

Møte i NUFA		
Møte	Fagutvalget (NUFA)	
Dato	23. – 24. april 2025	
Tid	23. april kl. kl. 10.00 – 16.00 og 24. april kl. 08.30 – 14.30	
Sted	Radisson Blu Royal Hotel, Bergen	
Medlemmer	Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet Jacob Holter Grundt, Helsedirektoratet Erik Hedlund, Helsedirektoratet Knut Berglund, Helsedirektoratet Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF Einar André Brevik, Helse Sør-Øst RHF Terje Bremnes, Helse Vest RHF Micaela Thierley, Helse Vest RHF Lars Henrik Hegrenæs, Helse Midt RHF Stine Slørdal, Helse Midt RHF Tarald Sæstad, Helse Nord RHF Øyvind Broback, Helse Nord RHF Mette Røhne, KS Kjetil Løyning, KS e-helse Kristoffer Hansen, Bergen kommune Anne-Marit Rennemo, Oslo Kommune Christoffer Boge, Kommunene i Hallingdal/Digiviken Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune Eva Tone Fosse, Stavanger kommune Line Andreassen Sæle, FHI Mohammad Nouri Sharikabad, FHI Ronny Holten Olsen, Norsk helsenett SF Jan Robert Johannessen, Legeforeningen Jim J. Yang, Digitaliseringsdirektoratet Arnfinn Aarnes, FFO Sverre Ur, Diabetesforbundet Maren Krogh, Apotekforeningen Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund Gro Berntsen, Nasjonalt senter for e-helseforskning Elin Thygesen, Universitetet i Agder	

Sak	Agenda NUFA	Tidspunkt	Sakstype
	Dag 1		
9/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 22. -23. januar 2025	10:00	Godkjenning
10/25	Helse Vest RHF sin datastrategi	10:10	Drøfting
11/25	EU-HIP prosjektet	11:10	Orientering
	Lunsj	11:30	
12/25	Samtykkebestemmelser for Kjernejournal	12:30	Drøfting
13/25	Anbefaling om videre innføring av pasientens kritiske informasjon	13:15	Drøfting
	Pause	14:00	
14/25	Digital hjemmeoppfølging	14:15	Drøfting
	Pause	15:00	
15/25	Evalueringsmodell av nasjonal rådsmodell for e-helse	15:15	Drøfting
	Slutt dag 1	16:00	
	Middag	19:00	

	Dag 2		
	Velkommen til dag 2	08:30	
16/25	Temadag – Digitalisering i vest		Drøfting
	Innledning	08:33	
	Digitalisering i Helse Vest: Fra siloer og store prosjekter til helhet og kontinuerlig forbedring	08:35	
	Pause	09:30	
	Digitalisering i Bergen kommune	09:40	
	Pause	10:40	
	Tilgang til kritiske pasientopplysninger i akutte behandlingssituasjoner	10:50	
	Lunsj	11:30	
	I trygge omgivelser – digitale helsetjenester i hjemmet	12:30	
	Pause	13:30	

	Digital hjemmeoppfølging: Vi tror vi har svaret, men har vi forstått behovet?	13:45	
17/25	Eventuelt	14:25	
	Slutt dag 2	14:30	

Sak	Onsdag 23. april 2025	
	Start dag 1	10:00
9/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 22. – 23. januar 2025	Godkjenning
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 22. – 23. januar 2025	Vedlegg 1: Referat NUFA 22. – 23. januar 2025
	Forslag til vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referatet fra møtet 22. – 23. januar 2025	
10/25	Helse Vest RHF sin datastrategi	Drøfting
	Helse Vest RHF ønsker å orientere NUFA om arbeidet som er gjort med datastrategi i Helse Vest, og drøfte hvordan informasjonsforvaltning i sektoren kan utvikles gjennom nasjonalt samarbeid og koordinering.	Vedlegg 2: Toppnotat Helse Vest RHF sin datastrategi
	Forslag til vedtak: Helse Vest RHF tar med seg innspillene fra drøftingen i det videre arbeidet med å operasjonalisere datastrategien, og vil vurdere hvordan dette best kan følges opp i samarbeid med relevante aktører og arenaer.	
11/25	EU-HIP prosjektet	Orientering
	FHI ønsker å orientere NUFA om prosjektet EU-HIP og behovsanalysen som er gjennomført.	Vedlegg 3: Toppnotat EU-HIP prosjektet
	Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering. EU-HIP tar med seg innspill videre inn i prosjektet.	
12/25	Samtykkebestemmelser for Kjernejournal	Drøfting
	Norsk helsenett SF og Helsedirektoratet ønsker å gå gjennom utfordringsbildet med NUFA knyttet til samtykkebestemmelsene for Kjernejournal for å forsikre seg om at vi har en omforent forståelse av konsekvensene ved å avvente en regelverksendring av selve samtykkekravet. Videre vil Helsedirektoratet presentere sine vurderinger og ønsker NUFAs innspill til videre arbeid.	Vedlegg 4: Toppnotat Samtykkebestemmelser for Kjernejournal
	Forslag til vedtak: 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.	
13/25	Anbefaling om videre innføring av pasientens kritiske informasjon	Drøfting
	Helsedirektoratet jobber for at kritisk informasjon oftere blir delt med kjernejournal, og at opplysningene er lett tilgjengelige for helsepersonell med tjenstlig behov. Dette skal bidra til å redusere	Vedlegg 5: Toppnotat Anbefaling om videre innføring av

	risiko for feil behandling og redusere tiden helsepersonell bruker på å lete etter slik informasjon. Helsedirektoratet ønsker en drøfting med NUFA med fokus på: - Hvordan kan vi sørge for at all kritisk informasjon blir delt med kjernejournal, i situasjoner der det er mulig? - Hvilke virkemidler bør vi bruke for å øke registreringsgrad og nytte av kjernejournal og Pasientens kritiske informasjon?	pasientens kritiske informasjon Vedlegg 5A: Pasientens kritiske informasjon: Anbefaling om videre innføring
	Forslag til vedtak: - NUFA støtter anbefalingen om videre innføring av tjenesten Pasientens kritiske informasjon. - NUFA ber helsevirksomhetene om å vurdere økt utbredelse av HelseID i egne virksomheter for å sikre at helsepersonell kan bruke nasjonale e-helseløsninger på en god måte.	
14/25	Digital hjemmeoppfølging	Drøfting
	Helsedirektoratet ønsker å formidle til NUFA status og erfaringer fra det nasjonale prosjektet for spredning av digital hjemmeoppfølging, og å få innspill og råd til videre satsing på digital hjemmeoppfølging.	Vedlegg 6: Toppnotat Digital hjemmeoppfølging
	Forslag til vedtak: NUFA drøftet og ga råd til innretning av videre satsing på digital hjemmeoppfølging gjennom Helseteknologiordningen. Innspill fra drøftinger og råd fra NUFA tas med i videre arbeid i 2025 og plan for 2026.	
15/25	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	Drøfting
	Helsedirektoratet gjennomfører evaluering av rådsmodellen, og ønsker med denne saken å presentere for NUFA tilbakemeldingene vi har fått fra medlemmene så langt, og drøfte ulike forslag til endringer av modellen og hvilken rolle NUFA kan ta. Helsedirektoratet ønsker i tillegg å drøfte eventuelle ressursbesparende tiltak for NUFA.	Vedlegg 7: Toppnotat Evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse Vedlegg 7A Alternative modeller Nasjonal rådsmodell for e-helse
	Forslag til vedtak: 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.	
	Slutt dag 1	16:00

Sak	Torsdag 24. april 2025	Sakstype
	Start dag 2	08:30
16/25	Temadag – Digitalisering i vest	
	Helse Vest i samarbeid med Bergen kommune vil orientere NUFA om ulike grep for å styrke digitaliseringsarbeidet, vise frem noen av resultatene og invitere til diskusjon om utvalgte utfordringer og aktuelle problemstillinger som også treffer det nasjonale nivået og bredden i sektor.	Vedlegg 8: Toppnotat Temadag – Digitalisering i vest
	Forslag til vedtak: NUFA drøftet sakene som ble presentert i møtet. Helse Vest og Bergen kommune tar med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.	
17/25	Eventuelt	
	Slutt dag 2	14:30

Referat fra møte i NUFA		
Møte	Fagutvalget (NUFA)	
Dato	22. – 23. januar 2025	
Tid	22. januar kl. kl. 10.00 – 16.00 og 23. januar kl. 09.00 – 14.30	
Sted	Scandic St. Olavs plass, Oslo Sentrum	
Medlemmer	Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet Jacob Holter Grundt, Helsedirektoratet Erik Hedlund, Helsedirektoratet Knut Berglund, Helsedirektoratet Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF Einar André Brevik, Helse Sør-Øst RHF Terje Bremnes, Helse Vest RHF Micaela Thierley, Helse Vest RHF Lars Henrik Hegrenæs, Helse Midt RHF Stine Slørdal, Helse Midt RHF Tarald Sæstad, Helse Nord RHF Mette Røhne, KS Kjetil Løyning, KS e-helse Anne-Marit Rennemo, Oslo Kommune Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune Line Andreassen Sæle, FHI Mohammad Nouri Sharikabad, FHI Ronny Holten Olsen, Norsk helsenett SF Jan Robert Johannessen, Legeforeningen Jim J. Yang, Digitaliseringsdirektoratet Arnfinn Aarnes, FFO Sverre Ur, Diabetesforbundet Maren Krogh, Apotekforeningen Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund Elin Thygesen, Universitetet i Agder	
Ikke til stede	Øyvind Broback, Helse Nord RHF Stein Olav Skrøvseth, Nasjonalt senter for e-helseforskning	
Stedfortreder	Øystein Berg-Sletteng, Helse Nord RHF, for Øyvind Broback Gro Berntsen, Nasjonalt senter for e-helseforskning, for Stein Olav Skrøvseth	
Helsedirektoratet	Siv Ingebrigtsen Karen Lima Vibeke Jonassen Wang	

Saksnr.	Tittel på sak	Sakstype
	Dag 1	
1/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 30. – 31. oktober 2024	Godkjenning
2/25	Helsedirektoratet ved Mariann Hornnes orienterer	Orientering
3/25	Normerende produkter i nye Helsedirektoratet	Drøfting
4/25	Fullmaktsløsning – legemidler	Drøfting
5/25	EHDS konsekvensvurdering, med hovedvekt på sekundærbruk	Drøfting
6/25	Evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse	Drøfting
	Dag 2	
7/25	Temadag – Etablering av veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi	Drøfting
8/25	Eventuelt	

Sak	Onsdag 22. januar 2025
1/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 30. – 31. oktober 2024
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 30. – 31. oktober 2024.
	Vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referatet fra møtet 30. – 31. oktober 2024.
2/25	Helsedirektoratet ved Mariann Hornnes orienterer
	Mariann Hornnes, konstituert helsedirektør Helsedirektoratet, orienterte NUFA om aktuelle saker og reflekterte over året 2024.

	Vedtak: NUFA tar sakene til orientering.
3/25	Normerende produkter i nye Helsedirektoratet Morten Græsli og Inger Dybdahl Sørby, Helsedirektoratet, informerte NUFA om arbeidet med normering og normerende produkter på e-helseområdet etter sammenslåingen av Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet 1. januar 2024. Det ble så en drøfting av problemstillinger knyttet til mulig forskriftsfesting av standarder som i dag er anbefalte. Det var ønskelig med råd fra NUFA om hvordan forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger kan benyttes som et effektivt virkemiddel for å øke samhandlingen og en vurdering av forskriftsfesting av standardene <i>Helsefaglig dialog</i>, <i>Viderehenvisning</i> og <i>Status på henvisning</i>. Innspill: • Medlemmer i NUFA var i all hovedsak positive til forskriftsfesting av de anbefalte standardene. Det kom innspill om at Helsefaglig dialog bør vurderes med tanke på den teknologiske utviklingen med bruk av kunstig intelligens mv. - uten at dette var grundig analysert. • • Aktørene i helsesektoren er avhengige av leverandørene for å kunne etterleve standarder. • Aktørene opplever at flere leverandører etterspør tydelige krav, i form av obligatoriske standarder. Mange leverandører bruker alternative standarder i stedet for anbefalte standarder, dette er problematisk. • Det bør være en større tydelighet rundt hvilke krav som stilles for at en standard skal bli obligatorisk. • Fastlegene kjenner på et stort behov for standardisering og normerende produkter. • Kommunene har over lengre tid etterlyst at disse standardene skal bli obligatoriske. • Gevinsten og nytten i dette må komme tydeligere frem i underlaget for høring. • Vi må ha målinger knyttet til bruken av standardene for å redusere uønsket variasjon. • Forskningssektoren kan bidra med kunnskapsunderlag til utredninger av normerende produkter. Det er ønskelig at forskningsmiljøene blir tatt med i dette arbeidet. • Forskriftsfesting av standarder krever endringer internt hos aktørene. Det er viktig å koordinere med krav som kommer i forbindelse med EHDS. • Bruk av standarder må til for at helsetjenesten skal lykkes med digitalisering. I tillegg handler det om leverandørstyring, og hva aktørene gjør i egen regi. Derfor er det viktig at vi jobber sammen mot dette på et nasjonalt nivå.
	Vedtak: NUFA drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med normerende produkter på e-helseområdet.
4/25	Fullmaktsløsning – legemidler Maren Krogh, Apotekforeningen, og Kristoffer Rui, Elin Haug og Nina Ulstein, Norsk helsenett SF, informerte NUFA om prosessen og arbeidet så langt med etablering av en digital innbyggerløsning for fullmakt for reseptbelagte varer på Helsenorge. Det ble også vist en demo av løsningen i møtet. Videre var det ønskelig med innspill fra NUFA om hvordan helsesektoren og helseforvaltningen kan følge opp saken for å identifisere og finne andre anvendelsesområder for funksjonalitet for fullmakt på Helsenorge og samhandlingsplattform. Innspill: • Prosjektet fikk skryt for arbeidet som er gjort. Dette er et stort fremskritt, og til stor nytte for innbygger. Dette vil også gjøre det enklere for sykehusene. • Det bør ses nærmere på flere bruksområder for denne løsningen. • Det er bra å kunne begrense fullmakt i tid. Det bør også ses på en begrensning på

	informasjon det gis tilgang til hos apotek og bandasjist. • Det ble etterspurt om løsningen er tenkt benyttet av hjemmesykepleien. Apotekforeningen nevnte at det ikke er krav til at hjemmesykepleien viser fullmakt i dag, forutsatt at de har vedtak om legemiddelhåndtering. Hjemmesykepleien fremviser ansattkort. Løsningen kan p.t. ikke gi fullmakt til en virksomhet. • Det er ønskelig å kunne be om fullmakt fra andre på Helsenorge, i tillegg til å se hvilke fullmakter en har gitt selv. • Det ble stilt spørsmål om hvordan løse fullmakt for de med manglende samtykkekompetanse. Norsk helsenett SF svarte at i de tilfellene må helsepersonell være involvert da det kan være veldig inngripende. Men, har du tilgang til Helsenorge for andre kan du også utstede fullmakt på vegne av den personen. • Det er viktig at dette arbeidet er kompatibelt med det som kommer med EHDS. • Dette arbeidet bidrar til mindre digital ekskludering. • Det er viktig å fange opp de ikke-digitale, slik at ingen faller utenfor. Norsk helsenett SF minnet om veiledningstjenesten for Helsenorge som kan ringes. Dette er et tilbud som nok kan gjøres mer kjent for innbyggere.
	Vedtak: Innspill fra NUFA tas med i Apotekforeningens og Norsk helsenett SFs videre arbeid og plan for innføring av tjenesten i 2025.
5/25	EHDS konsekvensvurdering, med hovedvekt på sekundærbruk Marianne Bårtvedt van Os, Helsedirektoratet, og Håvard Kolle Riis, FHI, ga NUFA en oppdatering på arbeidet med EHDS gap-analyse. Det var ønskelig med innspill fra NUFA på foreløpige vurderinger av gap mellom kravene i EHDS forordningen og situasjonen i Norge i dag, med hovedvekt på EHDS til sekundære formål. Innspill: • Ved spørsmål om de ulike implementing acts (gjennomføringsrettsakter) informerte Helsedirektoratet at det vil være mulighet for å gi innspill til de europeiske standardene gjennom myndighetssamarbeidet Xt-EHR, hvor Helsedirektoratet inviterer til referansegrupper innenfor de prioriterte helsedatakategorier. • Til spørsmål om det vil bli noen incentivordninger for etterlevelse av EHDS svarte Helsedirektoratet at incentiver for EPJ-leverandørene er at de får tilgang til et større europeisk marked, og større forutsigbarhet knyttet til bruk av felles-europeiske standarder. • Til prioritering av hvilke krav som skal etterleves først nevnte Helsedirektoratet at det er en tidslinje for de ulike områdene, og at det vil bli tydeligere i implementing acts. • EHDS vil være en motor for forskning og innovasjon til felles gjensidig nytte. • Det er viktig med fokus på etterlevelse av personvern og lovverk, men forskningsprosessen må også inn i dette arbeidet. Vi trenger innovasjon i helsetjenesten og vi må evaluere. For å få til det trenger forskning tilgang på dataene. • Det er viktig å balansere kontroll og tillit opp mot hverandre. Vi må se på skaden knyttet til det å ikke bruke data, mot skaden det kan gjøre ved å ha tilgang til data. • Det at forskningssektoren må ha PVO-godkjenning fra hver enkelt dataleverandør for å få tilgang til data er krevende. Kommunene har ofte ikke kompetanse, ressurser eller egne forskningsressurser på dette, og avslår søknaden. • Det er gjort mye på standarder for primærbruk, men lite på sekundærbruk. Her må vi se mot Finland og det de har fått til der. • Det er risiko for at tilrettelegging for EU standarder kan medføre mer manuell registrering dersom ikke data finnes i systemene. Aksjon: • Det er ønskelig at FHI kommer tilbake med en presentasjon av helsedataarbeidet i Norge og FHIs helsedatastrategi på et senere tidspunkt.

	Vedtak: Medlemmene i NUFA ber Helsedirektoratet og FHI om å ta innspillene fra møtet med i det videre arbeidet med EHDS konsekvensvurdering.
6/25	Evaluering av nasjonal rådsmødel for e-helse Siv Ingebrigtsen, Helsedirektoratet, informerte NUFA om evalueringen av nasjonal rådsmødel for e-helse som er startet, og ønsket å drøfte NUFAs rolle i modellen, samt få tilbakemeldinger på muligheter og utfordringer ved rådsmødel generelt sett. Innspill: • NUFA har stor verdi med sine tverrfaglige drøftinger og perspektiver fra ulike deler av sektoren. • Det gir god innsikt å delta i NUFA. • Møtene i NUFA har stor takhøyde og trygghet. • Sakene i møtet bør settes i en mer helhetlig kontekst og ha en rød tråd. Gjerne knyttet opp til strategien. • Det er utfordrende å forberede og bringe informasjon tilbake til egne rekke, da tema er fragmentert, spesielt på dag 1. • NUFA ønsker å følge med på hva som skjer med sakene videre, også i rådsmødel, og finne igjen innspillene de har gitt. Dette er også viktig for å sikre innspill og forankring av sakene i egne rekke. • Fastlegene har ingen andre arenaer hvor de møter øvrige aktører i helsesektoren. • Fastlegesiden bør styrkes. Fastlegene sitter på mye informasjon om hva som kan gjøres for å forbedre tjenesten. • Sakene har over tid beveget seg bort fra helsefag og arkitektur til mer porteføljerelaterte og strategiske spørsmål. Sakene bør ha en tydelig kobling til helsefag og arkitektur. • Vedtakene bør bli mer presise og tydelige om hvilke råd som gis. • Det er mange råd og utvalg, og det er behov for å se helheten i dette for å skape effektivitet og fremdrift. • Leverandørene bør komme inn fra tid til annen for å presentere sine strategier. • Enkelte medlemmer har oppfatningen av at rådsmødel kun skal gi råd til Helsedirektoratet. Det ble svart ut i møtet at dette er sektorens mødel, der alle aktørene kan bringe inn sine saker for å få råd, og at sekretariatet i forkant av møtene sender forespørsel om aktuelle saker.
	Vedtak: NUFA har gitt sine tilbakemeldinger på rådsmødel, som Helsedirektoratet tar med til videre drøfting i NUIT og Nasjonalt e-helseråd og i sitt videre arbeid med evaluering av rådsmødel.

Sak	Torsdag 23. januar 2025
7/25	Temadag – Etablering av veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi Helsedirektoratet har fått i oppdrag å etablere en veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi. En første versjon skal være klar innen 1. oktober 2025. Hensikten med temadagen var å få innspill til prioriterte behov, forslag til mål bilde, og hva som bør inngå i en første versjon av veilednings- og godkjenningsordningen. Det vises til sakspapirene og presentasjonene som ligger på NUFA sine sider på helsedirektoratet.no for informasjon om det som ble presentert i møtet. Temaer som ble presentert i møtet: • Kommuners utfordringer og behov – Eva Tone Fosse (Stavanger kommune), Cecilie Campbell (Ålesund kommune/Digi Møre og Romsdal)

- **Leverandørenes utfordringer og behov – Petter Risøe (Diffia) og Amund Lundgaard (Kernel)**
- **Hva har vi i dag av veilednings- og godkjenningsordninger? – Sigurd Ringbakken og Bjørnar Selven (Norsk helsenett SF), Roger Schäffer (FHI)**
- **Hva har vi i dag av veilednings- og godkjenningsordninger? – Inger Dybdahl Sørby og Bjarte Aksnes (Helsedirektoratet)**

Innspill:

- De regionale helseforetakene kjenner seg igjen i landskapet og situasjonen kommunene beskriver.
- Presentasjonene viser kompleksiteten. Det er et stort behov for veiledning, spesielt innenfor informasjonssikkerhet og personvern. Det er også et behov for veiledning av nasjonale løsninger og nye lover, for å få mer forutsigbarhet.
- Det må stilles tydelige krav til samhandling mellom helseaktørene, både teknisk, juridisk og organisatorisk utvikling av forløpene
- Anskaffelse av helseteknologi som gjøres i kommunene er ikke kun skreddersøm, men det å ha en felles kravspakke i bunn er hensiktsmessig og vil bidra til å redusere kompleksitet. Kommunene ønsker seg ikke spesialkonfigurasjon, men partnerskap med leverandørene.
- Det er usikkerhet knyttet til hvorvidt leverandørene har en organisatorisk robusthet til endringene som kommer, blant annet gjennom EHDS.
- For å sikre at standarder blir implementert må det være et trepartssamarbeid mellom myndighetene som setter kravene, de som skal anskaffe løsningene som må stille krav til leverandørene om å følge standarder, og leverandørene som må sikre at de følger standardene.
- Forskningssektoren har mye å bidra med inn i prosessene og bør kobles på i arbeidet. Det genereres mye kunnskap det er viktig å ta med seg videre.
- Fastlegene må i større grad involveres i arbeidet rundt anskaffelser i kommunene, og i arbeidet rundt helseteknologiordningen generelt. Helseteknologiordningen kan brukes til å bygge den samarbeidsflaten. Vi må tenke på helheten.
- Vi må sikre at standardene for å lykkes med digital samhandling blir implementert, og raskere enn det gjøres i dag. Interoperabilitet er sentralt i dette, noe som igjen krever standarder.
- KS-nettverkene kan bidra til samarbeid på tvers. Vi må ikke jobbe i silo.
- Teknologisk utvikling handler ikke bare om en skyløsning, men hvordan en gjør det. Den må blant annet være egnet for hyppig endring.
- For å få til sammenhengende pasientforløp må vi få tilgang til data. Det må ivaretas og er viktig for å få til et godt samarbeid med leverandørene.
- Roller og ansvarsdeling må tydeliggjøres.
- Det bør opprettes en systematisk dialog mellom kvalitetsregistrene i helseforetakene og de sentrale helseregistrene.
- Utvikling og tilpasning av API-er på løsninger som er i bruk; hvem tar kostnaden på det, og hvem kan kreve at det gjøres? Fra Norsk helsenett SF sitt ståsted er det virksomhetene selv som må kravstille dette til sine leverandører.
- Forskningssektoren er opptatt av KI og ser et stort behov for tilgang til store datamengder. De ser behovet for løsninger som bringer de nærmere klinikken.
- FHI ser behovet for å raskt kunne endre en innrapportering, ved et oppstått behov for helt andre data, og så kunne få de dataene inn i en helsetjeneste som har mange forskjellige løsninger.
- Helsesektoren må ha et flerfoldig leverandørmarked. I en ideell verden er det API-first, men hvis nytten ute i sektoren lar vente på seg fordi leverandørene ikke kan levere på det, må en kunne levere på andre type løsninger.
- Flere aktører gir uttrykk for ønske om flere obligatoriske standarder i helsesektoren. Det er behov for en tydelig retning, og myndighetene bør være mer fremoverlent mht.

	kravene. Det er for sent å gjøre standarder obligatorisk når alle har tatt de i bruk. Legemiddelområdet er et viktig område. - Veldig mange kommuner er ute med journalanskaffelser nå. Det vi trenger nå forutsigbarhet mht. hvilke krav vi skal stille til leverandørene. Skal vi stille krav om f.eks. SNOMEDCT nå? - Referansekatalogen for e-helse er et godt verktøy og støtte i anskaffelsesprosesser. - Reguleringsplan for e-helse brukes for lite i helseforetakene i dag. Den bør markedsføres enda mer, både fra Helsedirektoratet og foretakene selv internt. - Dokumentasjonen som skal brukes i anskaffelsesprosesser må være tilgjengelig og forståelig for både tekniske personer og fagpersoner. - Koblingen mellom det helsefaglige og det tekniske er det viktig å forstå; hvordan skal de nasjonale løsningene brukes av helsepersonell. - Leverandørutviklingsprogrammet (LUP) er et godt verktøy i anskaffelsesprosesser. Det bør være en kobling mellom den og veiledningstjenesten. - Det er forlokkende med én vei inn, og særlig for kommunene vil det være en stor fordel om det er samlet. Det må imidlertid vurderes opp mot forvaltningskost, men KI vil bidra til å forenkle forvaltningen. Thor Steffensen, Helsedirektoratet, oppsummerte og takket for gode innspill og refleksjoner som vi tar med i det videre arbeidet. Første versjon til 1. oktober 2025 vil trolig i hovedsak handle om å bli mer helhetlige på veiledning, og omfatte interoperabilitet, informasjonssikkerhet. Veiledning på EHDS vil inkluderes når det er mer klart. Kravforvaltning er utenfor selve godkjenningsordningen, men er et viktig punkt som også er trukket frem fra representantene. Så lenge det ikke er forskriftsfestet er det kundene som primært må stille kravene, og det bør være omforent på tvers. Med hensyn til godkjenningsordninger vil dette i første omgang være knyttet til interoperabilitet, som NHN og FHI har. I det videre må det vurderes om det bør etableres en godkjenning på hver av tjenestene/kravsett, ut fra hvilken verdi dette eventuelt gir. Første milepæl nå er en beskrivelse av hva som etableres til 1. oktober, og som skal på en bredere innspillsrunde fra ca. 1. april.
	Vedtak: NUFA drøftet saken. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet inn i det videre arbeidet med etablering av veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi.
8/25	Eventuelt
	Vi minner om at møte i NUFA i 2. kvartal skal være i Bergen, 23. – 24. april.

Til Møte 2/25
Dato 23.04.2025
Saksnummer 10/25
Innretning Drøfting

Sakseier Helse Vest RHF
Saksbehandler Sissel Marie Børthus

Helse Vest RHF sin datastrategi

Forslag til vedtak

Helse Vest RHF tar med seg innspillene fra drøftingen i det videre arbeidet med å operasjonalisere datastrategien, og vil vurdere hvordan dette best kan følges opp i samarbeid med relevante aktører og arenaer.

Hensikt med saken

Hensikten med saken er å orientere NUFA om arbeidet som er gjort med datastrategi i Helse Vest, og drøfte hvordan informasjonsforvaltning i sektoren kan utvikles videre gjennom nasjonalt samarbeid og koordinering.

Drøftingsspørsmål:

1. Hvordan kan aktørene i sektoren bidra til å utvikle en mer felles forståelse for betydningen av data- og informasjonsforvaltning, og identifisere områder der koordinering og samarbeid på tvers er hensiktsmessig?
2. Hvilke eksisterende initiativ, prosesser eller arenaer i sektoren kan vi bygge videre på for å styrke koordinering og kompetanse innen data- og informasjonsforvaltning?

Bakgrunn

Helse Vest har utviklet en datastrategi for å styrke arbeidet med data- og informasjonsforvaltning, som er et område av økende betydning for å lykkes med digitalisering, datadeling og beslutningsstøtte. Strategien er utviklet for å gi bedre grunnlag for prioriteringer og beslutninger, og for å styrke forståelsen for betydningen av god informasjonsforvaltning i regionen.

Strategien bygger på føringer fra blant annet Helse Vest sin strategi for digitalisering, regional utviklingsplan og den nasjonale e-helsestrategien. Den gir retning for hvordan vi skal håndtere og bruke data for å understøtte Helse Vest sine overordnede mål.

Strategien er ikke en detaljert handlingsplan, men en overordnet retning med forslag til videre aktivitet. For å møte dagens og fremtidens behov peker strategien ut fem prioriterte innsatsområder som skal styrke de grunnleggende forutsetningene for god informasjonsforvaltning:

- Oversikt over egne data
- Dataforvaltning
- Standardisering, teknologi og infrastruktur
- Krav til leverandøravtaler
- Samarbeid og koordinering

Strategien vil bli nærmere presentert i møtet, og er tilgjengelig på Helse Vest sine nettsider:
<https://www.helse-vest.no/om-oss/planar-og-strategiar-i-helse-vest/datatstrategi-i-helse-vest/>

Innsatsområdet "Samarbeid og koordinering" er valgt ut fordi det i innsiktsfasen ble avdekket at flere sentrale problemstillinger på området er utfordringer Helse Vest ikke kan løse alene. Dette gjelder blant annet behov for standardisering, krav til data i leverandøravtaler, juridiske avklaringer og tilpasning til nasjonale og internasjonale krav og initiativ.

På bakgrunn av dette ønsker vi å løfte strategien til NUFA for å få innspill til hvordan vi som sektor kan koordinere oss bedre der vi har felles interesser og utfordringer på dette feltet. Vi ønsker også å høre eksempler på hvordan ulike virksomheter jobber med informasjonsforvaltning i dag, og drøfte muligheter for samarbeid på tvers.

Videre saksprosess

Helse Vest tar med seg innspillene fra NUFA i det videre arbeidet med implementering av datastrategien og vil spesielt følge opp forslag knyttet til samarbeid og koordinering, og vurdere hvordan dette kan gjøres i dialog med øvrige regionale helseforetak og nasjonale aktører.

Til	Møte 2/25
Dato	23.04.2025
Saksnummer	11/25
Innretning	Orientering

Sakseier	Trine Orten Groven, FHI
Saksbehandler	Line Andreassen Sæle, FHI

EU-HIP prosjektet

Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering. EU-HIP tar med seg innspill videre inn i prosjektet.

Hensikt med saken

Hensikten med saken er å orientere NUFA om prosjektet EU-HIP og behovsanalysen som er gjennomført.

Bakgrunn

EU-HIP er et EU-finansiert prosjekt (GA no 101102774) og gjennomføres av et konsortium bestående av 15 europeiske land, koordinert av Statens Serum Institut i Danmark. Folkehelseinstituttet deltar i prosjektet som ansvarlig myndighet (Competent authority) på vegne av Norge, med Helsedirektoratet som tilknyttet enhet (Affiliated entity). Prosjektet samarbeider også tett med Direktoratet for medisinske produkter.

Formålet med prosjektet er å styrke de nasjonale rapporteringssystemene i EUs medlemsland og assosierte land med sikte på å etablere interoperabilitet med den sentraliserte IT-plattformen til HERA (Health Emergency Preparedness and Response Authority), som er under etablering og nylig har tatt i bruk sin første modul. HERAs IT-plattform, som har fått navnet ATHINA, skal samle informasjon om folkehelseovervåking og medisinske tiltak (MCM) for å støtte trusselvurdering og krisehåndtering i hele Europa.

HERAs prioriterte områder er helsetrusler fra patogener med høyt pandemipotensial (HPPP), antimikrobiell resistens (AMR) og kjemisk, biologisk, radiologisk og nukleære trusler (CBRN), samt MCM som legemidler, medisinsk utstyr og personlig verneutstyr (PPE). Ettersom omfanget av prosjektet strekker seg noe utover FHIs ordinære ansvarsområder, er det viktig å forankre arbeidet med aktuelle interessenter.

I fjor leverte EU-HIP prosjektet en rapport til Europakommisjonen om hvilke utbedringsbehov hvert land i konsortiet har for å kunne koble seg til ATHINA og levere den informasjonen som HERA etterspør.

Denne rapporten inkluderte et eget kapittel om hvilke tilpasninger som bør gjøres på norsk side. Vurderingen ble gjennomført på bakgrunn av et felles rammeverk som ble utviklet av de 15 konsortiepartnerne. Rammeverket inkluderte følgende tema:

- Digital infrastruktur og datainnsamling
- Nasjonal beredskap
- Internasjonal deling/utveksling av data
- Lagring og støttesystemer

Videre saksprosess

Den neste leveransen i EU-HIP er landsspesifikke veikart (EU-HIP Nasjonale veikart for implementering). Veikartet skal vise hvordan forbedringene av den norske epidemiologiske overvåkinsinfrastrukturen for tidlig oppdagelse bør implementeres, inkludert interoperabilitet med ATHINA. For å sikre at det som inngår i dette veikartet på vegne av Norge er forankret, vil det bli meldt inn en sak til NUIT 2. kvartal i forkant av at leveransen sendes til EU-kommisjonen i slutten av juni 2025.

Til Møte 2/25
Dato 23.04.2025
Saksnummer 12/25
Innretning Drøfting

Sakseier Erik Hedlund, Helsedirektoratet og Nina Nordberg, Norsk helsenett SF
Saksbehandler Håkon Larsen og Veronika Kjelland, Helsedirektoratet, og Kristin Lyng, Norsk helsenett SF

Samtykkebestemmelser for Kjernejournal

Forslag til vedtak

NUFA stiller seg bak det beskrevne utfordringsbildet knyttet til samtykkebestemmelsene i kjernejournal, og ber Helsedirektoratet ta med seg innspillene fra møtet i det videre arbeid og dialogen med helse- og omsorgsdepartementet for å løse de konkrete behovene som er knyttet til innretningen av samtykkekravet.

Hensikt med saken

Norsk helsenett SF og Helsedirektoratet ønsker å gå gjennom utfordringsbildet knyttet til samtykkebestemmelsene for Kjernejournal for å forsikre seg om at vi har en omforent forståelse av konsekvensene ved å avvente en regelverksendring av selve samtykkekravet.

Videre vil Helsedirektoratet presentere sine vurderinger og ønsker NUFAs innspill til videre arbeid.

1. Deler NUFA Helsedirektoratets syn om at samtykkebestemmelsen for Kjernejournal bør avvente vurdering og sees på i sammenheng med EHDS-forordningen?
2. Hvilket syn har NUFA på hvilke kortsiktige justeringer av unntaksbestemmelsene som eventuelt bør vurderes, er det noen tema som bør få høyeste prioritet?

Bakgrunn

Norsk helsenett SF med flere sendte i fjor høst en henvendelse til Helse- og omsorgsdepartementet som beskriver utfordringer knyttet til samtykkereglene. 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. Samtykkebestemmelsene for Kjernejournal avviker fra regelverket for deling av øvrige helseopplysninger, og kan være vanskelig å forstå, både for helsepersonell og publikum. Dette kan medføre at helsepersonell tror de har innhentet et lovlig samtykke, og gjør oppslag i Kjernejournal i strid med taushetsplikten. Det kan videre være tidkrevende og utfordrende å innhente samtykke fra pasienter, spesielt ved for- og etterarbeid, og dette kan medføre at helsepersonell velger å ikke benytte

kjernejournal som kilde til informasjon, men heller benytte andre metoder, noe som kan være mer tidkrevende og usikkert og som dermed kan medføre økt pasientsikkerhetsrisiko.

Helsedirektoratet ser at samtykkebestemmelsene kan være til hinder for effektiv deling av helseopplysninger. En endring av bestemmelsen betyr at en må foreta en personvernkonsekvensvurdering og iverksette tiltak som ivaretar innbyggers rettigheter med nødvendig informasjonssikkerhet.

Avhengigheter til EHDS-forordningen

I EHDS-forordningen omtales ikke samtykke som en personvern mekanisme, men der pekes det på at brukere bør få gode 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 departementet ser på samtykkebestemmelsene i den sammenheng.

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.

I påvente av at samtykkebestemmelsen revideres, vurderer Helsedirektoratet om enkelte kortsiktige justeringer av unntaksbestemmelsene bør anbefales. Følgende tema blir vurdert:

- Gi mulighet for differensiert tilgangsstyring og differensiert reservasjonsmulighet for innhold i Kjernejournal.
- Gjøre det mulig å få samtykkefri tilgang til kategorien kritisk informasjon (inkludert legemiddelreaksjoner).
- Utvide unntak for fastleger til også å omfatte utvalgte medhjelpere, herunder sykepleiere og helsesekretærer.
- Utvide unntak til å omfatte vernepleiere og psykologer i spesialisthelsetjenesten.
- Unntak for helsehjelp ifbm smittevernlovgivning.

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.

Videre saksprosess

Helsedirektoratet vil, basert på NUFAs anbefaling, vurdere hva som er best mulig alternativ for helsesektoren.

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Saken har ikke vært behandlet tidligere.

Til Møte 2/25
Dato 23.04.2025
Saksnummer 13/25
Innretning Drøfting

Sakseier Elin H. Kindingstad
Saksbehandler Ole Kristian Losvik

Anbefaling om videre innføring av pasientens kritiske informasjon

Forslag til vedtak

1. NUFA støtter anbefalingen om videre innføring av Pasientens kritiske informasjon.
2. NUFA ber helsevirksomhetene om å vurdere økt utbredelse av HelseID i egne virksomheter for å sikre at helsepersonell kan bruke nasjonale e-helseløsninger på en god måte.

Hensikt med saken

Helsedirektoratet jobber for at kritisk informasjon oftere blir delt med kjernejournal, og at opplysningene er lett tilgjengelige for helsepersonell med tjenstlig behov. Dette skal bidra til å redusere risiko for feil behandling og redusere tiden helsepersonell bruker på å lete etter slik informasjon

Vi ønsker en drøfting med fokus på

- Hvordan kan vi sørge for at all kritisk informasjon blir delt med kjernejournal, i situasjoner der det er mulig?
- Hvilke virkemidler bør vi bruke for å øke registreringsgrad og nytte av kjernejournal og Pasientens kritiske informasjon?

Bakgrunn

Pasientens kritiske informasjon er en nasjonal tjeneste for deling av kritisk informasjon med kjernejournal. Målet er at kritisk informasjon skal være tilgjengelig på tvers av aktørene i helsesektoren. Mangel på integrasjon mellom pasientjournal og kjernejournal gjør at registreringen av kritisk informasjon i kjernejournal er lav, fordi helsepersonell må registrere informasjonen både i egen pasientjournal og i kjernejournal.

Tjenesten pasientens kritiske informasjon har nå vært prøvd ut i sykehusene tilhørende Helse Vest RHF, og lar helsepersonell registrere kritisk informasjon i eget pasientjournalssystem, og dele enkelt med kjernejournal med bruk av [Kritisk informasjon API](#).

I [mandat 2024 for tiltaket pasientens kritiske informasjon](#) får Helsedirektoratet i oppdrag å gi en anbefaling om trinnvis innføring, og i [mandat 2025](#) får Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere virkemiddelbruk for å støtte innføring av tjenesten i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Utpøvingen på sykehusene i Helse Vest RHF viser at enklere deling av pasientens kritiske informasjon har økt tilgjengeligheten og brukervennligheten for både å lese og registrere kritisk informasjon, med gevinster som tidsbesparelser og bedre beslutningsstøtte. Det er likevel utfordringer knyttet til at ikke all kritisk informasjon i lokal pasientjournal lastes opp til kjernejournal. I tillegg er det utfordringer med HelseID-pålogging, blant annet som følge at ikke alt helsepersonell bruker HelseID.

Utpøvingen viste også at helsepersonell opplevde utfordringer med kravene til samtykke. Dette behandles som egen sak i NUFA. Der hvor helsepersonell ikke har unntak fra kravet om samtykke, kan helsevirksomhetene vurdere å innhente samtykke digitalt, i forkant av planlagt helsehjelp.

Utpøvingen avdekket også behov for juridiske avklaringer rundt synkronisering mellom kjernejournal og lokale pasientjournalssystemer. Helseledirektoratets juridiske vurdering er at det ikke foreligger rettslig grunnlag for automatisk overføring av opplysninger fra kjernejournal til lokal pasientjournal via API-et, uten at handlingen er initiert av helsepersonell. En automatisert overføring til lokal pasientjournal kan innebære at helseopplysninger utleveres uten at det foreligger et konkret tjenstlig behov, og også bety at systemet dokumenterer uten at helsepersonell har vurdert om informasjonen er relevant å legge i lokal pasientjournal.

Helseledirektoratet bistår også EPJ-løftet med anskaffelser for tilpasning av pasientjournalssystemer for fastleger og avtalespesialister, og forventer å gå ut med en anskaffelse i løpet av kort tid. Anskaffelsen legger til rette for at kritisk informasjon i kjernejournal blir integrert med fastlegenes pasientjournalssystemer, og at informasjon kan registreres en gang og deles med kjernejournal. Helseledirektoratet ønsker også at flere virksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste tar i bruk tjenesten.

For å øke registreringsgraden er det også behov å se på andre virkemidler enn teknologiutvikling, og Helseledirektoratet ønsker en drøfting på andre virkemidler som bør vurderes.

Videre saksprosess

- Anbefalingen om videre innføring ferdigstilles basert på innspill, og sendes til Helse- og omsorgsdepartementet
- Helseledirektoratet tar med seg innspillene om virkemidler til leveransen om virkemiddelbruk

Vedlegg

[Vedlegg 5A Sak 13-25 Pasientens kritiske informasjon: Anbefaling om videre innføring.](#)

Til Møte 2/25
Dato 23.04.2025
Saksnummer 14/25
Innretning Drøfting

Sakseier Norunn E. Saure
Saksbehandler Siw H. Myhrer

Digital hjemmeoppfølging

Forslag til vedtak

NUFA drøftet og ga råd til innretning av videre satsing på digital hjemmeoppfølging gjennom Helseteknologiordningen. Innspill fra drøftinger og råd fra NUFA tas med i videre arbeid i 2025 og plan for 2026.

Hensikt med saken

Formålet med å løfte saken til NUFA er å formidle status og erfaringer fra det nasjonale prosjektet for spredning av digital hjemmeoppfølging, og å få innspill og råd til videre satsing på digital hjemmeoppfølging.

- Hvordan bør være videre innretning på satsing på digital hjemmeoppfølging i Helseteknologiordningen innrettes?
- Hva bør være myndighetens rolle i videre satsing på digital hjemmeoppfølging? Hva bør Helsedirektoratet arbeide med for å stimulere til samarbeid og videre spredning

Bakgrunn

Det nasjonale prosjektet for spredning av digital hjemmeoppfølging startet opp i september 2022 som en del av videreføring av Nasjonalt Velferdsteknologiprogram, og ble avsluttet som planlagt i 31.12.2024, da som del av Helseteknologiordningen.

Spredning av digital hjemmeoppfølging var basert på erfaringer fra utprøving av digital hjemmeoppfølging fra 2018 – 2022 og de faglige rådene som ble publisert i november 2022 på bakgrunn av evalueringsrapport fra forskerne, sluttrapport fra det nasjonale prosjektet og annen forskning på digital hjemmeoppfølging.

Resultatmål for prosjektet:

- Det er etablert tilbud om digital hjemmeoppfølging i et samarbeid mellom kommuner, fastleger og helseforetak i alle 19 helsefelleskap innen utgangen av 2024

Effektmål:

- Bedre tjenestetilbud med økt kvalitet tilbys til kronisk syke
- Økt mestring og selvstendighet for brukere
- Bedre ressursutnyttelse på tvers av tjenestenivåer og sektorer

Gjennomføringsstrategi

- Ett prosjekt pr Helsefellesskap, 2 eller flere kommuner
- Felles tjenesteutvikling, krav til deltakelse fra alle aktører (kommuner, fasatelger, Helseforetak)
- Felles milepælsplan; behov – tjenestereise – helhetlig tjenestemodell
- Prosessveiledning via Innomed etter felles søknad
- Prosjektledermøter og samlinger 4 x pr år
- Fellessamlinger fysisk og digitalt 2 x pr år
- Kvartalsvis rapportering og rapporteringsmøter med prosjekteier 2. hver gang
- Felles teams kanal for erfaringsdeling
- Utarbeidet godkjent emnekurs- Samhandling om digital hjemmeoppfølging

Status

Antall prosjekt, kommuner og brukere pr 31.12.24 (pr rapportering 20.11.24).

- 1204 aktive brukere fordelt på 73 kommuner
- 182 kommuner inngår i 17 prosjekt som omfatter alle 19 helsefellesskap.
- 6 emnekurs er gjennomført med god evaluering, i 2024: Ca. 300 deltakere.

I tillegg er det 5 nye prosjekt (14 nye kommuner) innenfor digital hjemmeoppfølging, som fikk støtte via Helseteknologiordningen i 2024, og som fikk tilbud om å delta på de samme arenaer som spredningsprosjektene

Måloppnåelse

Målsettingene om bedre tjenestetilbud og kvalitet i oppfølging og økt mestring og selvstendighet for brukeren må sies å være oppfylt. Resultatene her er i tråd med det vi så i forskningen knyttet til utprøvingen. Gjennomført felles brukerundersøkelse for prosjektene i desember viser økt trygghet, økt mestring og livskvalitet og høy tilfredshet med oppfølgingen.

Rapportering fra prosjektene viser effekter på tjenesteforbruk. Uttrekk av NPR og KPR data viser tydelig reduksjon i akuttjenester og reinnleggelser i kommune og spesialisthelsetjeneste (MILA 3-prosjektet ved Ahus/Ullensaker m fl)

For mange av de nye prosjektene er det foreløpig lite volum, og rapporteringen er mest i forhold til enkeltbrukere. Flere prosjekt rapporterer både redusert bruk av hjemmesykepleie, redusert besøk hos fastlege og innleggelse i sykehus for sine pasienter. Utsatt behov for tjenester er vanskelig å dokumentere.

Status vedørende resultatmål

Prosjektets resultatmål var å etablere tilbud om digital hjemmeoppfølging gjennom samarbeid mellom kommuner, fastleger og helseforetak i alle 19 helsefellesskap innen utgangen av 2024. De regionale prosjektene har rapportert at samhandling på tvers av helsesektoren er tidkrevende, og at innsikts- og forankringsarbeidet har tatt lengre tid enn planlagt.

I løpet av prosjektperioden har det vært aktive pasienter i 18 av 19 helsefellesskap, mens Helse Stavanger-området først kom i gang med pasienter første kvartal 2025. Det har vært en økning i antall personer som følges opp med digital hjemmeoppfølging og antall kommuner som har aktive personer med tjenesten. 52 "nye" kommuner har i løpet av prosjektperioden startet opp med inklusjon av pasienter.

Pr 31.12.24 er status at det er tilbud om digital hjemmeoppfølging innen 16 av 19 helsefellesskap. Stavanger har som sagt startet opp i første kvartal 2025. Trondheim kommune planlegger å komme i

gang i april 2025 via Helsa Mi i Helseplattformen. Helsefellesskapet i helse Fonna har avsluttet og har ikke prosjekt i Helseteknologiordningen for 2025.

Prosjektet har bidratt til økt samarbeid i Helsefellesskapene, og bedret samarbeid mellom spesialist og primærhelsetjeneste, og flere kommuner inngår i samarbeidsprosjektene innen hvert Helsefellesskap Samarbeid med Nasjonalt senter for e-helseforskning og andre forskningsaktører Nasjonalt senter for e-helseforskning har fulgt prosjektet og deltatt på alle møter og samlinger. Som et ledd i sitt arbeid har de bl.a. gjennomført kunnskapsoppsummeringer knyttet til metoder benyttet i økonomiske evalueringer av digital hjemmeoppfølging for pasienter med kroniske sykdommer og digitalt utenforskap.

I sine sluttrapporter har prosjektene blant annet løftet følgende utfordringer

- Finansiering
- Utfordrende å få med fastlegene
- Manglende integrasjon (VKP)
- Manglende deling av pasientens måledata samt egenbehandlingsplan
- Krevende anskaffelser
- Utfordrende å synliggjøre gevinster, mangler gode analyseverktøy

Noen av de viktigste læringspunkter prosjektene løfter fram er

- Forankring i alle ledd, tidlig involvering og bli enige om felles mål
- Lær av andres prosjekt og bruk deres erfaring og modeller
- Smidig utvikling
- Integrer tett med eksisterende tjenester
- Opplæring
- Bruk KS sitt verktøy for helhetlig tjenestemodell for å sikre roller og ansvar

Digital hjemmeoppfølging i Helseteknologiordningen

Satsingen på digital hjemmeoppfølging er videreført i Helseteknologiordningen fra 2025. Det er nå 18 prosjekt som har fått støtte for 2025 Disse dekker 16 helsefellesskap og inkluderer 176 kommuner. To helsefellesskap viderefører satsingen uten tilskudd. Flere av prosjektene har nå med seg alle kommunene i Helsefellesskapet i videre satsing.

Oppfølging av prosjektene som jobber videre med spredning av digital hjemmeoppfølging fra Helseteknologiordningen er redusert i forhold til strukturen som lå i det nasjonale spredningsprosjektet.

- Helsedirektoratet stimulerer til fortsatt erfaringsdeling, blant annet ved tilgang til felles teamsområde, der prosjektene deler rapportering og rutiner og prosedyrer som utarbeides eller er under utvikling.
- 6. mai gjennomfører vi et [åpent erfaringsseminar](#) for å formidle erfaring fra spredningsprosjektet. Vi vurderer behov for ytterligere samlinger.
- 2-4 digitale fagtemamøter; samarbeid med sykehus om pasientforløp, erfaring med felles oppfølgingstjeneste, gevinstrealisering
- Rapportering fra tilskuddsmottagere med påfølgende rapporteringsmøter.
- Webinar om endringsledelse og prosjektledelse (for alle i HTO)
- Videre støtte til gjennomføring av emnekurs lokalt

Helsedirektoratet har anbefalt at prosjektene søker prosessveiledning fra Innomed om de har behov for bistand. Helsedirektoratet og KS vil diskutere videre samarbeid og hensiktsmessig oppgavedeling.

Helsedirektoratets rolle videre

- Normering – nasjonale faglige råd – vil være behov for oppdatering
- Følge med rollen - Få fram statistikk og analyser for effekter på tjenesteforbruk
- Jfr. e-helsestrategien; bidra til finansieringsordninger som fremmer bruk av digitale helse- og omsorgstjenester
- Digital samhandling knyttet til effektivisering av blant annet digital hjemmeoppfølging (pasientens måledata)
- Deltakelse i EU-prosjekter knyttet til telemedisin/DHO

Digital hjemmeoppfølging er fortsatt i utvikling, både på skalering og å rette tiltak til nye grupper. Det ligger også et stort potensial i samordning mellom kommuner innen Helsefellesskapene og i samhandling om felles pasienter på tvers av tjenestenivåene. I spredning av digital hjemmeoppfølging er mange små distriktskommuner med. Mange av disse er fortsatt i oppstart. Selv om flere kommuner/prosjekt er over i drift, er det behov for utvikling til nye grupper og støtte til de som er i oppstart. Det er fortsatt behov for koordinering og utvikling av beste praksis og mer lik oppfølging i hele landet. Ikke minst er det behov for bedre tallgrunnlag for analyser av tjenesteforbruk i samhandling, slik at dette kan følges og diskuteres både lokalt, i de enkelte helsefellesskap og nasjonalt.

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Digital hjemmeoppfølging var tema på NUFAs temadag 1.9.2022, både grunnlag og planer for spredningsprosjektet og arbeid med arkitektur og infrastruktur.

Til Møte 2/25
Dato 23.04.2025
Saksnummer 15/25
Innretning Drøfting

Sakseier Siv Ingebrigtsen
Saksbehandler Anne Kristin Einarsrud

Evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse

Forslag til vedtak

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.

Hensikt med saken

Helsedirektoratet gjennomfører evaluering av rådsmodellen, og ønsker med denne saken å presentere for NUFA tilbakemeldingene vi har fått fra medlemmene så langt, og drøfte ulike forslag til endringer av modellen og hvilken rolle NUFA kan ta. Vi ønsker i tillegg å drøfte eventuelle ressursbesparende tiltak for NUFA.

Vi ønsker å drøfte med NUFA:

1. Ulike alternativer for endring av nasjonal rådsmodell, og hvilken rolle NUFA kan ta.
2. Ressursbesparende tiltak for NUFA

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.

Den pågående evalueringen av nasjonal rådsmodell ble drøftet i NUFA 22. januar. NUFAs tilbakemeldinger ble tatt med til videre drøfting i NUIT i møte 13. februar og i Nasjonalt e-helseråd 20. mars. NUIT og E-helserådet drøftet om rådsmodellen bør endres for å sikre at den er effektiv og relevant.

Helsedirektoratet har også gjennomført 1-til-1 intervjuer med flere medlemmer i utvalgene. I den grad det har vært mulig har representanter fra alle aktørgruppene som enten deltar i E-helserådet, NUIT eller NUFA blitt intervjuet.

[Tilbakemeldinger fra intervjuene](#)

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 og konsensus om retningen. De tverrfaglige diskusjonene bidrar til å gi medlemmene nye perspektiver på

sakene som drøftes. I tillegg har rådsmodellen gitt mange et godt nettverk som også benyttes utenfor rådsmodellen. Men vi har fortsatt mer å gå på for å øke gjennomføringsevnen, og vi bør ha et større fokus på å ta ut gevinster.

Flere ønsker en bedre balanse mellom teknologi og fag, både i saker og representasjon. Utgangspunktet må være innbyggers og helse- og omsorgstjenestens behov, og hvordan digitalisering kan understøtte utviklingen av helse- og omsorgstjenestene.

De tre utvalgene i rådsmodellen skal fylle ulike roller, men flere mener at de har blitt for like, og at dagens mandater ikke alltid følges. Det stilles også spørsmål ved om vi trenger tre nivåer i rådsmodellen. Det er en oppfatning at de samme sakene drøftes i alle nivåene, med tilsvarende innretning. Til informasjon ble 8 av 30 saker behandlet i alle tre utvalgene i 2024.

De fleste mener at fire møter i året er greit, og at fysiske møter gir verdi. Hybridmøter er ikke ønskelig, men det kan være nyttig å kunne lytte inn digitalt på sak.

Tilbakemeldinger fra NUIT i møte 13. februar

NUIT mener at dialogarenaer som rådsmodellen er viktig, og flere medlemmer ga uttrykk for at de lærer mye av å delta i møtene.

Sakene og drøftingene i NUIT bør være mer forankret i helsetjenesten, og ta frem helse- og omsorgstjenestens og innbyggers behov, og hvordan digitaliseringen kan understøtte tjenestene. Drøftingene blir ofte teknologiorienterte.

NUIT fikk spørsmål om vi bør endre NUIT. Kan det bli et tydeligere prioriteringsråd, eventuelt kan det endres til et forberedende arbeidsutvalg for E-helserådet? Alternativt kan vi endre hele rådsmodellen til å kun ha to nivåer? NUIT var tydelige på at dersom rådsmodellen skal endres til to nivåer, må hele modellen gjennomgås og justeres ut fra et helhetsperspektiv. Vi kan ikke bare fjerne et nivå. De synes det var vanskelig å si nei til noen av utvalgene. Enkelte medlemmer opplever at det er mange valg de skal være representert i, mens andre medlemmer kun deltar i utvalgene i rådsmodellen. Et forslag til endring er å i større grad følge gjeldene mandater, rendyrke utvalgene og unngå at samme saker, med samme innretning, drøftes i flere nivåer.

Tilbakemeldinger fra Nasjonalt e-helseråd i møte 20. mars

E-helserådet mente at det er viktig og av stor verdi å ha arenaer hvor aktørene i helse- og omsorgssektoren møtes. Gjennom rådsmodellen er kommunestemmen blitt tydeligere.

Strukturen med råd og valg i sektoren er kompleks, men uten rådsmodellen hadde vi kanskje ikke kommet dit vi er i dag. Det tar tid å bygge opp arenaer som rådsmodellen, og en bør tenke seg om før en gjør store endringer. Det at en sak behandles og forankres i flere valg og på flere nivåer kan være positivt og gi et bedre resultat, da en sak har flere sider.

Det ble påpekt at Nasjonalt e-helseråd trenger færre åpne saker, og flere strategiske saker med konkrete problemstillinger. NUFA fikk gjennomgående gode tilbakemeldinger, og oppleves som en nyttig arena.

Et forslag som kom opp som alternativ, er et arbeidsutvalg med noen representanter på tvers, som forbereder saker til Nasjonalt e-helseråd. Et arbeidsutvalg samler de sentrale aktørene, men har langt færre deltakere enn NUIT, møtes oftere og forbereder saker fra alle aktørene.

Oppsummert tok flere til orde for at Nasjonalt e-helseråd kan spisses ytterligere i strategisk retning, NUFA beholdes og NUIT bør det gjøres en vurdering av.

Alternative modeller

Rådsmodellen får generelt gode tilbakemeldinger, men vi har fått noen forslag til forbedringer som peker i samme retning. Vi bør vurdere representasjon for å sikre en god balanse mellom helsefag og teknologi i utvalgene. Sakene må ta utgangspunkt i helse- og omsorgstjenestens og innbyggers behov, og hvordan digitalisering kan understøtte utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. E-helserådet ønsker strategiske tema og spørsmål de kan ta stilling til, NUFA ønsker saker med en tydelig kobling til arkitektur og fag. Dette er områder som vi vil jobbe videre med for å forbedre.

Det er også stilt spørsmål ved om vi trenger tre nivåer i rådsmodellen. Basert på denne tilbakemeldingen, og øvrige innspill vi har fått fra NUIT og E-helserådet, har Helsedirektoratet laget utkast til noen modeller som vi ønsker å drøfte med NUFA.

Alternativene er:

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

Se vedlegget som beskriver noen fordeler og ulemper ved hver av dem. Fordeler og ulemper er satt opp i forhold til dagens modell. Uansett hvilket alternativ som velges, vil mandatene for utvalgene gjennomgås og justeres.

Vi ønsker å få tilbakemeldinger fra NUFA på de ulike alternativene:

- Er det andre alternativ som bør vurderes?
- Ser dere flere fordeler og ulemper ved hver av alternativene enn de vi har satt opp?
- Hvilken rolle NUFA kan ta, og hvilke råd og anbefalinger NUFA kan ta et selvstendig ansvar for?

Ressursbesparende tiltak

Rådsmodellen krever tid og ressurser fra helse- og omsorgssektoren. Flere har gitt uttrykk for at det er mange råd og utvalg i sektoren, også utenfor rådsmodellen. I to av forslagene til modell, reduseres ressursbruken ved at vi går fra tre til to utvalg.

I alle fire alternativene beholdes NUFA, og vi ønsker derfor å drøfte hvilke eventuelle ressursbesparende tiltak som kan være aktuelle for NUFA.

Videre saksprosess

Tilsvarende sak vil bli drøftet i de neste møtene i NUIT og Nasjonalt e-helseråd. NUFAs innspill vil bli tatt med inn i drøftingene. Når modellen er valgt, vil eksisterende mandater justeres eller nye mandater utarbeides. Andre forbedringsforslag tas også inn i mandatene. Nasjonalt e-helserådet beslutter mandat for NUIT og NUFA. Helsedirektoratet beslutter mandat for Nasjonalt e-helseråd. Som en del av de nye mandatene vil representasjonen bli gjennomgått. Andre forbedringsforslag vil gjennomføres fra høsten.

[Vedlegg 7A Sak 15-25 Alternative modeller Nasjonal rådsmodell for e-helse](#)

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Saksnummer	Møte og dato	Tittel på sak	Vedtak
9/25	E-helserådet 20.3.2025	Evaluering 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	Evaluering 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	Evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse	NUFA har gitt sine tilbakemeldinger på rådsmodellen, som Helsedirektoratet tar med til videre drøfting i NUIT og Nasjonalt e-helseråd og i sitt videre arbeid med evaluering av rådsmodellen.

Til Møte 2/25
Dato 24.04.2025
Saksnummer 16/25
Innretning Drøfting

Sakseier Helse Vest
Saksbehandler Micaela Thierley og Terje Bremnes

Temadag – Digitalisering i vest

Forslag til vedtak

NUFA drøftet sakene som ble presentert i møtet. Helse Vest og Bergen kommune tar med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Helse Vest vil i samarbeid med Bergen kommune vil orientere NUFA om ulike grep for å styrke digitaliseringsarbeidet, vise frem noen av resultatene og invitere til diskusjon om utvalgte utfordringer og aktuelle problemstillinger som også treffer det nasjonale nivået og bredden i sektoren.

Bakgrunn

En gang i året har en av helseregionene ansvaret for temadagen på NUFA. NUFA-møtet avholdes denne gang i Bergen, og i den forbindelse har Helse Vest i samarbeid med Bergen kommune planlagt programmet for temadagen. I programmet er det lagt vekt på en blanding mellom informasjon, erfaringsutveksling og diskusjonspunkter som vil være relevante i henhold til NUFAs mandat og sammensetning.

Dagen innledes ved at Helse Vest og Bergen kommune orienterer om virkemidler knyttet til organisering, arkitektur og portefølje for å øke gjennomføringskraften. På formiddagen får NUFA også høre om erfaringer fra Haukeland universitetssjukehus ved å ta i bruk en app på mobiltelefonen for å få tilgang til kritiske helseopplysninger i akutte behandlingssituasjoner.

Programmet etter lunsj er i sin helhet viet til digital hjemmeoppfølging (DHO) der kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten møtes for å yte helse- og omsorgstjenester i trygge omgivelser for pasientene. DHO er et satsningsområde både i kommunen, i sykehusene og på nasjonalt nivå, men erfaringene viser at det ikke bare er plankekjøring. Vi møter flere utfordringer som må løses i fellesskap på tvers av aktørene i sektoren. Vi ønsker derfor å invitere NUFA til å diskutere noen ulike problemstillinger:

1. Skal vi vente på nasjonale samhandlingsløsninger eller gjøre regionale anskaffelser av DHO-plattform?
2. Har vi forstått behovet som de nasjonale løsningene skal dekke knyttet til helhetlige pasientforløp, slik at vi skaper verdi for både pasienter og pårørende, kommuner, sykehus og samfunnet i stort?
3. Hvordan sikre at vi klarer å gjennomføre samhandlingsprosjekter som krever felles innsats når «det kniper til» i økonomien og vi må se samhandling og oppgaveflyt på tvers av aktørene?
4. Hvordan tallfeste gevinster ved forebyggende tjenester, og har vi tilstrekkelige mekanismer for å finansiere felles tjenester på tvers av omsorgsnivåene?
5. Antall pasienter med DHO er svært lavt i forhold til hva satsningene skulle tilsi. Hva må til for å skalere opp?