserådet) og Tobias Iveland (Legeforeningen og medlem av KI-rådet) vil holde hvert sitt innlegg knyttet til bruk av språkmodeller.

Bakgrunn

Helseetatene har fått i oppdrag, som en del av det videre arbeidet i Felles KI-plan, å vurdere hvilke risikoer store språkmodeller introduserer, og identifisere tiltak for å sikre at helse- og omsorgstjenesten har tilgang på språkmodell(ar) som er tilpasset norske forhold.

Helsedirektoratet publiserte et kunnskapsgrunnlag om store språkmodeller i helse- og omsorgstjenesten i mai 2024 som adresserte de to spørsmåla til en viss grad. Den nylig publiserte rapporten svarer mer utfyllende på disse to spørsmålene.

Om store språkmodeller

Utvikling og bruk av kunstig intelligens (KI) som baserer seg på generative modeller og spesielt store språkmodeller har hatt en stor vekst de siste årene. Potensialet og forventningene til KI er høye i helse- og omsorgstjenesten, noe som blant annet er reflektert i den nasjonale digitaliseringsstrategien og Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Sistnevnte peker på at KI kan bidra til raskere og mer presis diagnostikk, bedre beslutningsstøtte til personell, forenklet logistikk, automatisering av administrative oppgaver, og å sette innbyggerne bedre i stand til å følge opp sin egen helse. KI vil også kunne utgjøre et betydelig bidrag til en bærekraftig utvikling av vår felles helsetjeneste.

På den andre siden er det store risikoer knyttet til å ta i bruk generativ KI i helse- og omsorgstjenesten. Verdens helseorganisasjon (World Health Organisation - WHO) peker på risikoer innen ulike anvendelser, i klinisk praksis, innbyggertjenester, administrasjon, utdanning av helsepersonell, og i forskning og utvikling innenfor medisin og helse.

Blant konsekvenser for helsevesenet fremheves systemiske skjevheter, ikke rettferdig tilgang til nødvendige ressurser og tjenester, samt endringer i arbeidsvilkår og behovet for nye ferdigheter og kompetanse. National institute of standards and technology (NIST) har gitt stor oppmerksomhet til utfordringer knyttet til kartlegging av nye og ukjente risikoer, tilgjengelighet av pålitelige målemetoder og mangel på transparens. Det kan også være utfordrende å etablere gode sammenligningsgrunnlag dersom modeller skal erstatte aktiviteter som til nå har blitt utført av mennesker.

Målgrupper

Hovedmålgruppen for rapporten er Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), KI-rådet, helse- og omsorgssektoren, mulige samarbeidspartnere utenfor helsesektoren, som Nasjonalbiblioteket, FoU-institusjoner, og andre myndigheter som er aktuelle for å igangsette de anbefalte tiltakene. Rapporten vil også være interessant for de som jobber med generativ KI og helse.

Om rapporten

Rapporten beskriver de viktigste risikoene som den norske helse- og omsorgstjenesten må hensynta for å kunne bruke KI-systemer som baserer seg på store språkmodeller på forsvarlig vis. Disse risikoene knytter seg både til generell risiko forbundet med denne type KI-modeller, og til bruken av dem i helse- og omsorgstjenesten.

Tilpasning til norske forhold er en måte å redusere risikoer på knyttet til bruk av store språkmodeller i helse- og omsorgstjenesten. Rapporten beskriver hva slik tilpassing innebærer, hvordan tilpasninger kan gjøres, hva som trengs, og hvem som kan gjøre tilpassing.

Til slutt anbefaler rapporten tiltak som kan redusere risikoer og som vil bidra til at store språkmodeller blir godt tilpasset forholdene i den norske helse- og omsorgstjenesten.

Forslag til tiltak og prioriteringer

Hdir har prioritert følgende aktiviteter i første omgang.

1. Bygge og dele kompetanse om store språkmodeller

- Tydeliggjøre de regulatoriske rammene, eksempelvis for «tale-til-tekst-til-oppsummering»
- Generell kompetanseheving i sektoren (inkl. denne rapporten)

2. Etablere kvalitetsrammeverk

- Bygge trinnvis opp kvalitetsrammeverket for KI-modeller
 - Identifisere hvem som bør være med i arbeidet og hvem som bør ha ansvar for hva
 - Kartlegge relevante eksisterende tester (benchmarks), rammeverk, beste praksiser og standarder
 - Systematisere erfaringer fra tilsvarende arbeid i sektoren
 - Stegvis oppbygging og pilotering av rammeverket basert på konkrete bruksområder.

3. **Etablere bedre datagrunnlag**
 - Samle åpne, lett tilgjengelige datakilder, samarbeide med FoU-miljøer
 - Kartlegge åpne og lett tilgjengelige datakilder,
 - Gjøre fagspråklige datakilder som for eksempel terminologier og klassifikasjoner tilgjengelige til gjenbruk
4. **Utrede behov for infrastruktur med regnekraft tilpasset helsesektorens behov**
 - Avvente
 - Inngår delvis i andre aktiviteter
5. **Utrede forvaltningsstruktur for store språkmodeller**
 - Avvente
 - Følge med på utviklingen av lokale, regionale og nasjonale tverrsektorielle initiativ

Rapporten er å anse som et underlag for diskusjoner om prioritering av og ansvar for aktuelle tiltak som vil bidra til dette.

De fleste tiltak vil måtte løses i samarbeid mellom en rekke aktører, eksempelvis Helsedirektoratet, Forskningsrådet, Nasjonalbiblioteket, U&H-sektoren, regionale helseforetak, regionale IKT-selskaper og KS. Det foreslås at Helsedirektoratet tar et særlig ansvar for å etablere et kvalitetsrammeverk.

Videre saksprosess

- *Helsedirektoratet har startet samarbeid med Nasjonalbiblioteket og vil fortsette å etablere nye samarbeid stegvis, for å tilgjengeliggjøre data og utvikle kvalitetsrammeverket. Kompetansebygging og veiledning gjøres løpende.*

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Denne saken har ikke vært behandlet tidligere, men arbeidet med Felles KI-plan og andre aktiviteter i planen har vært behandlet.

Sak	Tema	Vedtaksformulering
Nasjonalt e-helseråd 16/24	Felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten	Nasjonalt e-helseråd støttet de foreslåtte tiltaksområdene. Innspillene fra diskusjonen i Nasjonalt e-helseråd tas med i det videre arbeidet.
NUIT 2/24	KI-prosjektet fikk tilbakemelding på foreslåtte tiltak innenfor de nye tiltaksområdene - Bruk av store språkmodeller - Validering, ibruktakelse og skalering - Styrke kompetanse om KI i helse- og omsorgstjenesten	NUIT støttet at de foreslåtte tiltaksområdene er dekkende. Innspillene fra diskusjonen i NUIT tas med i det videre arbeidet.
NUFA 9/24	Det nasjonale koordineringsprosjektet for KI orienterte NUFA om arbeidet i koordineringsprosjektet og drøftet utvalgte tema knyttet til kvalitetssikring og validering av	NUFA drøftet saken og ba Koordineringsprosjektet for KI ta med seg NUFA sine innspill i det videre arbeidet

	KI-løsninger og mulige tiltak knyttet til store språkmodeller.	
Nasjonalt e-helseråd 38/23	Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse orienterte NUIT om anbefalte tiltak i sluttrapporten fra koordineringsprosjektet for kunstig intelligens og drøftet hvordan sektoren bør utarbeide en KI-strategi for helsesektoren, bl.a. hvordan sektoren bør involveres og hvordan et slikt strategiarbeid bør settes opp.	Nasjonalt e-helserådet støtter anbefalte tiltak fra det nasjonale koordineringsprosjektet for kunstig intelligens (KI). Innspillene fra diskusjonen i E-helserådet tas med i konkretiseringen av hvordan arbeidet med felles KI-plan for trygge og effektive helse- og omsorgstjenester skal settes opp.
NUIT 50/23	Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse orienterte NUIT om anbefalte tiltak i sluttrapporten fra koordineringsprosjektet for kunstig intelligens og drøftet hvordan sektoren bør utarbeide en KI-strategi for helsesektoren, bl.a. hvordan sektoren bør involveres og hvordan et slikt strategiarbeid bør settes opp.	NUIT støtter anbefalte tiltak fra det nasjonale koordineringsprosjektet for kunstig intelligens (KI). Innspillene fra diskusjonen i NUIT tas med i konkretiseringen av hvordan arbeidet med KI-strategien for trygge og effektive helse- og omsorgstjenester skal settes opp
NUFA 3/22	E-helse presenterte innsikt fra kartlegging av behov for data til kunstig intelligens i helse- og omsorgssektoren, drøftet om det finnes ytterligere behov som ikke er dekket i innsiktsrapporten, og hvilke behov og problemstillinger som er de viktigste å utrede videre.	NUFA tok saken til orientering og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.
NUFA 26/22	E-helse presenterte og drøftet forslag til tiltak knyttet til tilgang til data, som kan hjelpe og veilede helsetjenesten med å ta i bruk kunstig intelligens på en trygg måte	NUFA tok saken til orientering og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.
NUFA 32/23	E-helse presenterte hovedlinjene i utkast til den europeiske KI-forordningen og arbeidet med europeiske standarder som skal støtte implementeringen av KI-forordningen. Drøftet deretter hvordan helsesektoren kan involvere seg i standardiseringsarbeid fremover for å legge til rette for at kunstig intelligens tas i bruk på en trygg måte i helse- og omsorgstjenesten.	NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.

Til Møte 2/25
Dato 12.06.2025
Saksnummer 17/25
Innretning Drøfting

Sakseier Lucie Aunan
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

Endringer i mandat for Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger

Forslag til vedtak

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

Hensikt med saken

Med saken ønsker vi å:

- 1) Drøfte konkret forslag til endring i mandatet for Teknisk beregningsutvalg om å behandle tallgrunnlag for drift- og forvaltningskostnader kun i vårsesjonen, og ikke i høstsesjonen.
- 2) Orienterer generelt om prosessen fra når en ny tjeneste på de nasjonale e-helseløsningene påbegynnes, til drift- og forvaltningskostnader for tjenesten forskriftsfestes og må betales av aktørene i sektoren, og eventuelt plikt til bruk av tjenesten inntreffer.

Bakgrunn

Bakgrunn for saken er todelt:

- 1) Helsedirektoratet og Norsk helsenett SF (Norsk helsenett) har foreslått noen endringer i mandat for Teknisk beregningsutvalg. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet om å behandle forslaget i rådsmodellen før endelig forslag sendes til departementet.
- 2) Orienterer om prosessen fra et tiltak påbegynnes til plikt til betaling og eventuelt plikt til bruk er tatt inn i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger (heretter kalt "forskrift"). Teknisk beregningsutvalg har gitt innspill på at kostnadsbildet oppleves fragmentert, og ønsker en samlet oversikt over prosessen.

1) Forslag til endringer i mandat til Teknisk beregningsutvalg

Ifølge dagens [mandat](#) skal Teknisk beregningsutvalg bidra til transparens og best mulig tallgrunnlag for å beregne tjenestepreis for drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene. Utvalget skal vurdere og kvalitetssikre tallmaterialet, og gjennom dette bidra til at aktørene i sektor får innflytelse over kostnadsutviklingen og størst mulig grav av konsensus om nivå på kostnadene. Utvalget skal "... hvert år gjennomføre en overordnet gjennomgang av tallmaterialet i løpet av våren basert på prognoser og forventet kostnadsutvikling fra Norsk helsenett SF. Prognosene som Norsk helsenett legger fram om våren, legger en øvre ramme for betaling året etter. På høsten skal utvalget behandle Norsk helsenetts

beregninger av tjenestepriiser og avgiftsatser på et mer detaljert nivå for kommende år." I tillegg skal utvalget behandle Norsk helsenetts prognoser for kostnadsutviklingen året etter.

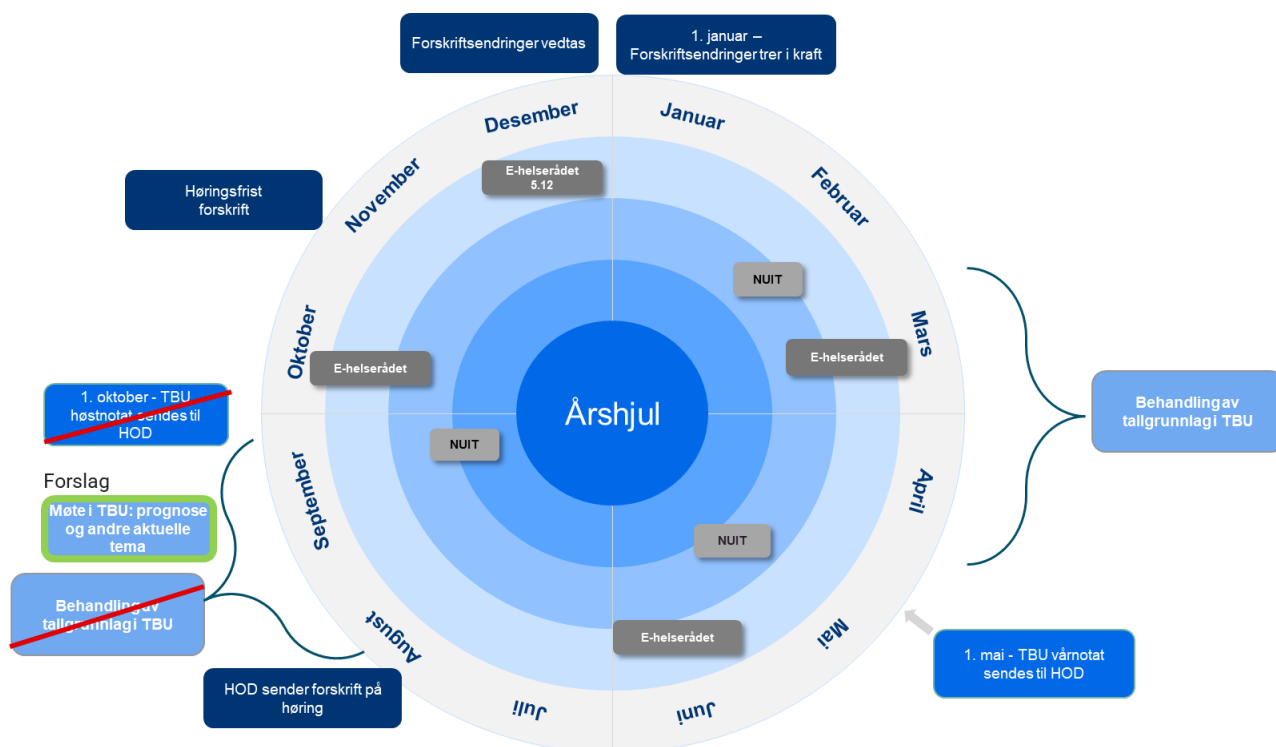
Endringsforslaget er å kun behandle tallgrunnlag med kostnadsutvikling og prognoser på våren. Bakgrunnen for endringen er at behovet for en mer detaljert behandling av tallgrunnlaget på høsten er redusert;

- Underlaget til forskriften må utarbeides før departementet sender forskriftsendringer på høring om høsten. Tallgrunnlaget i vårsesjonen danner en øvre kostnadsramme for hva aktørene skal betale påfølgende år.
- Tallgrunnlaget og behandlingen av dette gjennom vårsesjonen har over tid fått samme detaljeringsnivå som på høsten.
- Norsk Helsenett har i tallgrunnlaget utarbeidet estimerer drift- og forvaltningskostnader i en 4-årsperiode. Denne revideres hvert år i forkant av vårmøtene i Teknisk beregningsutvalg. Dette gir god prognose fremover.

Konsekvens av endringsforslaget for Teknisk beregningsutvalg er at antall møter for høsten reduseres eller kuttes helt. Da Teknisk beregningsutvalg våren 2025 drøftet forslag til endringer ble det foreslått at det på høsten i stedet kan gjennomføres et enkelt møte med referat, for å drøfte prognose og andre aktuelle problemstillinger. Referatet vil sendes til departementet.

Endringen vil påvirke § 18 i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger, som omtaler Teknisk beregningsutvalg.

Forslaget til endringer ble utarbeidet av Norsk helsenett og Helsedirektoratet. Forslaget ble behandlet i Teknisk beregningsutvalg 12. mars 2025, og medlemmene var positive til den foreslåtte endringen. Nytt årshjul for Teknisk beregningsutvalg ved endring av mandat:



2) Orienterer om prosess fra et tiltak påbegynnes og frem til plikt til betaling og eventuelt plikt til bruk er vedtatt i forskrift

Flere har gitt uttrykk for at det er utydelig hvor beslutninger av investeringer i de nasjonale e-helseløsningene tas og konsekvenser av dette i form av økte kostnader til drift og forvaltning. Det kan være flere årsaker til dette. Tiltak utvikles over mange år, og det er vanskelig å følge behandlingene i rådsmodellen over tid. Det har også vært mangelfull prosess for overgang til plikt til betaling av drift- og forvaltningskostnader.

Helsedirektoratet har nylig utarbeidet en rutine for overgang til plikt til betaling av drift- og forvaltningskostnader, som synliggjør denne prosessen bedre. Vi har under beskrevet behandlinger i arenaer som et nytt tiltak eller utvikling av en ny tjeneste bør gjennomføres fra tiltaket påbegynnes frem til plikt til betaling av drift- og forvaltningskostnader blir forskriftsfestet, og eventuelt plikt til bruk vedtas.

- Investeringsbeslutning: Investeringsbeslutning initieres hos tiltakseier eller fra politisk hold. Investeringsbeslutninger knyttet til de ulike tiltakene i satsingen Digital samhandling skjer i Helse- og omsorgsdepartementet som en del av satsningen.
- Behandling av nye investeringer i rådsmodellen: Ref. [anmodningsvedtak](#) fra Stortinget bes "... regjeringen sørge for at vekst i kostnader til forvaltning og drift som er en konsekvens av investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje, skal synliggjøres og behandles i den nasjonale styringsmodellen for e-helse." Under fremleggelsen i rådsmodellen bør det inkluderes en kortfattet prosjektbegrunnelse som beskriver behov, overordnede mål, forventet nytte, foreløpige juridiske vurderinger, hva som er forventet tilstrekkelig utprøving¹, samt forventede drift- og forvaltningskostnader for de nasjonale e-helseløsningene som en konsekvens av utviklingen. Dette er en anledning for sektor til å gi sine innspill til beslutningen i departementet. Det er derfor viktig at vedtaksformuleringen i Nasjonalt e-helseråd blir så forpliktende som mulig.
- Årlig behandling av økninger i drift- og forvaltningskostnader: Økninger i kostnader for drift- og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger som en konsekvens av investeringer og tiltak i nasjonal portefølje vil behandles i rådsmodellen første kvartal hvert år.
- Tallgrunnlaget til Teknisk Beregningsutvalg inkluderer økninger fra investeringer: Kostnadsøkningene behandlet i rådsmodellen er inkludert i tallgrunnlaget fra Norsk helsenett som gjennomgås i Teknisk beregningsutvalg hver vår.
- Plikt til betaling: Plikt til betaling av drift- og forvaltningskostnader forskriftsfestes tidlig i innføringsløpet av en ny tjeneste. Før Plikt til betaling kan forskriftsfestes, må følgende gjennomføres:
 - Juridisk vurdering: Det må gjennomføres en juridisk vurdering av hvilken nasjonal e-helseløsning ny tjenesten berører, og om plikt til betaling kan innføres.
 - Definere krav til tilstrekkelig utprøving: Rådsmodellen behandler forslag til krav for tilstrekkelig utprøving av den nye tjenesten. Kravene skal definere hva som skal til før plikt til betaling kan forskriftsfestes. Forslag til krav kan også behandles i styringsgruppe, og kravene besluttet endelig av eier.
 - Vurdere oppnåelse av krav til tilstrekkelig utprøving: Vurdering av om utprøvingen har vært tilstrekkelig behandles ikke i rådsmodellen, men kan behandles i styringsgruppen. Endelig vurdering av om utprøvingen har vært tilstrekkelig besluttet av Helse og omsorgsdepartementet. Dersom utprøvingen er vurdert som tilstrekkelig, kan Helse og omsorgsdepartementet vedta plikt til betaling av drift og forvaltningskostnader gjennom forskrift.

¹ Krav til tilstrekkelig utprøving definerer hva som er "godt nok" til at man kan ta betalt for drift- og forvaltning av en ny tjeneste, se sak i Nasjonalt e-helseråd, [13/24 TB2024-79 Overgang til plikt til betaling ved innføring av nasjonale e-helseløsninger](#).

- Plikt til bruk: Helsedirektoratet anbefaler årlig endringer i plikt til bruk for nye brukergrupper eller nye tjenester. Plikt til bruk er et sterkt virkemiddel som kan tas i bruk sent i innføringsløpet av en ny tjeneste, og vurderes etter definerte kriterier i [Prop. 3 L \(2021-2022\)](#). Forslag til endringer i plikt til bruk behandles ikke i rådsmodellen. Helse- og omsorgsdepartementet vil inkludere krav om plikt til bruk i forskriften.
- Departementet sender forslag til endringer i forskriften på høring hver høst.

Pasientens prøvesvar er en tjeneste under utvikling innen satsningen Digital samhandling som har vært behandlet i rådsmodellen i flere runder. Vi vil i møtet vise hvordan Pasientens prøvesvar har blitt behandlet i henhold til prosessen så langt.

Spørsmål til drøfting

Har nasjonalt e-helseråd innspill til foreslåtte endringer i mandat for Teknisk beregningsutvalg?

Videre saksprosess

Forslag til endringer i mandat for Teknisk beregningsutvalg sendes til Helse- og omsorgsdepartementet for videre behandling.

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Sak om endring i mandat for Teknisk beregningsutvalg har ikke vært til behandling i rådsmodellen tidligere.

Til Møte 2/25
Dato 12.06.2025
Saksnummer 18/25
Innretning Anbefaling

Sakseier Mariann Hornnes
Saksbehandler Lucie Aunan

Evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse

Forslag til vedtak

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

Hensikt med saken

Helsedirektoratet gjennomfører en evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse. I møte 20. mars anbefalte Nasjonalt e-helseråd at E-helserådet spisses i en mer strategisk retning, NUFA beholdes, og NUITs rolle vurderes. På bakgrunn av dette utarbeidet Helsedirektoratet tre alternative modeller som ble sammenstilt med dagens modell. De alternative modellene ble drøftet med NUFA i møte 23. april og NUIT i møte 15. mai. Vi ønsker med denne saken å få E-helserådets anbefaling på valg av modell. Tilbakemeldingene fra aktørene er at en tredelt modell fortsatt er den beste modellen, men mandatene må tydeliggjøres, og forbedringstiltakene som er foreslått må gjennomføres.

Flere aktører har også stilt spørsmål ved det totale antallet råd og utvalg i sektoren, og om det er mye overlapp. Vi ønsker derfor også å drøfte og få en anbefaling på om vi bør se på andre nasjonale råd og utvalg, og hvordan disse forholder seg til rådsmodellen.

Bakgrunn

Nasjonal rådsmodell for e-helse skal samle de sentrale aktørene i helse- og omsorgssektoren om behov, felles utviklingsretning, innsats og mål for e-helseutviklingen. Formålet med evalueringen er å sikre at vi har en *aktuell* og *effektiv* modell. Ønskede effekter er en relevant rådsmodell med effektiv ressursbruk, tettere kobling mellom helsefag og digitalisering for å møte tjenestenes behov, tydelig grensesnitt til andre relevante utvalg, og tydelighet rundt hvilke råd og anbefalinger som skal gis i rådsmodellen.

Helsedirektoratet har samlet innspill til forbedringer av rådsmodellen gjennom 1-til-1 intervjuer med flere av medlemmene, og gjennom behandling i NUFA 22. januar, NUIT 13. februar og Nasjonalt e-helseråd 20. mars.

På bakgrunn av Nasjonalt e-helseråds anbefaling i møte 20. mars, har Helsedirektoratet drøftet følgende alternative modeller med NUFA og NUIT:

- Alternativ 1 – Fortsette med dagens modell med tre nivåer, men med tydeliggjøring av mandater
- Alternativ 2 – Ny modell med kun to nivåer
- Alternativ 3 – Ny modell med kun to nivåer, og i tillegg et arbeidsutvalg som forbereder saker til E-helserådet
- Alternativ 4 – Dagens modell med tre nivåer, men NUIT avholder kortere og hyppigere møter

Se vedlegget for mer informasjon om alternativene. Fordeler og ulemper ved hvert alternativ er satt opp i forhold til dagens modell. Arbeidsutvalget som er foreslått i alternativ 3, samler de sentrale aktørene, men har færre deltakere enn NUIT, møtes oftere og forbereder saker fra alle aktørene. Uansett hvilket alternativ som velges, må mandatene for utvalgene oppdateres.

Helsedirektoratet ønsket i utgangspunktet å gå for alternativ 3 eller 4, men basert på tilbakemeldingene vi har fått gjennom hele prosessen, opplever vi at aktørene i sektoren har rettet seg mer og mer inn mot å fortsette med dagens modell (alternativ 1) med de beskrevne forbedringene. Dette har vi hensyntatt i vår anbefaling.

Det har over tid blitt stilt spørsmål ved antallet råd og utvalg innenfor digitalisering i helse- og omsorgssektoren, og om det er mye overlapp mellom utvalgene. Dette gir usikkerhet knyttet til hvor saker skal tas opp. Flere opplever at det er mange utvalg de skal delta i. Helsedirektoratet drøftet råd og utvalg i stort med Nasjonalt e-helseråd i møte 20. mars, jf. sak 8/25 "Nasjonale råd og utvalg". Helsedirektoratet ser at det kan være hensiktsmessig også å vurdere hvordan andre nasjonale råd og utvalg forholder seg til rådsmodellen, og Nasjonalt e-helseråd som det overordnede utvalget. NUIT støttet i møtet 15. mai at vi ser på andre råd og utvalg utenfor rådsmodellen.

Tilbakemeldinger fra NUFA og NUIT på alternative modeller

NUFA drøftet de alternative modellene i møte 23. april. Tilbakemeldingen var at det kan tas utgangspunkt i alternativ 1 (dagens modell), men at det er behov for å gjøre andre endringer for å få modellen til å fungere bedre. I en revidert struktur må hvert utvalg ha en unik verdi. Mandatene må tydeliggjøres, og vi må være tro til disse. Hvis en sak skal behandles i flere utvalg, må saken innrettes og tilpasses hvert utvalgs mandat og oppgaver. Modellen kan gjøres mer fleksibel, både ved å avlyse møter og arrangere kortere og mer hyppige videomøter.

NUIT drøftet de alternative modellene i møte 15. mai. NUIT uttrykte at det ikke bør gjøres drastiske endringer. Det har tatt tid å bygge opp rådsmodellen til det den er i dag, og vi vil miste mye hvis vi tar bort NUIT. Det ble kommentert at mandatene fra 2022 er bra, men at vi ikke er like tro til disse, så utvalgene oppleves mer og mer like. Vi bør tydeliggjøre rollene til og representasjon i hvert utvalg, se på innretningen av saker og ikke gjenta sakene i flere utvalg med mindre innretningen endres og tilpasses hvert nivå. NUIT forslo også å sette av bedre tid til å gå i dybden på en sak i hvert møte, eventuelt tenke mer i temabasert retning i deler av møtet.

Oppsummering av forslag til forbedringstiltak

De aller fleste opplever rådsmodellen som svært nyttig. Det er en god arena for dialog og informasjons- og erfaringsutveksling, og den bidrar til å få fram ulike perspektiver og skape en felles forståelse. De tverrfaglige diskusjonene bidrar til å gi medlemmene nye perspektiver på sakene som drøftes. Det har gjennom evalueringsprosessen kommet tydeligere frem at det fortsatt er et ønske om en tredelt modell, men at det bør gjennomføres ulike forbedringstiltak. De viktigste forbedringsområdene er oppsummert under.

Det er en oppfatning at mange av sakene drøftes i alle tre utvalgene med tilsvarende innretning, noe som bidrar til at utvalgene oppleves mer og mer like. Det bør fremover vurderes hvilke saker som er egnet for hvert utvalg, og innretningen på saken må tilpasses hvert utvalgs mandat og oppgaver. For eksempel

ønsket E-helserådet flere saker med strategiske tema og spørsmål de kan ta stilling til. NUFA ønsket saker med en tydelig kobling til arkitektur og fag. NUIT ønsket flere prioriteringssaker.

Sakene og drøftingene bør være mer forankret i helsetjenesten, og i større grad ta utgangspunkt i helse- og omsorgstjenestens og innbyggers behov, og hvordan digitalisering kan understøtte utviklingen av helse- og omsorgstjenestene.

Flere av drøftingene i møtene oppleves for teknologirettede. Representasjonen i hvert utvalg må derfor gjennomgås for å sikre en bedre balanse mellom teknologi og helsefag. Antall medlemmer per utvalg bør også vurderes.

Sakene til hvert møte bør kobles bedre sammen for å få en helhet. Både NUFA og NUIT har ønsket en mer temabasert agenda. Det er også gitt innspill på at mye av det som diskuteres i enkeltsaker med fordel kan løftes og drøftes mer generelt.

Alle aktørene kan fremme sine strategiske saker i rådsmodellen, og det oppfordres til at flere benytter denne muligheten. For å utarbeide gode agendaer og tema for de ulike møtene, foreslår Helsedirektoratet at enkelte kontaktpersoner hos aktørene kan bistå i planlegging av møtene, i en form for referansegruppe. En tilbakemelding fra mange har vært at vi bør ha et større fokus på å ta ut gevinster. Flere tverrsektorielle saker har også blitt foreslått. Referansegruppen kan også bidra til å få frem denne typen saker.

Tilbakemeldingene har vært at fire møter i året er greit og at det er en fordel med fysiske møter. Likevel har det kommet innspill på at det kan være større fleksibilitet i dette. Kortere møter på video kan benyttes når det ikke er behov for et lengre møte. Hyppigere møter på video kan være aktuelt ved behov for raske avklaringer, for eksempel med NUIT.

Det er også gitt innspill på noen andre mindre områder, som vi vil ta hensyn til.

Videre saksprosess

Forutsatt at Nasjonalt e-helseråd støtter dette, vil Helsedirektoratet kartlegge hvordan andre nasjonale råd og utvalg forholder seg til rådsmodellen og Nasjonalt e-helseråd som det overordnede utvalget. Helsedirektoratet vil revidere mandatene for utvalgene i rådsmodellen og iverksette forbedringstiltak. Ifølge dagens mandater beslutter Nasjonalt e-helseråd mandat for NUIT og NUFA. Helsedirektoratet beslutter mandat for Nasjonalt e-helseråd. Som en del av etableringen av nye mandater vil representasjonen bli gjennomgått.

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Saksnummer	Møte og dato	Tittel på sak	Vedtak
21/25	NUIT 15.05.2025.	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	NUIT har gitt sine tilbakemeldinger på evalueringen av nasjonal rådsmodell for e-helse. Helsedirektoratet tar med innspillene fra NUIT til drøfting i Nasjonalt e-helseråd.
15/25	NUFA 23.4.2025	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	NUFA har gitt sine tilbakemeldinger på ulike forslag til endringer av nasjonal rådsmodell for e-helse, og NUFAs rolle i modellen. Helsedirektoratet tar med innspillene til videre drøfting i NUIT og Nasjonalt e-helseråd.
9/25	E-helserådet 20.3.2025	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	Nasjonalt e-helseråd har gitt sine innspill til hvordan sakene, møtene og selve rådsmodellen kan forbedres. Helsedirektoratet tar tilbakemeldingene og forslagene med i det videre arbeid med å videreutvikle modellen.
9/25	NUIT 13.2.2025	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	NUIT har gitt sine tilbakemeldinger på hvordan sakene, møtene og selve rådsmodellen kan forbedres. Helsedirektoratet tar tilbakemeldingene med til videre drøfting i Nasjonalt e-helseråd og i sitt videre arbeid med evaluering av rådsmodellen.
7/25	NUFA 22.1.2025	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	NUFA har gitt sine tilbakemeldinger på rådsmodellen, som Helsedirektoratet tar med til videre drøfting i NUIT og Nasjonalt e-helseråd og i sitt videre arbeid med evaluering av rådsmodellen.

[Vedlegg 7A Sak 18-25 Nasjonal rådsmodell for e-helse – Alternative modeller](#)

Til Møte 2/25
Dato 12.06.2025
Saksnummer 19/25
Innretning Orientering

Sakseier Lucie Aunan
Saksbehandler Norunn Saure og Elin Høyvik Kindingstad

Orientering fra Helsedirektoratet

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd tar sakene til orientering.

Hensikt med saken

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

1. Konsekvensvurdering av europeisk helsedataområde (EHDS)
2. Nettlege – utprøving av en kommunal digital allmennlegetjeneste

Bakgrunn

Direktoratet redegjør gjennom dette notatet for innholdet i sakene. I møtet vil direktoratet gå kort gjennom sakene.

1. Konsekvensvurdering av europeisk helsedataområde (EHDS)

Forordningen om det europeiske helsedataområdet (European Health Data Space, EHDS)¹ trådte i kraft i EU 26. mars 2025. Forordningen fastsetter de rettslige rammene for det europeiske helsedataområdet, mens detaljer knyttet til implementering fortsatt skal utarbeides og vedtas i form av gjennomføringsrettsakter i perioden mars 2025 – mars 2027.

Formålet med EHDS er å gi innbyggere bedre tilgang og kontroll over egne helseopplysninger, fremme et indre marked for digitale helsetjenester og -produkter og tilrettelegge for sikker og effektiv deling av helsedata til sekundære formål som forskning, innovasjon og politikkutforming.

Helsedirektoratet har i oppdrag å gjøre en konsekvensvurdering av EHDS-forordningen for Norge, og koordinerer arbeidet på tvers av helsesektoren. FHI bidrar særlig inn på arbeidet med å vurdere konsekvenser for sekundærbruk av helsedata i Norge. En første versjon av gapanalyse mellom kravene i

¹ [L_202500327EN.000101.fmx.xml](https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2025/1001/oj)

EHDS-forordningen og situasjonen i Norge i dag ble levert til departementet i april. Gapanalysen er tilgjengelig på helsedirektoratets temasider her: [Europeisk helsedataområde \(EHDS\) - Helsedirektoratet](#)

I den neste fasen skal tiltak vurderes og anbefales. Helsedirektoratet vurderer det som mest hensiktsmessig å prioritere de tiltaksområdene som haster mest, dvs. det som kommer til å treffe oss først iht. tidslinjen i forordningen. Konkret foreslås det å starte med følgende innsatsområder: Innbyggers rettigheter, e-resept, pasientoppsummering, organisering og markedskrav, og sekundærbruk av helsedata.

2. Nettlege - utprøvnig av en kommunal digital allmennlegetjeneste

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å sørge for en utprøvnig av en ny kommunal ordning for digitale allmennmedisinske legekonsultasjoner med et utvalg kommuner som ønsker å delta i en utprøvnig.

Formålet er å tilby mer tilgjengelig og tidsriktige tjenester til befolkningen. Dette skal være et supplement til, men ikke frikoblet fra fastlegeordningen og kommunal legevakt. Utprøvingen skal gi bedre innsikt i helsetilbud, organisering, dimensjonering, ressursbruk og teknisk løsning for tjenesten. Erfaringer fra utprøvingen vil bidra til kontinuerlig forbedring og gradvis utbredelse. Det er en ambisjon at alle innbyggere på sikt skal få et slikt tilbud fra sin kommune.

Det er en målsetning at åpningstiden for nettlegen skal være alle dager gjennom hele året mellom kl. 08-22. I første fase av utprøvingen vil åpningstiden bli begrenset til ca. kl. 12-22 på hverdager og noe kortere åpningstid i helg og på helligdager. Det skal tilbys video, tekst og telefon for innbyggere i kommunene. I første fase vil det kun være videokonsultasjoner som skal tilbys hos nettlegen. Det er kommunene selv som beslutter hvordan tjenesten organiseres og bemannes. I første omgang skal tjenesten bemannes kun av leger.

Utvelgelse av kommuner til utprøving skal skje i samarbeid mellom HOD, Helsedirektoratet, KS og Norsk helsenett (NHN). Det er gjennomført flere møter med kommuner for å rekruttere til deltakelse i den første fasen av utprøvingen. Det er flere kommuner som har bekreftet at de ønsker å delta i utprøvingen, hvorav en kommune har planlagt oppstart 1. juli. De øvrige kommunene planlegger oppstart etter sommeren. En kommune planlegger å delta med interkommunalt samarbeid med åtte kommuner. Medregnet kommunene i det interkommunalt samarbeid er det nå i alt 10 kommuner som har planlagt deltakelse i utprøvingen. Det er planlagt å rekruttere inntil 20 kommuner i løpet av 2025 og 2026. Utprøvingen skal følge-evalueres.

Norsk Helsenett (NHN) har fått et eget oppdrag om å støtte kommuner i utprøvingen med å koble seg opp til Helsenorge og tilpasse Helsenorge. Helsedirektoratet samarbeider tett med NHN med å bistå utprøvningskommunene med tekniske løsninger. Kommunene kan selv velge hvilken teknisk løsning de ønsker å benytte. Kommuner vil kunne velge ulike løsninger for levering av tjenesten, som f.eks. å samlokalisere tjenesten med legevakt, et legekantor i kommunen eller samarbeide med nabokommuner.